

Université de Montréal

« Programme RÉFÉrence (rétablissement de fonction exécutive) »
Programme d'intervention visant la diminution des symptômes associés au TDA/H, la réduction du stress perçu et l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle dans les différentes sphères de fonctionnement à l'âge adulte

Par
Magali Perrée

École de psychoéducation
Faculté des arts et des sciences

Rapport d'intervention présenté en vue de
l'obtention du grade maître ès sciences (M.Sc.) en psychoéducation

Juin 2018

©Magali Perrée, 2018

Sommaire

Le programme RÉFÉrence s'adresse aux adultes présentant des symptômes du trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Il vise d'abord à: (a) augmenter les habiletés d'organisation et de planification, (b) augmenter les capacités attentionnelles, (c) réduire le stress perçu dans les différentes sphères de fonctionnement selon les contextes situationnels et (d) augmenter le sentiment d'efficacité personnelle. Le programme a pour objectif distal de prévenir le risque d'apparition ou de diminuer les symptômes d'anxiété généralisée ou de dépression souvent présents en comorbidité chez les personnes TDA/H. L'intervention proposée s'inspire de la structure de trois programmes ayant été validés scientifiquement: *Young-Bramham program*, *Mastering your adult ADHD meta-cognitive therapy for adult ADHD*. Le programme offre huit séances de groupe de deux heures en raison d'une fois par semaine au CLSC Dorval-Lachine. La première séance est une rencontre informative sur les symptômes, les causes, les conséquences et les interventions proposées en lien avec le TDA/H et les fonctions exécutives. Les six séances suivantes sont divisées en trois volets distincts organisation et planification, capacités attentionnelles et gestion du stress. La dernière séance est une rencontre bilan où les objectifs personnels établis lors de la première rencontre sont évalués par les participants. Chaque séance est structurée de la même façon afin de favoriser l'intégration, la compréhension et la généralisation des acquis. D'abord un retour est effectué sur le contenu de la séance précédente et sur le devoir à faire durant la semaine. Dans le but d'introduire le sujet de la séance, une activité introductive sous forme de discussion participative est proposée au groupe. Ensuite, une présentation magistrale à l'aide d'un support visuel est animée par les intervenantes. Un exercice est proposé en lien avec le contenu présenté durant la séance. Pour finir, un devoir est par la suite suggéré aux participants pour la prochaine séance. Afin d'évaluer les effets du programme auprès des participants, un devis de recherche quasi expérimental avant/après à groupe unique sans groupe de comparaison a été priorisé. Les composantes retenues ont été évaluées à partir d'un questionnaire auto-rapporté répondu par l'ensemble des participants soit lors de la rencontre pré-intervention et lors de la rencontre bilan. En général, le programme a été implanté tel que prévu à l'exception de quelques changements mineurs pour certaines composantes. Cependant, deux objectifs sur quatre ont inféré des résultats marginalement significatifs. Une légère augmentation des capacités attentionnelles et du sentiment d'efficacité personnelle est observée. Il faut toutefois interpréter ses résultats avec prudence en raison des facteurs ayant pu influencer les effets souhaités: taux d'attrition élevé, le nombre de participants, le devis de recherche utilisé, absence de comparaison à des données normatives, groupe hétérogène et propriétés psychométriques de l'instrument d'évaluation affecté négativement.

Table des matières

Sommaire	i
Table des matières	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
1. Contexte théorique	2
1.1. Description de la problématique	2
Définition.	2
Trajectoire développementale.....	3
Comorbidité.	5
Étiologie du trouble.	6
Conséquences.....	12
Chaîne développementale.	14
1.2. Recension des interventions	17
1.3 Intervention proposée	30
Place dans la chaîne développementale.	30
Justification du choix de l'intervention et de ses adaptations.....	30
Pertinence de l'intervention proposée.....	31
2. Méthodologie	31
2.1. Description des composantes.....	31
Sujets et recrutement.....	31
But et objectifs	32
Animateurs	32
Programme et contenu.	33
Contexte spatial.....	39
Contexte temporel.....	39
Stratégie de gestion des apprentissages	39
Stratégie de gestion des comportements.....	40
Code et procédures.....	41
Système de responsabilités	41

Stratégies de transfert de la généralisation.....	42
Système d'évaluation et de reconnaissance.....	43
2.2. Évaluation de la mise en œuvre.....	43
Composantes retenues.....	43
Outils et procédures.....	44
2.3. Évaluation des effets.....	48
Devis.....	48
Composantes retenues.....	48
Outils et procédures.....	48
3. Résultats.....	53
3.1 Évaluation de la mise en œuvre.....	53
Sujets et recrutements.....	53
Programme, contenu et conformité.....	55
Contexte temporel et exposition.....	55
Participation.....	58
Stratégies de gestion de comportements.....	58
Système de responsabilités.....	59
Stratégies de transfert de généralisation.....	60
Satisfaction.....	60
Implications eu à légard de l'évaluation des effets.....	61
3.2. Évaluation des effets.....	62
Stratégie d' analyse employée.....	62
Résultats obtenus.....	63
4. Discussion.....	65
4.1. Jugement sur l'atteinte des objectifs.....	65
4.2. Liens entre les résultats, les composantes de l'intervention et le contexte théorique.....	67
4.3. Avantages et limites de l'intervention.....	71
Conclusion.....	74
Références.....	75
Annexes.....	84

Liste des tableaux

Tableau 1 : Description du <i>Young-Bramham Programme</i>	22
Tableau 2 : Évaluation du <i>Young-Bramham Programme</i>	23
Tableau 3: Description du <i>Mastering your adult ADHD : A cognitive behavioral treatment program</i> ...	24
Tableau 4: Évaluation du <i>Mastering your adult ADHD : A cognitive behavioral treatment program</i> ...	25
Tableau 5: Description du <i>Mount Sinai meta-cognitive therapy for adult ADHD (CMT for adult ADHD)</i>	26
Tableau 6: Évaluation du <i>Mount Sinai meta-cognitive therapy for adult ADHD (CMT for adult ADHD)</i>	27
Tableau 7 : Description du <i>Cognitive remediation program (CRP)</i>	28
Tableau 8 : Évaluation du <i>Cognitive remediation program (CRP)</i>	29
Tableau 9 : Objectifs du programme RÉFÉRENCE.....	32
Tableau 10 : Planification des séances d'intervention.....	34
Tableau 11 : Évaluation de la mise en œuvre.....	46
Tableau 12 : Évaluation des effets.....	51
Tableau 13 : Caractéristiques des participants.....	54
Tableau 14 : Comparaison des huit séances d'intervention en fonction du temps accordé à chacune des parties proposées.....	56
Tableau 15 : Exposition du groupe au contenu proposé.....	57
Tableau 16 : Appréciation du programme par les participants.....	61
Tableau 17 : Résultats des mesures obtenues en pré-intervention et en post-intervention.....	63

Liste des figures

Figure 1. Représentation schématique du modèle de Brown.....	10
Figure 2. Modèle logique.....	16

Remerciements

Ces deux dernières années ont passé à une vitesse fulgurante. Pourtant, lorsque j'ai pris place dans cette démarche scolaire, je me suis questionnée à savoir comment j'allais pouvoir réaliser ce projet ambitieux. Je n'aurais pu y arriver sans aide et sans soutien. Je tiens tout d'abord à remercier Stéphane Cantin, responsable de la modalité « Stage et évaluation de programme d'intervention » à la maîtrise en psychoéducation. Je le remercie pour sa grande disponibilité. Ses commentaires m'ont toujours permis de me questionner et de pousser ma réflexion un peu plus loin. Cette conviction où tout est possible m'a possiblement permis de croire en la faisabilité de ce programme dès la première rencontre en 2016. Je remercie mes sept collègues de classe avec qui j'ai eu la chance de partager ces deux années. Les moments passés à ventiler et à s'écouter m'ont aidé à persévérer et à me motiver à poursuivre les efforts fournis jusqu'au bout.

J'aimerais aussi remercier mon milieu de stage, soit le CLSC Dorval-Lachine. Cette liberté accordée pour ce projet m'a permis de me sentir comme faisant partie intégrante de l'équipe dès mon arrivée. Un merci tout spécial à Mélanie Leblanc! Ces deux dernières années n'auraient pas été pareilles sans son accompagnement et son soutien hebdomadaire. Cette confiance témoignée m'a permis de m'épanouir, de me développer et de repousser mes limites professionnelles. L'enthousiasme partagé au fil des étapes m'a donné l'envie de poursuivre ce grand projet. Je tiens à remercier la clientèle ayant participé au programme. Je n'aurais pu le réaliser sans leur présence, leur participation et leur dynamisme lors des rencontres.

Finalement, je remercie ma famille et mes amis. Ce soutien moral m'a sans doute permis de persévérer et de poursuivre lors de ces nombreux moments de remise en question. Merci à Gabriel, pour sa grande curiosité et son ouverture pour ce grand projet, mais aussi pour tout ce temps accordé à m'écouter parler et à me conseiller. À mes parents, un énorme remerciement pour toute cette fierté lancée dans les airs. Leurs encouragements et leurs commentaires m'ont aidé à réaliser cette grande étape de ma vie. Je ne peux me sentir plus qu'accomplie!

Merci pour tout. Je n'aurais pu mettre à terme ce projet sans vous!

Introduction

Au cours des dernières années, les recherches ont démontré la nature persistante du trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) jusqu'à l'âge adulte. Le TDA/H est une pathologie d'origine polyfactorielle diagnostiquée la plupart du temps durant l'enfance (American psychiatric association, 2013). L'interaction entre les facteurs de risque génétiques, neurobiologiques, environnementaux et individuels influence le développement et l'évolution des symptômes spécifiques aux personnes TDA/H (Barkley, 2015). Cette psychopathologie entraîne des comportements perturbateurs spécifiques aux domaines de l'attention, de l'hyperactivité ou de l'impulsivité pouvant entraîner des conséquences négatives à court et à long terme. Ces manifestations comportementales sont problématiques dans la mesure où elles affectent le fonctionnement de la personne dans plusieurs sphères de sa vie (American psychiatric association, 2013; Milich, Balentine et Lynam, 2001). Les deux dernières décennies ont permis de développer des programmes adaptés aux difficultés fonctionnelles et spécifiques à la clientèle adulte. Ainsi, dans le but de diminuer les risques associés aux TDA/H, la combinaison de l'intervention pharmacologique et psychosociale dans le traitement du trouble est fortement suggérée. Les programmes recensés visent principalement l'augmentation des compétences en lien avec les fonctions exécutives déficitaires chez les personnes TDA/H: habiletés de planification, d'organisation et de gestion du temps, le développement des capacités de communication et de la gestion de la colère et la modification des schèmes cognitifs dysfonctionnels. (Van Lammeren et Bruggeman, 2011). Ainsi, le programme présenté basé sur les programmes recensés vise d'abord à réduire les répercussions des symptômes du TDA/H sur le plan personnel et relationnel afin d'augmenter le fonctionnement quotidien dans le but de prévenir le risque d'apparition ou de diminuer les symptômes d'anxiété et de dépression. Ainsi, ce rapport détaille d'abord la problématique ciblée et les interventions recensées afin d'étayer une compréhension claire des fondements du programme proposé. Ensuite, une description méthodologique des composantes de Gendreau structurant le programme et les moyens utilisés dans l'évaluation de la mise en œuvre et des effets sont proposés. Pour finir, les résultats de la mise en œuvre et des effets sont présentés afin de porter un regard critique sur l'atteinte des objectifs visés par le programme, les avantages et les limites de l'intervention.

1. Contexte théorique

1.1. Description de la problématique

Définition. Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est une pathologie multifactorielle qui est diagnostiquée généralement durant l'enfance. Le TDA/H est décrit comme un trouble développemental persistant. Il est défini par des comportements perturbateurs en lien avec l'inattention, l'impulsivité et/ou l'hyperactivité. Ces manifestations comportementales sont observées par une fréquence et une sévérité plus élevées chez une personne atteinte que la moyenne des individus de la population. En comparant cette personne avec des individus du même âge, ces dysfonctionnements comportementaux apparaissent de façon excessive et inappropriée (American psychiatric association, 2013; Milich, Balentine et Lynam, 2001). Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fifth edition* (DSM-V) (2013), les symptômes doivent être présents depuis au moins six mois, et ce avant l'âge de douze ans. Les comportements s'observent dans au moins deux contextes de vie différents (i.e. à l'école, au travail, à la maison, etc.). Ces manifestations comportementales ne peuvent pas être expliquées par une autre pathologie. Deux dimensions permettent de répertorier les différents symptômes : inattention et hyperactivité/impulsivité. Les symptômes d'inattention se traduisent par la difficulté à maintenir son attention sur une tâche, à écouter et à exécuter une consigne, à s'organiser, etc. Les symptômes d'hyperactivité/impulsivité s'observent par une agitation motrice excessive, une difficulté à rester assis lorsque le contexte le demande, une difficulté à attendre son tour, le fait de parler excessivement, etc. (American psychiatric association, 2013).

Le DSM-V présente trois sous-types différents représentant les comportements les plus fréquents selon cette catégorisation. Cette classification permet une combinaison selon les différents comportements émis qui répondent aux deux domaines spécifiques du TDA/H. La personne est classifiée pour le sous-type d'inattention prédominante lorsqu'elle répond à six symptômes ou plus en lien avec l'attention et au moins cinq symptômes d'hyperactivité/d'impulsivité. Pour répondre aux critères du TDAH du sous-type hyperactivité-impulsivité prédominante, l'individu doit présenter six symptômes ou plus d'hyperactivité/d'impulsivité et au moins cinq symptômes d'inattention. Selon les critères diagnostiques du dernier sous-type, soit le type mixte, il doit répondre à au moins six symptômes d'inattention et six symptômes d'hyperactivité/d'impulsivité (Adler, Spencer et Wilens, 2015). L'annexe 1 présente les critères diagnostiques du trouble selon le DSM-V (APA, 2013).

Trajectoire développementale. Les manifestations comportementales du TDA/H perdurent dans le temps affectant ainsi le fonctionnement adaptatif d'une personne au cours de sa vie (Matte, Rohde et Grevet, 2012). La nature persistante et évolutive du trouble est marquée par son impact considérable au plan psychologique et social de l'individu. Ainsi, ces symptômes se maintiennent et se généralisent dans les différents contextes et sphères de vie. La sévérité et la fréquence de certains comportements ont tendance à diminuer avec l'âge (Adler, Spencer, Wilens, 2015; Prevatt et Levrini, 2015). Les comportements s'expriment et se modifient différemment au cours du développement de la personne. La variabilité des comportements d'un individu à l'autre doit être considérée en fonction du sexe et de l'âge. Ces comportements font leurs apparitions précocement durant l'enfance (Greenhill, Posner, Vaughan et Kratochvil, 2008; Kofler et al., 2008). Ce sont les symptômes d'hyperactivité qui apparaissent le plus souvent accompagnés de symptômes d'opposition durant la petite enfance. L'enfant a un besoin constant de bouger, de grimper et de courir. Une difficulté à focaliser son attention sur une consigne, à développer de bonnes habiletés sociales et à exécuter des transitions facilement lors d'un changement d'activité sont les principaux comportements problématiques remarqués chez l'enfant en bas âge. Les premiers signes observés chez l'enfant sont un tempérament difficile et des difficultés relationnelles. L'enfant est facilement contrarié, réagit fortement au changement et accepte difficilement les limites. Il devient toutefois difficile de diagnostiquer en bas âge en raison des comportements similaires que tous les enfants de ce groupe d'âge peuvent présenter.

Un taux de prévalence plus élevé est remarqué chez l'enfant entre six à douze ans (Dumas, 2013). 2 à 6,5% des enfants répondent aux critères diagnostiques (Buitelaar, Kan et Asherson, 2011 ; Prevatt et Levrini, 2015 ; Purper-Ouakil, Wohl, Cortese, Michel et Mouren, 2006). 6 à 9% des garçons et 2 à 4% des filles ont un diagnostic de TDA/H entre six et douze ans (APA, 2000, cité dans Dumas). Le ratio est estimé de deux à trois garçons pour une fille (Buitelaar, Kan et Asherson, 2011). Certaines études suggèrent que cette différence se remarque par la disparité des comportements entre les garçons et les filles. Les symptômes se remarquent plus souvent chez les jeunes garçons par des comportements extériorisés. À l'inverse, les filles présentent davantage des comportements de type intériorisé, donc moins de comportements d'hyperactivité et d'impulsivité. Celles-ci présentent des problèmes dépressifs, anxieux et d'apprentissage (Gershon, 2002). À l'école primaire, les symptômes du TDA/H se remarquent par des difficultés scolaires, des faibles habiletés organisationnelles, des oublis, des pertes fréquentes de matériel et la difficulté à focaliser sur une tâche. Certaines acquisitions en lecture, en écriture et en calcul sont manquantes en raison de ces difficultés (Thomas et Willems, 2001; Zesiger et Eliez, 2009).

À l'adolescence, beaucoup de changements au niveau des comportements problématiques à l'enfance s'observent. 50% des enfants ayant un diagnostic ne répondent plus aux critères à l'adolescence. 1 à 6% des adolescents ont un diagnostic de TDA/H (Buitelaar, Kan et Asherson, 2011; Prevatt et Levrini, 2015). Même si on remarque une diminution de la prévalence durant l'adolescence, le ratio fille/garçon reste le même qu'à l'enfance. Des modifications quant à la manifestation des comportements en lien avec la symptomatologie du TDAH sont observés durant cette période développementale (Dumas, 2013). La puberté a un impact considérable par la réorganisation neuronale durant l'adolescence qui influence certaines régions du cerveau associées à la planification, à la sensibilité aux drogues, à la prise de décisions et à la prise de risques (Prevatt et Levrini, 2015). L'activité motrice, c'est-à-dire les comportements en lien avec l'hyperactivité, s'atténue durant cette période développementale pour la plupart. Le développement de mécanisme de contrôle permet de composer avec une agitation motrice plus discrète et moins perturbatrice pour la personne elle-même et son environnement. L'individu a tout de même un besoin subjectif de bouger et de parler. La période de l'adolescence est particulièrement marquée par l'impulsivité et le manque de contrôle émotionnel. L'impulsivité diminue par la suite avec la maturation de l'individu, au cours de l'adolescence. Toutefois, les comportements d'inattention semblent persister à l'adolescence et rester stables, et ce jusqu'à l'âge adulte. En effet, une augmentation des symptômes inattentifs est remarquée dans les cas où ces symptômes étaient particulièrement présents durant l'enfance et l'adolescence. Ainsi, la manifestation des comportements d'hyperactivité et d'impulsivité à l'enfance, la présence de comorbidité, les conflits avec l'entourage et les difficultés psychosociales chez certains parents augmente le risque que l'individu présente toujours un TDAH à l'âge adulte (Deault, 2010). 30 à 50% des individus ayant un diagnostic à l'adolescence présentent toujours des symptômes cliniquement significatifs en lien avec l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité à l'âge adulte (Antshel et Barkley, 2011; Farone et al., 2006; Fischer et al., 2002). Ainsi, la persistance des symptômes du TDA/H est observée chez 3 à 5% des adultes (Barkley, 2015). À l'âge adulte, les comportements impulsifs se traduisent par une impatience, des dépenses impulsives, des réponses spontanées et irréfléchies, un changement fréquent d'emploi, une instabilité dans les relations sociales et la recherche constante de sensation forte. Des difficultés de concentration, une incapacité à s'organiser et planifier une tâche, la faible estime de soi et d'autocontrôle, les difficultés de mémorisation, la difficulté de penser clairement et la labilité de l'humeur affective sont des symptômes aussi répertoriés le plus souvent chez l'adulte. Une difficulté à faire des choix personnels et professionnels et à gérer le stress est constatée chez l'adulte ayant un TDA/H (Buitelaar, Kan et Asherson,

2011).

Comorbidité. Les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité s'accompagnent de difficultés sociales, scolaires et affectives qui augmentent la présence possible d'un autre trouble psychopathologique. Les difficultés d'adaptation persistantes que présentent certains individus ayant un TDAH jouent un rôle prédominant dans le développement d'une comorbidité. Le TDAH contribue à l'apparition précoce de ces troubles en agissant comme déclencheur des symptômes associés aux autres troubles (Beauchaine et al., 2010). Les personnes ayant un TDAH sont six fois plus à risque de développer un autre trouble psychopathologique avant l'âge de 44 ans que la population générale (Kessler et al., 2005). Il faut toutefois considérer que 50 à 60% des individus qui ont un TDAH n'ont pas d'autres troubles associés (Adler, Spencer et Wilens, 2015). Il n'est cependant pas rare de constater la présence de comportements d'agressivité ou d'opposition chez les enfants ayant une prédominance des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité. De plus, 20 à 50% des enfants qui obtiennent des soins pour le TDAH répondent aussi aux critères diagnostiques du trouble des conduites (Barkley, Fischer, Edelbrock et Smalish, 1990; Gillberg et al., 2004). Ce trouble se caractérise par une violation des normes et des règles sociales et des droits fondamentaux d'autrui selon l'âge développemental (American Psychiatric Association, 2013). Une augmentation de cette comorbidité est observable avec l'âge. Les études estiment que 50% des enfants avec un TDAH et un trouble des conduites ont un QI verbal plus faible que les enfants ayant uniquement un TDAH (Barkley, 2015; Adler, Spencer et Wilens, 2015). Les comportements d'agressivité chez les enfants hyperactifs sont un facteur de risque important quant au développement du trouble des conduites (Burns et Walsh, 2002; Gagnon, Craig, Tremblay, Zhou et Vitaro, 1995). L'interaction entre le TDAH et le trouble des conduites augmentent la probabilité de développer des traits psychotiques et des comportements antisociaux à l'âge adulte (Adler, Spencer et Wilens, 2015). Par ailleurs, 45 à 84% des enfants ayant un diagnostic de TDAH présentent aussi un trouble oppositionnel avec provocation (Barkley, Fischer, Edelbrock et Smalish, 1990; Gillberg et al., 2004; Barkley, 2015). L'intolérance aux frustrations, la désobéissance aux règles établies et les comportements provocateurs et oppositionnels décrivent les problématiques rencontrées par l'enfant ayant un trouble oppositionnel avec provocation. Cette comorbidité est présente le plus souvent chez les enfants ayant davantage de symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité. Lorsque la personne présente un trouble des conduites, un trouble oppositionnel avec provocation et un TDAH, le risque de présenter à l'âge adulte un trouble lié à l'abus d'une substance est alors augmenté. En effet, 15% des individus qui présentent toujours des symptômes du TDAH à l'âge adulte ont un trouble d'abus de substance contrairement à 8% de la population générale (Barkley, 2015; Adler, Spencer et Wilens, 2015). Les

enfants avec un TDA/H ont plus de chances de présenter des difficultés de communication et d'apprentissage que les enfants du même âge sans problématique. 15 à 25% des enfants ayant un TDAH ont aussi des difficultés de communication et d'apprentissage (Barkley, 2003; Lee et al., 2008; Weiss et Hechtman, 1993). Ces difficultés apparaissent très tôt durant l'enfance. Elles causent des problèmes scolaires majeurs particulièrement au niveau de la lecture et de la compréhension, particulièrement chez les enfants ayant un TDA/H et un trouble de comportement (Barkley, 2015).

D'autre part, 25% à 50% des enfants TDA/H présentent aussi des troubles anxieux comparativement à 6% à 20% chez les enfants sans TDA/H (Costello, Egger et Angold, 2004). L'anxiété sociale est présente chez 11,7% des adolescents de 13 à 18 ans. À l'âge adulte, le taux s'élève à 29,3%. L'anxiété sociale est le trouble le plus souvent observé en comorbidité chez les adultes TDA/H (Kessler et al., 2006). Ces personnes ont des inquiétudes excessives sur la perception des autres concernant leur tempérament irritable et leur tendance à argumenter. Les troubles anxieux seraient plus présents chez les TDAH de type inattentif prédominant (Jarrett et Ollendick, 2008; Milich et al., 2001). De plus, 13,9% à 22,9% des enfants et 38% à 63% des adultes sont à risque de développer un trouble dépressif (Millstein et al, 1997; Kessler et al., 2006). Les troubles anxieux et dépressif peuvent apparaître ensemble dans certains cas (Brown, 2013).

Étiologie du trouble. L'hétérogénéité dans la manifestation des symptômes du TDA/H chez les personnes atteintes ne permet pas d'établir une cause unique au diagnostic. Au contraire, l'origine multifactorielle illustre ces différences symptomatologiques. Une variabilité biologique est nécessaire dans l'apparition du trouble. Le développement et l'évolution des symptômes s'expliquent par l'interaction entre les facteurs génétiques et neurobiologiques, les facteurs environnementaux et les facteurs individuels de la personne atteinte (Barkley, 2015).

Facteurs génétiques. Les études démontrent que les membres d'une même famille où l'enfant répond aux critères diagnostiques du TDA/H sont plus à risque de présenter, eux aussi, le trouble. Le taux de prévalence est cinq à six fois plus élevé dans les familles où l'un des parents est atteint du TDA/H (Smalley et al., 2000). De surcroît, 57% des enfants qui ont un parent ayant un TDAH répondent aussi aux symptômes diagnostiques (Biederman et al., 1995). Ce facteur héréditaire est aussi observé chez les enfants adoptés. En effet, ces enfants ont trois fois plus de risques de présenter des symptômes du TDAH si le parent biologique avait des difficultés en lien avec cette problématique. Ce taux indique

l'importance des facteurs de risque génétiques. La similitude entre l'enfant et le parent ayant un TDA/H est observée par la sévérité des symptômes et le sous-type associé au diagnostic. L'aspect héréditaire serait associé à la transmission de plusieurs gènes ou à des anomalies génétiques (Barkley, 2015). Ces gènes seraient associés à un dysfonctionnement des systèmes dopaminergiques, plus particulièrement au niveau des gènes transporteurs et récepteurs de la dopamine. Ce système jouerait un rôle essentiel dans le contrôle des fonctions exécutives ayant par le fait même un impact sur la trajectoire développementale de la personne atteinte (Barkley, 2015; Genro, Kieling, Rohde et Hutz, 2010 ; Gonon, Guilé et Cohen, 2010). Il faut toutefois considérer le manque de recherches concernant cette hypothèse étiologique. Ces gènes ne peuvent être suffisants pour être considérés comme des facteurs causaux du TDAH (American Psychiatric Association, 2013). Ils augmentent cependant un risque additionnel de causer le trouble (Barlow, 2007). L'utilisation d'un psychostimulant expliquerait l'adhérence et l'efficacité du traitement pour le TDAH en raison de l'impact que ce type de médicament a sur le système dopaminergique (Dumas, 2013).

Facteurs neurobiologiques. Plusieurs hypothèses théoriques ont été postulées afin d'étayer une compréhension claire des caractéristiques neurobiologiques distinguant les personnes atteintes du trouble de ceux sans psychopathologie. Des déficits neurobiologiques de certains mécanismes cérébraux auraient été observés chez les individus TDA/H. Une différence volumique inférieure du cortex préfrontal, du ganglion basal et du vermis cérébelleux aurait été remarquée (Popper, Gaammon, West & Bailey, 2003, cité dans Barlow, 2007). Des dysfonctionnements dans les processus neurobiologiques auraient été aussi constatés au niveau de trois groupes de structures cérébrales complémentaires ; le système limbique, le cortex préfrontal et l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HPA). Ces mécanismes cérébraux possèdent un rôle important dans le contrôle de l'éveil et de la vigilance de l'attention, des fonctions exécutives et dans la régulation de l'inhibition comportementale (Anderson, 2008 ; Émond, Joyal et Poissant, 2009 ; Kieling, Gonclaves, Tannock et Castellanos, 2008). Le système limbique comprenant l'hippocampe, l'amygdale et la circonvolution cingulaire agissent au niveau de la mémoire à long terme, de l'agressivité, de la peur, de la gestion et du contrôle de l'attention, de l'humeur et de l'anxiété. Le cortex préfrontal joue un rôle dans la gestion et la manipulation du langage, la mémoire de travail, le raisonnement et les fonctions exécutives. Il est aussi impliqué dans le contrôle de l'attention, de l'humeur et de l'anxiété. L'axe HPA permet un contrôle réactionnel au stress quotidien et une gestion des demandes et stimuli environnementaux en mouvance constante liée à l'inhibition comportementale (Dumas, 2013). Les personnes atteintes du trouble auraient une hypoactivité dans certaines régions du

cortex préfrontal, du noyau caudé et du thalamus (Dickstein & al, 2006). Une déficience fonctionnelle aurait été observée au niveau du système de l'attention comprenant trois sous-systèmes cérébraux interactifs anatomiquement distincts s'appuyant sur plusieurs structures et circuits cérébraux. Ces anomalies cérébrales engendreraient des difficultés de communication entre les différentes parties du cerveau (Bush, 2009, cité dans Brown, 2013). Un déficit des structures cérébrales ou des processus neurobiologiques contribuerait ainsi aux comportements d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité observés chez la personne TDAH.

Le paradigme quant à la compréhension du trouble a évolué fortement au cours des vingt dernières années. Le TDA/H est maintenant considéré comme un trouble cognitif lié à une altération du développement des fonctions exécutives (Brown 2008, cité dans Prevatt et Levrini, 2015). Ces fonctions exécutives sont des processus cognitifs complexes de haut niveau jouant un rôle primordial chez l'ensemble des individus dans le développement des compétences affectives et sociales (Barkley, 2011). Elles émergent progressivement au cours du développement de la personne (Pennington, 1991, cité dans Brown, 2013). Elles permettent la mise en place de stratégies de planification, de flexibilité mentale et de comportements nécessaires dans la gestion d'une tâche orientée vers un but ou une activité de la vie quotidienne (Weyandt, 2005 cité dans Prevatt et Levrini, 2015). Elles permettent aussi la priorisation, l'intégration et la régulation des autres fonctions cognitives du cerveau. La performance de ces fonctions exécutives dépend du contexte et des conditions de la tâche (Pennington, 1991, cité dans Brown, 2013). Les fonctions exécutives sont décrites par Brown (2013) comme un système d'autocontrôle du cerveau régis par l'être humain inconsciemment. Une perturbation des systèmes de contrôle neurocognitifs (Barkley, 2011 ; Brown, 2013) qui sont généralement soutenus par certaines de ses fonctions exécutives est déficitaire chez les individus TDA/H (Habib, 2001). Il est important de mentionner que plusieurs personnes neurotypiques peuvent éprouver à l'occasion certaines difficultés au niveau des fonctions exécutives. Cependant, parmi les personnes atteintes du TDA/H, les déficits sont chroniques et persistants affectant de façon considérable le fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental de l'individu dans les différentes sphères de sa vie (Brown, 2013).

Plusieurs études ont également démontré la présence d'une altération du système d'inhibition comportementale. Ce système permet la diminution ou la suppression d'un comportement et l'augmentation de la vigilance permettant à la personne de rediriger son attention (Quay, 1997). L'inhibition comportementale est aussi la capacité à retenir une pulsion comportementale ou cognitive

pouvant être inappropriée ou inadaptée selon le contexte. Ainsi, le contrôle et la coordination du système moteur et verbal d'une personne sont effectués par ce processus cognitif. Il permet donc d'inhiber les réponses immédiates, de mettre fin aux réponses inadéquates et de limiter les interférences ou stimuli environnementaux (Barkley, 1997). Un dysfonctionnement du système d'inhibition comportemental est remarqué dans l'expression des comportements impulsifs du TDA/H par une faible sensibilité aux signaux en lien avec le processus d'évitement comportemental (Quay, 1997). Le modèle étiologique proposé par Russell Barkley (1997) axe principalement sur la présence d'altération de certaines fonctions exécutives chez les personnes TDA/H de type hyperactivité/impulsivité dominante et mixte. Barkley tente d'établir des liens entre l'expression symptomatologie spécifique au TDA/H et le processus d'inhibition comportementale lié principalement à certaines altérations de quatre fonctions exécutives; la mémoire de travail, l'autorégulation affective et motivationnelle, l'intériorisation du langage et la reconstitution. Ces fonctions exécutives sont primordiales dans le développement de l'imitation, l'imagination, la représentation de soi, des autres et du temps. Elles agissent sur le processus motivationnel d'une personne au niveau de l'exécution des actions nécessaires dans l'atteinte d'un objectif exigeant un effort soutenu. Ces fonctions assurent un contrôle interne dans l'expression des émotions en évitant les réponses comportementales prématurées. Elles assurent le développement de la réflexion personnelle et de l'auto-questionnement permettant l'acquisition des mécanismes de résolution de problèmes, de compréhension et d'application des règles sociales et du raisonnement social. Elles permettent à l'individu ; la planification, l'organisation et l'analyse de son propre comportement afin de s'adapter à son environnement (Barkley, 1997b). Brown (2013) propose un modèle qui traite, comme le modèle de Barkley, d'un dysfonctionnement des fonctions exécutives chez les individus TDA/H. Le modèle de Brown présente six fonctions exécutives nécessaires à toute personne. Cette classification en six groupes distincts permet donc d'identifier les rôles spécifiques de ces fonctions cognitives. Elles sont en constante relation les unes avec les autres de façon dynamique. L'interaction entre ces fonctions exécutives provoque certaines difficultés importantes chez une personne TDA/H affectant son fonctionnement quotidien. En effet, Brown (2013) décrit le TDA/H comme un syndrome associé à plusieurs fonctions exécutives déficitaires. Ainsi, un ensemble de caractéristiques et de difficultés connexes liés à ces fonctions exécutives interagissant ensemble sont observés chez la personne affectée. Plusieurs comportements problématiques sont présentés en fonction de la division des fonctions exécutives faite par Brown. La figure 1 présente le rôle des six fonctions exécutives identifiées par Brown et les difficultés spécifiques rencontrées par un individu TDA/H .

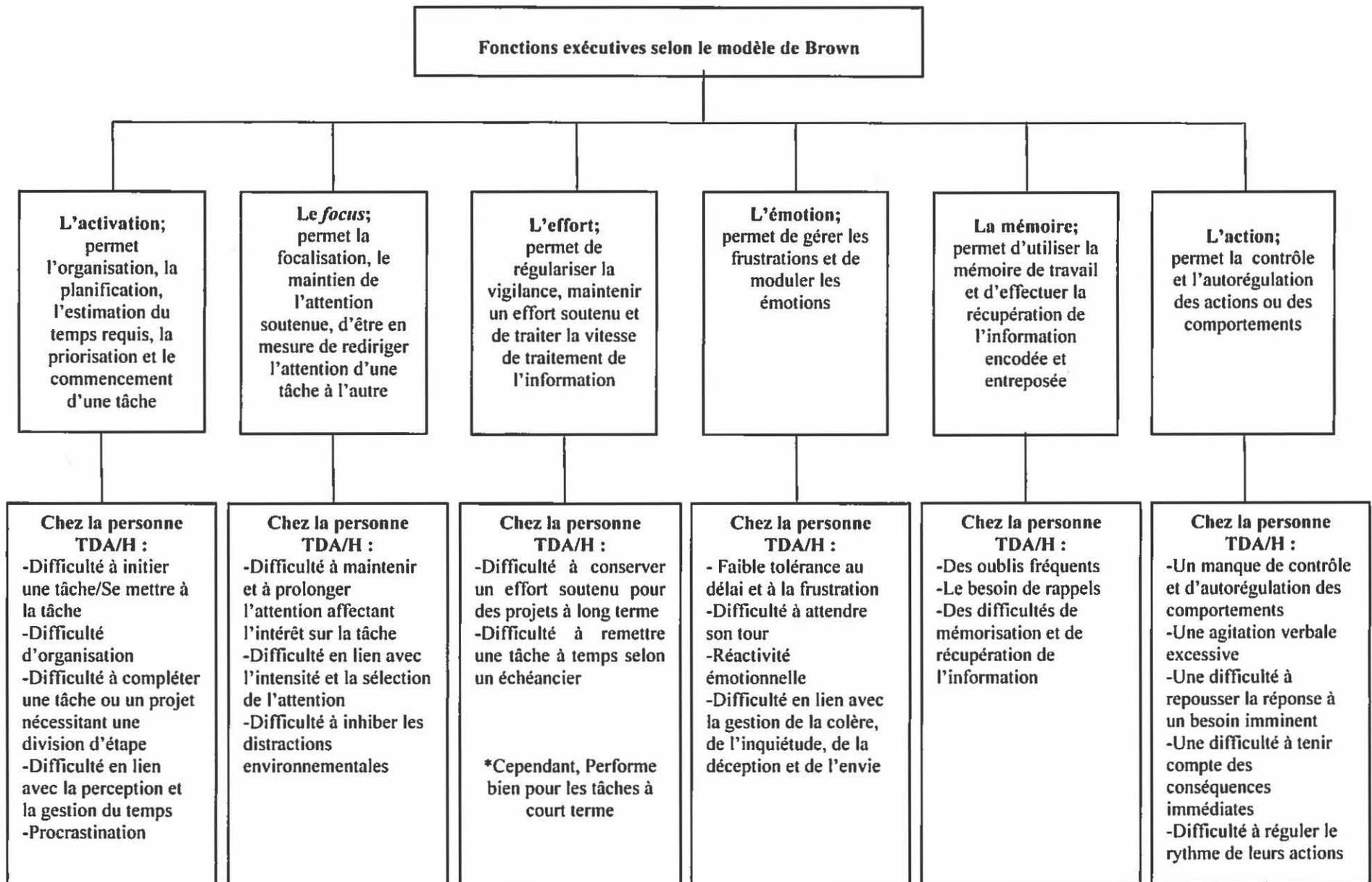


Figure 1. Représentation schématique du modèle de Brown (Brown, 2013)

Facteurs de risque environnementaux. Le milieu familial dans lequel l'enfant évolue peut contribuer à la présence de facteurs de risque influençant l'apparition et l'évolution des symptômes du TDA/H. Toutefois, aucune association causale ne peut être effectuée entre ces différents facteurs de risque puisque l'évolution des symptômes se développe par l'interaction des facteurs génétiques, neurobiologiques, environnementaux et individuels (APA, 2015). En effet, la plupart de ces facteurs environnementaux augmenteraient la fréquence et la sévérité des comportements perturbateurs liés au diagnostic (Dumas, 2013). En raison de la multiplicité de ces facteurs, il devient difficile d'établir le rôle étiologique de chacun de ces facteurs de risque dans l'expression du trouble. Plusieurs recherches ont démontré que la consommation de tabac, de drogue et d'alcool de la mère durant la grossesse influencerait le risque d'apparition du TDA/H (Mick, Biederman, Faraone, Sayer et Kleinman, 2002; Normura, Marks et Halperin, 2010; Rodriguez et Bohlin, 2005, cité dans Dumas, 2013 ; Sciberras, Ukoummunne et Efron, 2011). De plus, l'exercice de la parentalité durant l'enfance exerce un rôle déterminant dans la trajectoire du fonctionnement adaptatif de l'enfant en raison de l'interaction proximale du parent et de l'enfant. Cette interaction parent-enfant dépend fortement de la contribution des parents (i.e. qualité des soins donnés, pratiques éducatives, soutien affectif et social) et de l'enfant par leurs caractéristiques individuelles (i.e. tempérament, traits de personnalité, éducation, rythme de vie, etc.) évoluant de façon dynamique dans le temps et influençant l'évolution des symptômes TDA/H au cours de sa vie. (Johnston et Chronis-Tuscano, 2015, cité dans Barkley, 2015 ; Dumas, 2013). Par conséquent, les interactions familiales sont souvent perturbées en raison de l'agitation comportementale, la nécessité d'une supervision constante, la difficulté à respecter les règles établies, l'opposition et la provocation de l'enfant envers leur entourage. Ainsi, la fréquence des conflits intrafamiliaux est plus élevée dans une famille ayant un enfant TDA/H (Bader et Pierrehumbert, 2011, cité dans Dumas, 2013 ; Deault, 2010; Johnston et Mash, 2001; Murray et Johnston, 2006; Tripp et al., 2007; Whalen et al., 2006). Des conflits conjugaux sont plus présents chez les parents ayant un TDAH. Les désaccords des parents en lien avec les méthodes éducatives à prioriser auprès de l'enfant sont fréquents (Johnston et Chronis-Tuscano, 2015, cité dans Barkley, 2015). Une vision négative de leurs habiletés parentales est perçue chez les parents affectant du même coup leur estime personnelle. Ceux-ci deviennent plus critiques, réactifs, directifs, hostiles et moins positifs, chaleureux et constants envers leur enfant. Ils semblent encourager moins leur enfant et l'ignorer lorsqu'un comportement est adéquat. L'ensemble du système familial est déstabilisé par la conduite de l'enfant. Le stress chez ses parents est davantage présent augmentant le risque de dépression. Les stratégies de *coping* chez ces parents sont très faibles. La réaction négative de l'entourage accentue le développement d'une image de soi négative chez l'enfant

contribuant au développement de leurs habiletés sociales affaiblies (Barkley, 1989, cité dans Barlow et Durand, 2007). La littérature scientifique indique que les compétences parentales et la relation parent-enfant contribuent davantage aux comportements problématiques (i.e. difficulté à exécuter une consigne et à respecter les règles établies, agitation motrice, comportement d'opposition et de provocation, etc.) associés au TDA/H chez l'enfant qu'aux symptômes eux-mêmes. La comorbidité de certains troubles, la présence de comportements d'opposition et d'agressivité amènent en retour des difficultés familiales encore plus importantes. Selon une étude de Barkley et al. (1990, cité dans Dumas), une instabilité marquée dans différentes sphères est observée chez les familles ayant un enfant TDA/H ; changement d'emploi, séparation et déménagement. Les stratégies d'adaptation chez ces parents sont très faibles. La présence de comportements antisociaux, de problèmes de consommation de drogue, de conflits conjugaux et de troubles psychopathologiques (i.e. dépression et isolement social) augmente la fréquence et la sévérité des symptômes en lien avec le TDA/H chez l'enfant (Deault, 2010, Johnston et Mash, 2011).

Conséquences. Le TDA/H est un facteur de risque important à de nombreuses difficultés (Mannuzza, Klein, Abikoff et Moulton, 2004, cité dans Dumas). Les enfants ayant un TDAH d'âge scolaire sont plus à risque de développer des difficultés d'apprentissage en lien avec la littératie et la numératie ; c'est-à-dire la compréhension des chiffres et de l'écriture et la capacité à lire dans le développement de la représentation et de la pensée critiques. Ces difficultés sont présentes chez 50% à 80% des enfants TDA/H. Elles amènent un impact considérable sur les compétences scolaires de l'enfant persistant à l'adolescence et à l'âge adulte. La présence du TDAH et des difficultés d'apprentissage a comme impact chez l'individu un faible rendement scolaire et niveau scolaire et le risque que l'enfant abandonne l'école. Ces difficultés scolaires sont liées fortement au déficit des fonctions exécutives dans l'organisation d'une tâche dans un temps donné. Les problèmes d'inattention et de distractibilité interfèrent avec les habiletés à produire une tâche (DuPaul & Langberg, 2015). De plus, 50% à 80% des enfants TDA/H sont à risque d'être rejeté par leurs pairs. Une vision négative est attribuée à l'enfant ayant un TDA/H par leurs camarades de classe. Ces enfants sont plus à risque de subir de l'intimidation physique, verbal et relationnel. Les enfants TDA/H de type mixte et hyperactivité/impulsivité dominant sont perçus comme étant intrusifs. À l'inverse, les enfants de type inattentif sont perçus comme gênés, passifs et inquiets. Les symptômes du TDA/H affectent la relation avec les pairs dans l'établissement d'une relation d'amitié réciproque. L'enfant a de la difficulté à repérer, à interpréter et à répondre aux règles, aux informations et aux signaux sociaux adéquatement. Il semble être distrait et ne pas être à l'écoute, parle excessivement, interromp la personne qui parle, a de la difficulté à attendre son tour et

est bruyant. L'identification des émotions, particulièrement la peur et le rejet chez l'autre, s'effectue difficilement chez l'enfant TDA/H. Le rejet par les pairs est l'un des prédicteurs contribuant à l'inadaptation persistant jusqu'à l'adolescence. Les troubles intériorisés (i.e. trouble d'anxiété, trouble dépressif et trouble alimentaire) peuvent apparaître dû à l'isolement social et le faible support social. Ce qui amène la personne à fréquenter des pairs rejetés et ainsi à être encouragée à commettre des comportements délinquants. Ces actes augmentent ainsi le risque de développer des comportements sociaux déviants (i.e. abus de substance, comportements délinquants, comportements sexuels à risque, etc.) à l'adolescence (McQuade et Hoza, 2015, cité dans Buitelaar, Kan et Asherson, 2011). Par ailleurs, l'interaction entre les habilités parentales inefficaces et les symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité semblent contribuer au développement des comportements perturbateurs et des problèmes intériorisés (i.e. trouble d'anxiété et de dépression) et extériorisés (i.e. abus de substance et délinquance chez l'enfant (Johnston et Chronis-Tuscano, 2015, cité dans Barkley, 2015). Ainsi, les conséquences à l'enfance amènent des difficultés qui persistent jusqu'à l'âge adulte dans les différentes sphères de vie de la personne atteinte ; sous-performance académique et professionnelle, abus de substance, anxiété, dépression, faible interaction sociale et difficultés relationnelles (Biederman et al., 1993; Brassett-Grundy et Butler, 2004; Nadeau, 1995; Ratey, Greenberg, Bemporad, et Lindem, 1992 ; Weiss et Hechtman, 1993; Wender, 2000; Young, 2000; Young, Toone, et Tyson, 2003). Au niveau professionnel, l'individu a de la difficulté à organiser et accomplir une tâche ayant un impact considérable sur son niveau de performance (Barkley et al., 2004 ; Barkley et Murphy, 1998 cité dans dans Buitelaar, Kan et Asherson, 2011). Un taux plus élevé de congédiement est observé chez l'adulte TDA/H s'il est comparé à la population générale. En raison des déficits du système d'inhibition comportementale, une difficulté à s'autoréguler lors d'un problème engendre une faible tolérance à la frustration ce qui amène des épisodes d'irritabilité et de colère. La personne TDA/H est souvent perçue par les autres comme étant impulsive, désorganisée, agressive, émotionnellement intense et perturbatrice. Leurs interactions avec les autres peuvent amener des problèmes de communication. Un discours impulsif, des erreurs fréquentes, de la procrastination, le manque de temps pour compléter une tâche, la sous-performance et des difficultés relationnelles avec les collègues de travail ou le superviseur sont des problématiques observées fréquemment chez l'adulte TDAH dans son milieu de travail (Murphy et Barkley, 1996, cité dans Buitelaar, Kan et Asherson, 2011.) Des tensions familiales sont observées en lien avec les difficultés à prendre ses responsabilités parentales et ménagères (i.e. difficulté à superviser, prévoir et maintenir une routine) et à maintenir une relation intime (Wender, 1995 ; Faraone et al., 2000 ; Adler et Chua, 2002, cité dans Buitelaar, Kan et Asherson, 2011). À l'âge adulte, l'anxiété augmente chez la personne TDA/H

en raison des responsabilités qui lui sont davantage accordées en fonction de son âge. (Painter, Prevatt et Wellas, 2008, cité dans Buitelaar, Kan et Asherson, 2011). Ces difficultés chroniques observées, plus particulièrement au niveau de la régulation des émotions, sont considérées dans le développement de l'anxiété et de la dépression considérant les pensées craintives et dépressives chez la personne ayant un TDA/H (Seymour et al, 2012, cité dans Brown, 2013 ; Brown, 2011). En effet, ces déficits contribuent à des échecs répétitifs, à une sous-performance, à l'évitement de tâches difficiles et des conflits relationnels ayant un impact considérable dans les différentes sphères de vie de la personne. Ces difficultés contribuent aux développements d'une perspective négative de la personne par rapport à elle-même et des schèmes cognitifs erronés amenant ainsi un sentiment de faible contrôle sur son propre vécu et des symptômes dépressifs et d'anxiété affectant le niveau de fonctionnement quotidien de la personne (Safren, Perlman et al, 2005, cité dans Auclair, 2016).

Chaîne développementale. La figure 2 présente les différents facteurs de risque et de protection élaborés précédemment expliquant le développement, l'évolution, la persistance et les conséquences des symptômes associées au TDA/H chez la personne atteinte. En somme, la manifestation des symptômes du TDA/H ne peut être expliquée par une seule cause. Le trouble d'origine polyfactorielle se caractérise par l'interaction des facteurs génétiques, des facteurs neurobiologiques, des facteurs environnementaux et des facteurs individuels de la personne TDA/H. Les différences symptomatologiques observées entre les personnes atteintes du trouble s'expliquent ainsi par la variabilité de ces facteurs présents chez ces individus. Il faut toutefois noter qu'une prédisposition biologique est nécessaire dans l'apparition du trouble durant l'enfance (Barkley, 2015). Cette prédisposition expliquée par l'aspect héréditaire de la problématique amènerait chez la personne atteinte des comportements associés aux différents critères diagnostiques du trouble proposés par le DSM-V en lien avec trois domaines spécifiques : l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité. De plus, plusieurs différences neurobiologiques ont été observées au niveau des mécanismes cérébraux jouant un rôle primordial en lien avec les fonctions exécutives. Ces différences amèneraient un déficit des fonctions exécutives altérant leur fonctionnement normal nécessaire aux compétences affectives et sociales, aux habiletés d'organisation et de planification, à la mise en place de stratégies de flexibilités mentales et d'inhibition comportementale. Les comportements problématiques associés au TDA/H pourraient donc être expliqués entre autres par ce déficit des fonctions exécutives (Barkley, 1997; Brown, 2013). Par ailleurs, la présence de facteurs de risque environnementaux augmentant la fréquence et la sévérité des comportements perturbateurs dès l'enfance est en constante relation avec les facteurs héréditaires et neurobiologiques. Cette dynamique augmente

la présence de conséquences majeures à court et à long terme chez une personne TDA/H pouvant affecter son fonctionnement au quotidien dans ces différentes sphères de vie (Dumas, 2013).

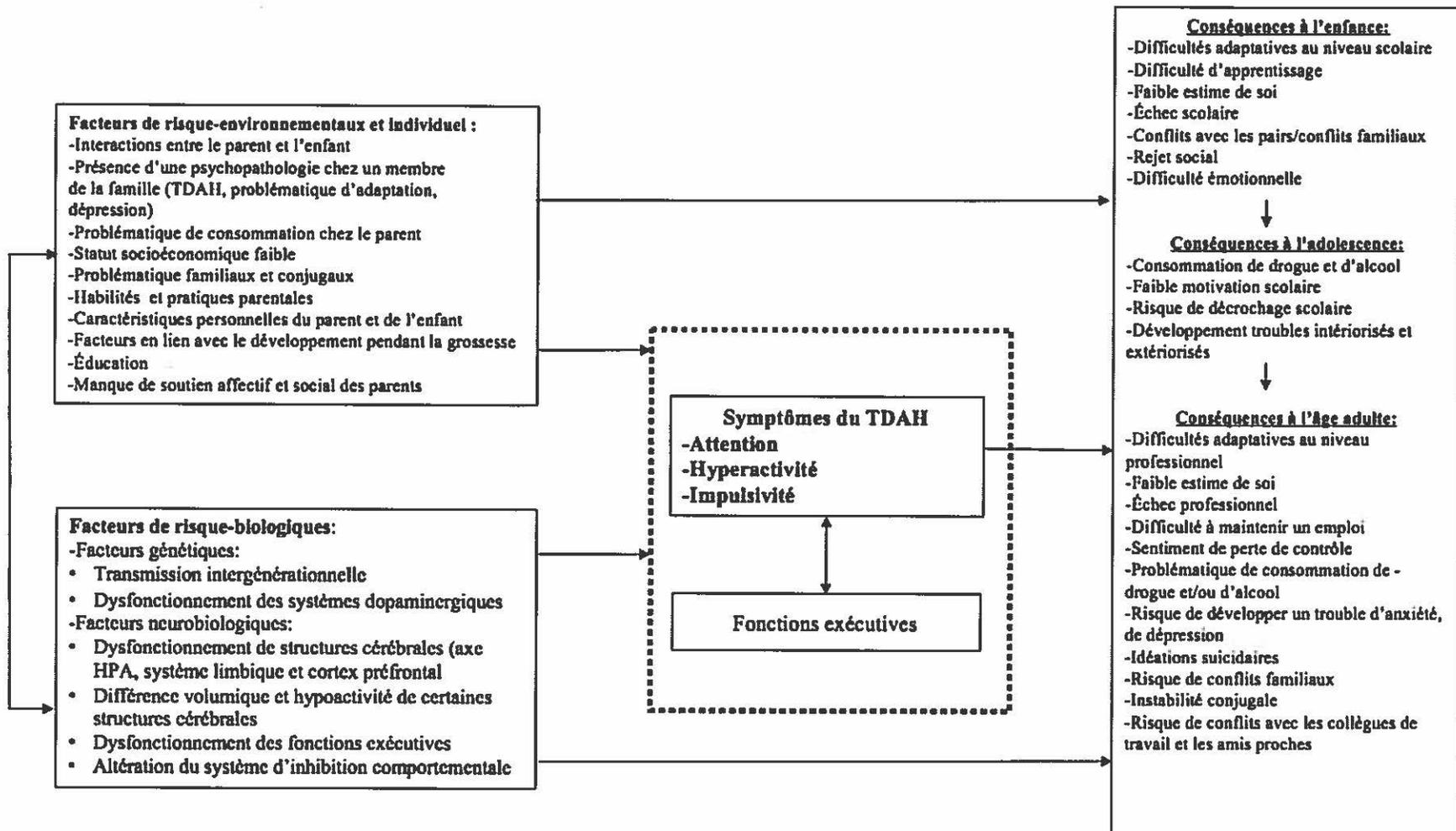


Figure 2. Modèle logique

1.2. Recension des interventions

Il existe deux principaux axes d'intervention, soit le traitement psychopharmacologique et le traitement psychosocial dans le traitement du TDAH. Ils visent principalement la réduction des souffrances et l'atténuation des déficits conduits par les symptômes du TDA/H afin d'augmenter le fonctionnement adaptatif de la personne (Brown, 2013). Le traitement offert par la prise d'une médication cherche à réduire les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité et à augmenter les capacités attentionnelles (Biderman, Spencer, Wilens et Greene, 2001). Les psychostimulants à base d'amphétamine (i.e. adderall, vyvanse, dexédrine, etc.) ou à base de méthylphénidate (i.e. biphentin, concerta, etc.) et les non-psychostimulants (i.e. straterra, intuniv, etc.) sont les molécules utilisées dans le traitement pharmacologique du TDA/H. Ce type de traitement est le plus utilisé auprès des personnes atteintes du trouble (Brown, 2013). En effet, 75% des individus qui prennent ce type de médication auraient une bonne adhérence au premier essai (Barkley, 2011). Les études démontrent que l'intervention médicale aide à l'augmentation de l'attention soutenue, au contrôle de l'impulsivité et à la diminution de la distractibilité, des comportements d'agression, de l'instabilité motrice et du niveau d'activation de la personne (Pedraza et Newcorn, 2015). Toutefois, même avec une prise de médication, les adultes TDA/H témoignent des difficultés à rester concentré sur une longue période de temps, à être désorganisé, à accomplir une tâche et leur tendance à être distrait. Ces contraintes les amènent à accumuler du retard dans les différentes sphères de leur vie et à éprouver une détresse émotionnelle considérable (Solanto, 2011). Peu de preuves indiquent que la prise d'une médication améliore le fonctionnement social, la régulation émotionnelle et les habilités de planification et d'organisation. Les études suggèrent donc une approche multimodale visant l'intégration du traitement médical et psychosocial afin d'obtenir des résultats optimaux. Les traitements psychosociaux ciblent des domaines d'intervention plus larges que le traitement pharmacologique. Les objectifs de ce traitement cherchent à améliorer les aptitudes sociales, à identifier et à modifier les pensées dysfonctionnelles et à augmenter les capacités d'autorégulation émotionnelle et les habilités en lien avec la planification et l'organisation. Ce type de traitement permet la diminution des conséquences liées aux comportements perturbateurs associés au trouble (Solanto, 2015).

Ainsi, la connaissance concernant la persistance des symptômes du TDA/H jusqu'à l'âge adulte a permis d'adapter l'intervention spécifiquement aux difficultés fonctionnelles de ce groupe d'âge. Les choix sur les types d'intervention priorisés ont été sélectionnés en fonction des méthodes d'intervention évaluées comme étant efficaces auprès des enfants et des adolescents. Les deux dernières décennies ont

ainsi permis le développement récent de programmes d'intervention incorporant les principes reliés à la thérapie cognitive-comportementale (TCC) spécifiquement auprès des adultes TDAH. La TCC joue un rôle déterminant dans la modification des interactions complexes entre les pensées, les émotions et les comportements de la personne. Ces programmes axés sur la TCC visent l'augmentation des compétences liées aux fonctions exécutives ; l'amélioration des habiletés de planification, d'organisation et de la gestion du temps, le développement des capacités de communication et de gestion de la colère et la modification des schèmes cognitifs dysfonctionnels. La plupart de ces programmes offrent un volet psychoéducatif et un volet lié à l'apprentissage de nouvelles stratégies permettant la modification de comportements perturbateurs. Ce volet permet donc de générer une meilleure compréhension du diagnostic, des causes, des symptômes, des traitements possibles et des conséquences du TDA/H (Van Lammeren et Bruggeman, 2011). Elle permet d'amener de l'espoir et de la motivation à la personne qui amorce une telle démarche (Brown, 2000). La majorité des programmes développés dans le traitement du TDA/H adulte ont été instaurés aux États-Unis et en Angleterre. Plusieurs d'entre eux ont fait l'objet d'études rigoureuses. La plupart de ces programmes ont démontré des effets significatifs auprès de la population ciblée. Les interventions de groupe ou individuel sont utilisées dans ce genre de programme. Le développement de programmes pour les adultes TDA/H au Québec est plutôt limité comparativement à son application auprès de la clientèle jeunesse. Certains des programmes américains ont été traduits et utilisés au Québec. Cependant, aucune évaluation rigoureuse n'a été effectuée sur les effets de son application.

Le *Young-Bramham programme* (Young et Bramham, 2012) a été développé à partir du contexte clinique des auteurs, du vécu et des besoins spécifiques des clients rencontrés. Le tableau 1 propose la description du programme de Young et Bramham. Les auteurs proposent un traitement combiné, soit la médication et la thérapie basée sur l'approche cognitive-comportementale, motivationnelle et psychoéducatrice. Il promeut deux buts particuliers. Il encourage les individus TDA/H à changer leur environnement et d'optimiser leur fonctionnement personnel, professionnel et social. Il sollicite le développement psychologique par des stratégies pour obtenir un meilleur fonctionnement adaptatif dans différentes sphères environnementales. Les objectifs du programme sont de promouvoir de l'information sur le TDA/H et d'offrir des stratégies de *coping* associées aux problèmes vécus par ces individus. Le programme offre des séances individuelles ou de groupe. La durée et l'intensité sont déterminées selon les besoins de la clientèle. Les auteurs proposent quatre parties divisées en quatorze modules. L'intervenant fait une sélection des plus pertinents, permettant ainsi la personnalisation de l'intervention

offerte en fonction des besoins spécifiques des participants. Chacun des modules propose des activités introductives, de la psychopédagogie en lien avec les différents thèmes proposés, des exercices pratiques et des devoirs (Young et Bramham, 2012). Le tableau 2 présente les résultats de l'étude de Bramham et al. (2007). L'étude a démontré des effets positifs quant à l'utilisation du groupe comme moyen d'intervention. En effet, il pourrait engendrer un coût moins élevé des services et une diminution des services psychiatriques. Un accroissement des connaissances sur le TDA/H, une diminution des symptômes en lien avec ce trouble psychopathologique et une amélioration de l'estime de soi et de la performance personnelle sont observés auprès des participants.

Le programme *Mastering your adult ADHD* (Safren, Sprich, Perlman et Otto, 2005) vise à diminuer les impacts fonctionnels liés aux symptômes du TDAH dans les différentes sphères de vie (i.e. académiques, professionnelles, familiales et sociales). Le tableau 3 expose la description du programme se basant sur la thérapie cognitive-comportementale. Montrant des résultats significatifs auprès de la clientèle TDA/H, l'institut universitaire en santé mentale de Québec propose une traduction française du programme de Safran et collaborateurs (Lafleur, Pelletier, Vincent et Vincent, 2010). Il suggère dix à douze rencontres individuelles réparties en trois modules spécifiques : (a) organisation et la planification, (b) réduction de l'inattention et (c) avoir une pensée plus « adaptée ». Un module optionnel aborde les problèmes liés à la procrastination. Le déroulement est semblable pour chacune des séances. L'établissement d'un plan de la rencontre est d'abord effectué au début dans le but de maintenir l'attention. Puis, une révision des habiletés acquises et des devoirs proposés lors des séances précédentes est réalisée afin de consolider la nouvelle information apprise. Les rencontres favorisent davantage la discussion entre le thérapeute et le participant par rapport à l'information et les nouvelles habiletés transmises. Le tableau 4 présente les résultats d'une recherche effectuée par les auteurs du programme. Les résultats suite aux recherches effectuées évaluant l'efficacité du programme suggèrent une diminution des symptômes du TDAH et des symptômes secondaires d'anxiété et de dépression. Le programme permet l'enseignement de stratégies compensatoires, particulièrement au niveau des habiletés d'organisation et de planification. Le traitement combiné, soit la prise d'une médication et la participation à ce programme, mène à une meilleure amélioration au niveau de la diminution des symptômes du TDAH (Safren, Otto, Sprich, Winett, Wilsen et Biederman, 2005). Les effets du traitement proposent un maintien des habiletés acquises jusqu'à six à douze mois après le traitement (Safren, Sprich, Mimiaga, Surman et Knouse, 2010).

Le programme proposé par Solanto (2011) *Mount sinai meta-cognitive therapy for adult ADHD* a été construit à partir des problèmes communs et des plaintes qui ont été documentés et verbalisés par les individus TDA/H. Il a donc été créé selon des besoins observés cliniquement chez des clients présentant des symptômes du TDA/H. La description du programme est présentée dans le tableau 5. Le programme se base notamment sur les principes et les méthodes de la thérapie comportementale et cognitive-comportementale. Il cherche l'atténuation des différentes sources de frustration et de détresse : l'inefficacité, les difficultés à initier et à compléter une tâche ou une activité selon une échéance, les oublis fréquents, l'indécision, la procrastination et le perfectionnisme. Il vise la transmission, l'apprentissage et le développement de nouvelles compétences et stratégies liés à la gestion du temps, à l'organisation et à la planification des activités de vie quotidienne. Des séances de groupe sont proposées. Six à huit adultes sont regroupés une fois par semaine pendant deux heures. Le déroulement de la séance reste toujours la même : retour sur l'exercice à compléter à la maison (60 minutes), présentation et discussion du nouveau matériel et d'un exercice (45 minutes) et explication du prochain exercice à compléter à la maison (15 minutes). Une approche individuelle a aussi été adaptée. Ce format permet d'individualiser le traitement selon les besoins, les difficultés et les obstacles personnels de l'individu. Il répond plus particulièrement à un profil spécifique ne pouvant correspondre à la formule en groupe (i.e. présence de comorbidité, personnalité ayant des comportements d'agressivité, phobie sociale ou une forme sévère d'une autre psychopathologie). Le tableau 6 expose les différents résultats d'une recherche exécutée par l'auteure du programme. Ce programme a démontré des effets bénéfiques dans la diminution des symptômes d'inattention, l'amélioration des habiletés de planification, d'organisation et de gestion du temps à court terme.

Le *Cognitive remediation program* (2002) est une approche multimodale. Le tableau 7 propose une description du programme combinant la thérapie cognitive-comportementale et du traitement médical. Il cherche à réduire les déficits associés au TDA/H, plus spécifiquement la diminution des difficultés d'attention, d'organisation, de motivation, de gestion du stress, du contrôle de la colère et de l'estime de soi. Les nouveaux apprentissages offrent l'entraînement aux fonctions exécutives, l'enseignement de stratégies internes et externes compensatoires et la restructuration de l'environnement physique afin de maximiser le fonctionnement adaptatif des individus dans différents domaines (i.e. la motivation, la concentration, l'écoute, l'impulsivité, l'organisation, la gestion de la colère et l'estime de soi). Huit sessions hebdomadaires de groupe sont proposées. Suite à la recherche effectuée par Stevenson, Withmont, Bornholt et Livesey, Stevenson (2002) présentée dans le tableau 8 afin d'évaluer les effets du

programme sur les sujets, une diminution des symptômes du TDAH a été observée. Aussi, les participants ont développé des meilleures habiletés d'organisation et de gestion de la colère. Aucune différence n'a été remarquée quant au développement d'une meilleure estime de soi. Ce traitement est plus efficace lorsqu'il est combiné avec la prise d'une médication. Ces observations ont été maintenues pendant un an.

De façon générale, l'ensemble des programmes présentés se base principalement selon l'approche cognitive-comportementale. La plupart sont construits à partir d'un contexte clinique. En effet, l'évaluation des besoins spécifiques aux individus TDA/H a été considérée afin de maximiser l'atteinte des objectifs. Ainsi, l'intervention est spécifique aux difficultés rencontrées par les individus qui présentent des symptômes du TDA/H. La plupart proposent un type d'intervention ciblé offrant des séances de groupe qui varie entre six à douze semaines. Ces programmes visent d'abord la réduction des symptômes du TDAH par l'apprentissage et le développement de nouvelles compétences et habiletés. Des stratégies de planification, d'organisation, de maintien de l'attention, de gestion du stress et de colère sont proposées. De plus, le déroulement des rencontres est planifié d'une façon similaire, soit par des discussions introductives, des présentations magistrales de type « psychoéducatives », des exercices pratiques et des devoirs à compléter. À court terme, les études ont démontré, pour la plupart, une meilleure connaissance du TDA/H, une diminution des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, une augmentation des habiletés en lien avec la planification, l'organisation et la gestion du temps, une diminution associée aux traits d'anxiété et de dépression. La combinaison entre le programme et la médication semble mener à de meilleurs résultats que pour l'utilisation de la médication seule. Il faut toutefois considérer certaines limites méthodologiques dans ces études ; le faible échantillonnage de ces études, l'absence d'évaluation du maintien des acquis à long terme et la difficulté à évaluer les effets du programme en l'absence d'une médication.

Tableau 1. Description du Young-Bramham programme

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Young et Bramham (2012)	Young-Bramham programme	Ciblé	<p>-Thérapie cognitive comportementale</p> <p>(1) Objectifs :</p> <p>1-Diminuer les symptômes dépressifs et d'anxiété liés au TDAH</p> <p>2-Développement des stratégies afin d'être outillé pour les projets futurs (confiance et attentes plus réalistes)</p> <p>3.Augmenter l'estime de soi et la performance liée à une tâche</p> <p>4-Augmentation du réseau de soutien par la présence de personne atteinte du trouble par l'utilisation d'un groupe</p> <p>(2) Contenu :</p> <p>-Utilisation des modules du Young-Bramham programme divisé en 14 chapitres :</p> <p>1-Attention</p> <p>2- Mémoire</p> <p>3-Organisation et gestion du temps</p> <p>4-Impulsivité</p> <p>5-Résolution de problème</p> <p>6-Relations interpersonnelles</p> <p>7-Anxiété</p> <p>8-Frustration et colère</p> <p>9-Humeur et Dépression</p> <p>10-Sommeil</p> <p>11-Abus de substance</p> <p>12-Préparation au futur.</p> <p>Structure des séances</p> <p>-Moyens de gestion des apprentissages : Activités d'introduction, psychopédagogie en lien avec le sujet de la séance, exercices durant les séances et devoir à faire à la maison</p>

Tableau 2. *Évaluation du Young-Bramham programme*

Auteurs de l'évaluation	Participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Bramham, Bickerdike, Spain, McCartan, Xenitidis (2008)	-40 hommes et 21 femmes (diagnostic du TDAH selon le DSM-IV) -Les participants recevaient déjà le traitement dans une clinique -1 groupe expérimental (groupe avec prise de médication) -1 groupe contrôle (CBT et médication) - Entre 10 et 15 adultes par groupe	-Trois ateliers par journée, organisé une fois par mois pendant trois mois	-Quasi-expérimental -Évaluation pré-intervention et post-intervention	Changements observés dans le groupe expérimental ; -Accroissement des connaissances en lien avec le TDAH -Amélioration de l'estime de soi et la performance -Diminution des symptômes en lien avec le TDAH -Effets positifs quant à l'utilisation du groupe comme moyen d'intervention ; engendre une diminution des services psychiatrique et une diminution des coûts associés aux services	-Non-évalué

Tableau 3. Description du *Mastering your adult ADHD : A cognitive behavioral treatment program*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Safren, Sprich, Perlman et Otto, 2005	Mastering your adult ADHD: A cognitive behavioral treatment program	Ciblé	<p>(1)Objectifs : Visent trois compétences essentielles ; 1-L'augmentation des compétences d'organisation et de planification 2-L'augmentation des compétences afin de réduire la distractibilité 3-L'augmentation des compétences pour traiter les pensées dysfonctionnelles</p> <p>*Modules optionnels : -Apprentissage d'habilités en lien avec la procrastination -Augmentation des habilités de communication et de gestion de la colère</p> <p>(2)Contenu : -Pratique des stratégies utilisées en groupe et à la maison -Chaque séance, retour effectué sur les différents symptômes présents durant la semaine -Retour sur les résultats des habilités/compétences pratiquées au cours de la semaine -Introduction de nouveaux outils afin de travailler les compétences ciblées *Devoirs chaque séance afin de pratiquer le nouveau matériel à la maison</p>

Tableau 4. *Évaluation du Mastering your adult ADHD : A cognitive behavioral treatment program*

Auteurs de l'évaluation	Participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Safren, Otto, Sprich, Winett, Wilsen et Biederman, (2005)	-31 adultes ayant un TDAH avec symptômes persistants, médicamenteux -1 groupe contrôle (TCC+médication) -1 groupe expérimental (prise de médication uniquement) -Âgés entre 18 à 25 ans	-10 séances dont 5 séances optionnelles	- Essai contrôlé randomisé -Évaluation pré- et post-intervention	Changements observés dans le groupe expérimental ; -Le traitement combiné note une meilleure amélioration au niveau de la diminution des symptômes du TDAH que la médication seule. -Diminution des symptômes secondaires liés à l'anxiété et la dépression -Permet l'enseignement de stratégies compensatoires dans l'organisation et la planification	-Non-évalué
Auteurs de l'évaluation	Participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Safren, Sprich, Mimiaga, Surman et Knouse (2010)	-86 adultes prenant une médication -1 groupe contrôle (TCC) -1 groupe expérimental (sessions d'entraînement à la relaxation avec soutien éducatif) -Âgé entre 18 à 65 ans -Aucune stratification des groupes selon le type de médication -Stratification des groupes en fonction du sexe et selon la sévérité des symptômes par Clinical Global Impression scale	12 séances individuelles	-Essai contrôlé randomisé -Évaluation pré- et post-intervention	Changements observés dans le groupe expérimental ; -Diminution des symptômes du TDAH avec la TCC *Effet jusqu'à six à douze mois après le traitement -Meilleure efficacité du traitement TCC que l'entraînement à la relaxation	-Non-évalué

Tableau 5. Description du Mount Sinai meta-cognitive therapy for adult ADHD (MCT for adult ADHD)

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Solanto, M.V. (2012)	Mount Sinai meta-cognitive therapy for adult ADHD	Prévention ciblée auprès des adultes TDAH	<p data-bbox="1283 289 1682 321">-Thérapie cognitive comportementale</p> <p data-bbox="1283 326 1430 358">(1)Objectifs :</p> <p data-bbox="1283 363 1940 428">1-Augmentation des compétences et des stratégies en avec la planification, l'organisation et la gestion du temps</p> <p data-bbox="1283 433 1940 498">2-Cibler les pensées dysfonctionnelles liées à la dépression et à l'anxiété</p> <p data-bbox="1283 503 1671 535">3-Soutenir la motivation à une tâche</p> <p data-bbox="1283 540 1430 573">(2)Contenu :</p> <p data-bbox="1283 578 1724 610">-Présentation des objectifs du programme</p> <p data-bbox="1283 615 1885 647">-Établissement d'objectifs personnels par les participants</p> <p data-bbox="1283 652 1940 717">-Première moitié de la séance consacrée à un retour en groupe sur les évènements survenus durant la semaine.</p> <p data-bbox="1283 722 1898 852">-La deuxième moitié est consacrée à une discussion sur différents thèmes ; symptômes du TDA/H, manifestations quotidiennes des symptômes du TDA/H, traitement psychopharmacologique.</p> <p data-bbox="1283 857 1913 922">-Présentation d'outils permettant d'augmenter les stratégies d'organisation et de planification</p>

Tableau 6. *Évaluation du Mount Sinai meta-cognitive therapy for adult ADHD (MCT for adult ADHD)*

Auteurs de l'évaluation	Participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Solanto, Marks, Wasserstein, Mitchell, Abikoff, Alvir et Kofman (2013)	<ul style="list-style-type: none"> -88 adultes ayant un diagnostic du TDAH mixte ou type inattentif (selon le DSM-IV) - 1 Groupe contrôle (MCT) -Groupe support expérimental -6 à 8 personnes par groupe -Âgés entre 18 et 65 ans 	-12 séances de deux heures	<ul style="list-style-type: none"> -Étude randomisée -Répartition aléatoire -Devis : expérimentale -Évaluation pré-intervention et post-intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Changements observés dans le groupe expérimental ; -Diminution des symptômes d'inattention -Meilleures habilités de planification, d'organisation et de gestion du temps -Aucunes distinctions entre l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le niveau d'éducation, le revenu, le statut matrimonial, le QI, le sous-type en lien avec le diagnostic du TDAH 	-Non évalués

Tableau 7. Description du *Cognitive remediation program (CRP)*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Stevenson, Withmont, Bornholt, Livesey, Stevenson (2002)	<i>Cognitive remediation program (CRP)</i>	Ciblé	<p>*Utilisation de l'approche multimodale (médication et thérapie cognitive-comportementale)</p> <p>(1) Objectifs :</p> <p>-Diminuer les déficits associés au TDAH plus spécifiquement les difficultés d'attention et d'organisation, la faible motivation l'environnement de travail chaotique, la gestion faible du stress, le faible contrôle de la colère, la faible estime de soi par l'utilisation de stratégies afin de développer de nouvelles compétences.</p> <p>(2) Contenu :</p> <p>-Entraînement des fonctions exécutives</p> <p>-Enseignement de stratégies internes et externes compensatoires</p> <p>-Restructuration de l'environnement physique pour maximiser le fonctionnement</p>

Tableau 8. Évaluation du *Cognitive remediation program (CRP)*

Auteurs de l'évaluation	Participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Stevenson, Withmont, Bornholt, Livesey, Stevenson (2002)	<ul style="list-style-type: none"> -43 adultes -Hommes (29) et femmes (14) -Âgés de 26 à 46 ans -1 groupe contrôle -1 groupe expérimental 	<ul style="list-style-type: none"> -8 semaines -Une fois/semaine 	<ul style="list-style-type: none"> -Étude randomisée contrôlée -Répartition aléatoire -Évaluation pré-intervention et post-intervention (après le traitement, 2 mois après le traitement et 1 an après le traitement) 	<ul style="list-style-type: none"> Changements observés dans le groupe expérimental ; -Diminution des symptômes du TDAH -Meilleures habiletés d'organisation -Réduction du niveau de colère -Résultats maintenus pendant un an -Aucune différence observée quant à l'acquisition d'une meilleure estime de soi -Meilleure efficacité du traitement lorsqu'il y a combinaison avec médication -Permet l'utilisation de stratégies individualisées 	-Non-évalué

1.3 Intervention proposée

Place dans la chaîne développementale. Les individus TDAH présentent d'importantes difficultés en lien avec l'organisation et la planification, le maintien de l'attention, la gestion du stress et des émotions. Ces déficits amènent parfois plusieurs conséquences négatives : faible estime de soi et de sentiment de contrôle, conflits relationnels, sous-performance professionnelle, échecs répétitifs, présence de symptômes d'anxiété et de dépression. L'intervention propose la réduction des conséquences liées aux symptômes du TDAH qui sont associés à un déficit des fonctions exécutives. Le programme proposé tente d'améliorer le fonctionnement adaptatif de ces individus au plan personnel, professionnel et relationnel. Ainsi, il cible l'augmentation des capacités attentionnelles et les habiletés d'organisation et la réduction du niveau de stress ressenti par la mise en place de stratégies d'auto-gestion. À moyen terme, ces objectifs proximaux visent à augmenter les réussites personnelles, à développer une meilleure estime de soi, à augmenter le sentiment de contrôle par rapport à son propre vécu. En agissant sur ces cibles d'intervention, on diminue ainsi les risques d'apparition des conséquences à plus long terme, soit l'accumulation d'échec personnelle, l'apparition d'une psychopathologie ou d'une problématique de consommation d'alcool ou de drogue.

Justification du choix de l'intervention et de ses adaptations. Le programme proposé vise à réduire l'impact des symptômes du TDAH. Il porte essentiellement sur l'acquisition de nouvelles habiletés liées aux fonctions exécutives qui sont déficitaires chez les personnes TDAH et sur la gestion du stress. Huit rencontres de groupe de deux heures sont proposées et sont divisées en trois volets distincts (deux séances/volet): organisation et planification, capacités attentionnelles et gestion du stress. Ces rencontres visent à augmenter les connaissances en lien avec l'utilisation d'outils et de stratégies de planification, d'organisation, de maintien de l'attention et de gestion du stress. Ainsi, trois des quatre programmes présentés ont été choisis afin de planifier ce programme spécifique aux besoins du milieu d'intervention : *Mastering your adult ADHD : A cognitive behavioral treatment program*, *Mount Sinai meta-cognitive therapy for adult ADHD (MCT for adult ADHD)* et *Young-Bramham programme*. Le programme s'inspire d'une approche de groupe comme pour les programmes retenus. Les rencontres de groupe proposent des services à un plus grand nombre de personnes ayant des besoins similaires. Ce contexte offre essentiellement une certaine normalisation du vécu, une compréhension commune et un support par les pairs. Il permet ainsi d'augmenter le réseau de soutien par la présence d'individu ayant des problématiques similaires. De plus, l'intervention proposée possède les mêmes cibles d'interventions. Il vise, tout comme les autres programmes, l'amélioration des habiletés d'organisation

et de planification et l'augmentation des capacités attentionnelles. Ce programme souhaite également diminuer la présence des symptômes dépressifs et d'anxiété en ciblant les pensées dysfonctionnelles. Le déroulement des rencontres est similaire aux trois programmes retenus. Les difficultés attentionnelles sont prises en considération. Ainsi, le temps est divisé en fonction des forces et limites de cette clientèle. D'abord, à chaque séance, un retour est effectué sur le contenu présenté à la rencontre précédente et sur le devoir proposé aux participants. Ensuite, une activité introductive ou une discussion permet d'amener le thème de la séance (i.e. difficultés d'organisation et de planification, outils pour maintenir l'attention, les impacts du stress, etc.) selon le volet. Inspiré du *Young-Bramham programme*, sous forme de présentation magistrale de vingt à trente minutes, le contenu est exposé aux participants. Une activité pour mettre en pratique les connaissances abordées est proposée aux participants. Pour finir, un devoir est suggéré aux participants dans le but de généraliser les acquis dans leur environnement immédiat.

Pertinence de l'intervention proposée. Le programme est implanté dans un CLSC pour le programme Santé mentale adulte. Au cours des dernières années, les intervenants ont observé une augmentation des consultations des individus au profil symptomatologique du TDA/H. Initialement, ses personnes présentent davantage des traits liés à l'anxiété ou à la dépression. Au cours des rencontres individuelles, des symptômes associés au TDA/H sont observés par la présence de difficultés comportementales en lien avec l'impulsivité, l'hyperactivité, l'attention, la planification, l'organisation et la gestion du stress. Plusieurs intervenants nomment être très peu outillés afin d'intervenir auprès de cette clientèle. Ce besoin semble être prioritaire dans le milieu qui a démontré un intérêt particulier pour l'implantation de séances de groupe.

2. Méthodologie

2.1. Description des composantes

Sujets et recrutement. Un maximum de 20 adultes âgés de 25 ans ou plus est sollicité pour participer au programme. Une fois le processus de recrutement terminé, la formation d'un groupe (maximum de 15 personnes) ou de deux groupes (maximum de 10 personnes par groupe) dépendra du nombre de participants recrutés. D'abord, avant d'amorcer le recrutement des sujets, une présentation est effectuée par la stagiaire en psychoéducation en réunion d'équipe pour permettre aux intervenants (i.e. de l'accueil psychosocial, du guichet d'accès et du programme Santé mentale adulte) de prendre connaissance des objectifs du programme. Ils pourront ainsi référer les clients vers ce nouveau service proposé. La plupart des sujets sont d'abord évalués à l'accueil psychosocial du CLSC Dorval-Lachine, puis orientés vers le programme Santé mentale adulte par le guichet d'accès. Ceux ayant déjà un suivi

individuel dans l'établissement sont référés par des professionnels de l'équipe du programme Santé mentale adulte (i.e. Travailleur social, infirmier, psychologue et psychoéducateur). Selon l'information retenue par la requête de service effectué par l'accueil psychosocial ou par le professionnel référent, l'intervenant doit avoir observé la présence quotidienne de comportements d'inattention, d'impulsivité ou des difficultés en lien avec l'organisation et la planification auprès de chacun des sujets sélectionnés. Ces difficultés doivent être présentes dans différents contextes de vie (i.e. à la maison, au travail, à l'école, etc.). La présence d'un diagnostic du TDA/H n'est pas exigée. La prise d'une médication en lien avec la diminution des symptômes du TDA/H est acceptée. Aucun critère d'exclusion quant à la comorbidité (i.e. trouble d'anxiété, trouble dépressif, etc.) n'est retenu. L'intervenante stagiaire et la psychoéducatrice du programme en Santé mentale font par la suite la sélection des sujets qui ont été orientés vers le présent programme. La période de recrutement s'effectue du 1 août 2017 jusqu'au 31 septembre 2017.

But et objectifs. Ce programme vise d'abord à réduire les répercussions des symptômes associés au TDA/H sur le plan personnel et relationnel afin d'augmenter le fonctionnement quotidien des personnes atteintes. La réduction de la symptomatologie permettra aux participants d'augmenter les réussites personnelles et professionnelles, de développer une meilleure estime de soi et d'augmenter leur sentiment de contrôle. Ainsi, l'intervention a pour objectif distal de prévenir le risque d'apparition ou de diminuer les symptômes liés au trouble d'anxiété généralisé et dépressif. Le tableau 9 présente les différents objectifs généraux et spécifiques associés au programme.

Tableau 9. *Objectifs du programme d'intervention*

Objectif général 1	Diminuer les symptômes associés au TDAH
Objectif spécifique 1.1	Augmenter les habiletés d'organisation et de planification
Objectif spécifique 1.2.	Augmenter les capacités attentionnelles
Objectif général 2	Réduire le stress perçu dans les différentes sphères de fonctionnement selon les contextes situationnels
Objectif général 3	Augmenter le sentiment d'efficacité personnelle dans les différentes sphères de fonctionnement

Animateurs. La stagiaire en psychoéducation et la psychoéducatrice sont responsables de l'animation de chaque séance d'intervention de groupe ou individuelle. L'animatrice principale est la stagiaire c'est-à-dire qu'elle est responsable de l'animation de l'ensemble du contenu prévu à chacune des rencontres de groupe. Elle est assistée par la psychoéducatrice qui agit en tant que co-animatrice, soit un rôle en complémentarité avec celui de l'intervenante stagiaire. La psychoéducatrice travaille depuis

cinq ans dans ce milieu de travail. Elle possède plus de quinze ans d'expérience avec la clientèle adulte ayant des problématiques de santé mentale. La stagiaire possède deux ans d'expérience en santé mentale avec une clientèle adulte, dont une dans ce milieu d'intervention. L'animation de groupe et individuelle a été expérimentée par ces deux intervenantes. Elles ont co-animé plus d'une fois des séances d'information sur le trouble d'anxiété et le trouble dépressif.

Programme et contenu. Avant de commencer l'implantation du programme, les intervenantes rencontrent individuellement les sujets recrutés. Cette rencontre pré-intervention de 50 minutes a pour objectif de présenter le déroulement du programme et de connaître davantage le motif de consultation et la situation actuelle du participant. Huit rencontres de groupe de deux heures sont par la suite proposées à l'ensemble des participants. La première rencontre consiste en une rencontre de type informative. L'objectif de cette rencontre est d'augmenter le niveau de connaissances des participants sur les symptômes, les causes, les conséquences et les interventions proposées en lien avec la symptomatologie du TDAH et des fonctions exécutives. Les membres de l'entourage peuvent assister à cette rencontre afin d'étayer leur compréhension face aux difficultés vécues par leur proche. Le reste des rencontres est divisé en trois volets : organisation et planification, capacités attentionnelles et gestion du stress. Le premier volet compte deux rencontres et vise l'acquisition de connaissances sur l'utilisation régulière d'outils et de stratégies de planification afin d'augmenter les habiletés d'organisation et de planification. Le second volet propose deux rencontres et a pour objectif l'apprentissage d'outils et de stratégies lié au maintien de l'attention vers une tâche dans le but de maximiser et d'améliorer les capacités attentionnelles. Le dernier volet de deux rencontres vise à diminuer le stress quotidien par l'apprentissage d'outils d'autogestion. La dernière rencontre est une rencontre bilan qui permet d'effectuer un retour sur l'ensemble des connaissances acquises et d'évaluer l'atteinte ou non des objectifs personnels établis en début de programme.

La structure des séances de groupe reste la même pour chacune des rencontres. D'abord, une période est allouée au début de la séance afin d'effectuer un retour sur le contenu abordé à la dernière rencontre et sur le devoir à compléter. Par la suite, une discussion interactive est proposée afin d'introduire le thème de la rencontre. Un contenu théorique en lien avec le thème de la rencontre est présenté aux participants par une présentation magistrale. Ensuite, un exercice est effectué de façon individuelle ou en groupe sur le contenu exploré durant la première moitié de la rencontre. Pour finir, le devoir à compléter pour la prochaine séance est expliqué aux participants par les animatrices. Le tableau 10 présente la planification de l'ensemble des rencontres prévues au programme.

Tableau 10. *Planification des séances d'intervention*

Semaine	Type de séance	Volet	Séance	Durée (minutes)	Contenu
Pré-intervention	Individuelle	Pré-intervention	Rencontre préparatoire	50 minutes	<ul style="list-style-type: none"> -Passation des questionnaires pour l'évaluation des effets <i>avant</i> le début de la rencontre (25 minutes) -Clarifier le motif de consultation avec le participant (25 minutes) -Décrire brièvement le programme (séances 1 à 8) et remettre l'horaire et le descriptif de chacune des séances (10 minutes) -Présenter le rôle et le mandat des animatrices (5 minutes) -Définir le code et les procédures (10 minutes) -Rappel du matériel à apporter pour chacune des rencontres -Signature du formulaire d'engagement (voir annexe 2)
1	Groupe <i>*Possibilité qu'un proche significatif assiste à cette rencontre en présence du participant</i>	Rencontre informative	TDA/H et les fonctions exécutives	120 minutes	<ul style="list-style-type: none"> -Mot de bienvenue des animatrices (2 minutes) -Présentation des participants-Tour de table (3 minutes) -Présentation magistrale sur le TDAH et les fonctions exécutives: Description, étiologie, conséquences et types de traitement (45 minutes) -Période de questions (10 minutes) -Pause (15 minutes) -Exercice de motivation: Avantages et inconvénients du changement (Exercice 1.) (20 minutes) -Explication du devoir 1 à compléter pour la prochaine rencontre : Établir des objectifs personnels quant à la démarche au CLSC (15 minutes) -Mot de la fin (5 minutes) -Passation du questionnaire sur le niveau de satisfaction (5 minutes) -Remettre le document explicatif 1 et le devoir 1
2	Groupe	Organisation et planification	Introduction aux habilités d'organisation et de planification	120 minutes	<ul style="list-style-type: none"> -Retour sur le contenu de la dernière séance et sur les objectifs établis par les participants (Devoir 1) (20 minutes). -Présentation sur l'utilisation de système de planification, de la liste de tâches et de stratégies pour la priorisation des tâches (25 minutes). -Pause (15 minutes)

Semaine	Type de séance	Volet	Séance	Durée (minutes)	Contenu
					<ul style="list-style-type: none"> -Exercice sur la planification et la division des tâches (Exercice 2)(15 minutes) -Explication du devoir 2 : Cibler un outil de planification, le mettre en application afin de présenter les résultats pour la prochaine rencontre. (5 minutes). -Mot de la fin (5 minutes) -Passation du questionnaire sur le niveau de satisfaction (5 minutes) -Remettre le document explicatif 2 et le devoir 2
3	Groupe	Organisation et planification	Organisation des tâches multiples et gestion du temps	120 minutes	<ul style="list-style-type: none"> -Retour sur le contenu de la dernière séance et sur le devoir 2 pour chacun des participants (25 minutes) -Activité d'introduction sur les difficultés d'organisation (15 minutes) -Enseignement des stratégies pour la priorisation des tâches et la gestion du temps-Six étapes (25 minutes) Pause (15 minutes) -Exercice en lien avec les six étapes d'organisation et de gestion du temps (exercice 3) (20 minutes) -Explication du devoir 3 : Compléter l'exercice sur l'estimation du temps (10 minutes) -Mot de la fin (5 minutes) -Passation du questionnaire sur le niveau de satisfaction (5 minutes) -Remettre le document explicatif 3 et le devoir 3

Semaine	Type de séance	Volet	Séance	Durée (minutes)	Contenu
4	Groupe	Capacités attentionnelles	Introduction au maintien de l'attention	120 minutes	<ul style="list-style-type: none"> -Retour sur le contenu de la dernière séance et sur le devoir 3 (25 minutes) -Activité d'introduction sur l'identification des sources de distraction personnelles (15 minutes) -Psychoéducation sur les différents domaines d'attention et les distractions internes et externes (30 minutes). -Pause (15 minutes) -Exercice sur l'application des stratégies pour le maintien de l'attention (exercice 4)(20 minutes). -Explication du devoir 4 : Évaluation de la capacité attentionnelle (8 minutes). -Mot de la fin (3 minutes) - Passation du questionnaire sur le niveau de satisfaction (5 minutes) -Remettre le document explicatif 4 et le devoir 4
5	Groupe	Capacités attentionnelles	Contrôle des distractions internes et externes	120 minutes	<ul style="list-style-type: none"> -Retour sur le contenu de la dernière séance et sur le devoir 4 (25 minutes). -Activité d'introduction sur l'utilisation actuelle de techniques d'inhibition des distractions environnementales. (15 minutes) -Enseignement des techniques pour différer les distractions et la gestion de l'environnement (25 minutes). -Pause (15 minutes) - Identification de stratégies externes et internes pouvant réduire les risques de distraction (exercice 5) (20 minutes) -Explication du devoir 5 : Mise en pratique d'une technique pour différer les distractions. (10 minutes) -Mot de la fin (5 minutes) - Passation du questionnaire sur le niveau de satisfaction (5 minutes) -Remettre le document explicatif 5 et le devoir 5

Semaine	Type de séance	Volet	Séance	Durée (minutes)	Contenu
6	Groupe	Gestion du stress	Introduction à la gestion du stress	120 minutes	<ul style="list-style-type: none"> -Retour sur le contenu de la dernière séance et sur le devoir 5 (25 minutes). -Activité d'introduction (15 minutes) -Présentation psychoéducatrice sur la spirale de l'anxiété, les pensées négatives et les symptômes de l'anxiété (25 minutes) -Pause (15 minutes) -Exercice sur l'identification des réactions physiologiques, comportementales et psychologiques dû au stress. (fiche 6)(15 minutes) -Initiation à une technique de relaxation. (15 minutes) -Explication du devoir 6 : Effectuer l'identification des moyens utilisés ou déjà utilisés afin de réduire le stress quotidien. (5minutes) -Mot de la fin (5 minutes) -Passation du questionnaire sur le niveau de satisfaction (5 minutes) -Remettre le document explicatif 6 et le devoir 6
7	Groupe	Gestion du stress	Stratégies d'autogestion	120 minutes	<ul style="list-style-type: none"> -Retour sur le contenu de la dernière séance et sur le devoir 6 (25 minutes). -Activité d'introduction sur l'utilisation de moyen visant la réduction du stress (20 minutes) -Enseignement de stratégies pour la gestion du stress (25 minutes) -Pause (15 minutes) -Exercice (fiche 7) (10 minutes) -Explication du devoir 7 : Cibler une stratégie pour la gestion du stress et en faire l'application (15 minutes). -Passation du questionnaire sur le niveau de satisfaction (5 minutes) -Mot de la fin (5 minutes) -Remettre le document explicatif 7 et le devoir 6

Semaine	Type de séance	Volet	Séance	Durée (minutes)	Contenu
8	Groupe	Rencontre post-intervention	Rencontre Bilan	120 minutes	<ul style="list-style-type: none"> -Retour sur le contenu de la dernière séance et sur le devoir 7 (25 minutes) -Retour et évaluation des objectifs personnels établis à la rencontre informative sur le TDAH (2^{ème} séance). (25 minutes) -Pause (15 minutes) -Discussion sur les différentes séances prévues au programme (i.e. appréciations, commentaires, critiques, etc.). (25 minutes) -Mots de la fin par les animatrices (15 minutes) -Passation des questionnaires pour l'évaluation des effets (20 minutes)

Contexte spatial. Chacune des séances se déroule dans un local du CLSC Dorval-Lachine. Il est possible que le local ne soit pas le même pour chacune des rencontres étant donné l'utilisation des locaux à d'autres fins. Chaque local possède plusieurs tables et chaises permettant à chaque participant de s'asseoir durant la séance. Les tables forment un rectangle au centre de la pièce. Les chaises sont disposées autour de celles-ci. Aucune pancarte publicitaire référant aux services offerts au CLSC n'est affichée sur les murs afin d'éviter les distractions.

Contexte temporel. Avant de commencer l'implantation des séances de groupe, les deux intervenantes rencontrent individuellement l'ensemble des sujets. Une rencontre de 50 minutes leur est proposée afin de présenter le déroulement du programme, de connaître davantage leur motif de consultation et leur situation actuelle. Un contrat d'engagement est signé par le participant. Suite à cette rencontre, les séances de groupe débutent. Huit séances obligatoires, soit une fois par semaine pendant huit semaines consécutives, sont offertes au sujet incluant la rencontre d'introduction, les six rencontres regroupant les trois volets du programme et la rencontre bilan. Chaque séance de groupe a une durée approximative de deux heures (2h), de 17h30 à 19h30. Si le nombre de participants nécessite la formation d'un deuxième groupe, les séances se feront en alternance entre les deux groupes, soit une semaine sur deux. Les séances se font le mardi en raison de la disponibilité commune des animatrices. Les rencontres débutent le 19 septembre 2017 et se terminent le 7 novembre 2017 ou le 19 décembre 2017 si deux groupes ont été formés. Le temps est divisé selon le contenu des différentes rencontres (voir tableau 10). Une pause de quinze minutes est allouée à chacune des séances suivant la partie magistrale, c'est-à-dire l'animation du contenu théorique par les animatrices.

Stratégie de gestion des apprentissages. Les moyens utilisés considèrent les caractéristiques personnelles de cette clientèle ciblée. Ainsi, les séances favorisent des moyens d'apprentissage semi-directif par l'enseignement magistral des différents thèmes planifiés au programme. L'animation interactive permet de favoriser l'engagement et la participation des sujets au contenu proposé par l'entremise d'exercices pratiques, de discussions, de questionnaires et de vignettes cliniques fondées à partir du vécu quotidien des participants. Ce moyen facilite à la fois l'intégration de nouvelles connaissances et la mise en pratique de nouvelles stratégies. Un retour sur le contenu abordé la séance précédente est effectué à chacune des rencontres. Il offre la possibilité de clarifier le contenu et de répondre aux questions afin de consolider l'information nécessaire à l'apprentissage de nouvelles habiletés. Considérant le taux d'absentéisme élevé pour la participation des rencontres de groupe ou

individuelles au CLSC, le retour accorde aussi une opportunité aux absents de prendre connaissance du contenu afin de favoriser, tout de même, leur exposition à l'ensemble des thèmes prévus au programme. De plus, un PowerPoint est utilisé en soutien au contenu théorique transmis lors des huit séances de groupe. Cette stratégie agit comme support visuel à la présentation. Il permet de soutenir les participants dans l'acquisition des connaissances théoriques. Il sert de référence et permet de se retrouver facilement lors des périodes de distraction bien connues auprès de cette clientèle. Ce moyen facilite aussi la prise de note complémentaire. En support au PowerPoint, un document explicatif est remis après chacune des séances regroupant l'ensemble des informations théoriques et pratiques explorées. Considérant la durée des séances et les difficultés de concentration, il devient impossible d'être attentif pour cette clientèle pendant les 105 minutes prévues. Le document remis sert ainsi de guide de référence pour les sujets après la séance. L'accessibilité à ces informations favorise également la généralisation par la relecture de l'information contenue dans ce document et par son application dans l'environnement de la personne. Aussi, les exercices pratiques planifiés pour chacune des séances agissent comme une première opportunité à s'exposer à de nouvelles habiletés afin de les généraliser dans différentes sphères de vie. Ces exercices sont composés à partir du vécu partagé par les participants durant les périodes de discussion au début de chacune des séances. Ainsi, les sujets peuvent se sentir interpellés par le contenu de ses activités pratiques, ce qui facilite davantage l'intégration de ces nouvelles connaissances. Le devoir proposé après chacune des rencontres permet aux participants d'expérimenter l'implantation de ces moyens proposés durant les ateliers dans différents milieux de vie (i.e. à la maison, à l'école, au travail, etc.).

Stratégie de gestion des comportements. Des techniques d'intervention non directives ont été priorisées en tenant compte de l'âge des participants. Ainsi, considérant les capacités de contrôle interne d'un adulte, les interventions ont été adaptées à la clientèle afin de favoriser leur mobilisation et leur autodétermination dans cette démarche personnelle. Ces techniques privilégient un rapport plus égalitaire qu'autoritaire entre les participants et les animatrices. Les intervenantes agissent ainsi davantage comme personnes-ressources auprès de la clientèle adulte. Cette approche facilite la participation active des participants aux discussions et aux exercices prévus. Ainsi, le renforcement verbal est utilisé à chacune des séances afin de souligner les efforts et les comportements désirés de chacun. La proximité est d'abord priorisée lorsqu'un participant émet un comportement dérangeant pour le reste du groupe ou lorsqu'il ne participe pas aux activités proposées. L'intervenante se rapproche de cette personne, sans l'entremise d'une intervention verbale, afin de l'inciter à cesser le comportement, à rediriger son attention ou à se mettre à la tâche. Si cette première intervention est inefficace, l'intervention par signe est par la suite utilisée. L'intervenante indique en incitant de façon gestuelle le comportement auquel le participant doit

se conformer (i.e. signe du silence pour l'exiger au participant ou lever la main afin que la personne imite ce comportement attendu). Finalement, l'avertissement verbal est employé lorsque le comportement persiste malgré les autres techniques d'intervention mises en place précédemment. L'intervenant se réfère au code et aux procédures présentés lors de la rencontre pré-intervention. Cet avertissement ne doit pas être soutenu par un ton autoritaire ou de reproche pour éviter d'infantiliser le participant.

Code et procédures. Le code et les procédures sont précisés individuellement lors de la rencontre pré-intervention, avant la première séance de groupe. Dans le but d'encourager un climat d'apprentissage optimal et convivial, ce système répond aux différentes valeurs véhiculées par le milieu d'intervention; l'engagement, le respect, la responsabilisation, la transparence et la reconnaissance. Le respect est mis de l'avant par souci d'intégrité et de considération pour l'ensemble des participants et des animatrices afin de faciliter l'ouverture aux autres et l'inclusion de chacun au groupe. Cette ambiance favorise aussi le partage, l'entraide et le support en lien avec le vécu personnel de chacun. En raison de l'aspect confidentiel de cette démarche, l'échange d'informations personnelles à l'extérieur du groupe est proscrit. De plus, différents comportements sont attendus des participants afin d'assurer le bon fonctionnement des différentes séances d'intervention : (a) lever la main pour prendre la parole, (b) attendre son tour de parole, (c) garder le silence lors des présentations magistrales et (d) rester assis durant les séances. Dans le cas où le code et les procédures ne sont pas respectés, les intervenantes mettent en application les interventions prévues pour la gestion des comportements.

Système de responsabilités. Ce système de responsabilités facilite la cohésion des différents acteurs de ce programme afin de favoriser l'implantation et l'atteinte des objectifs. Des responsabilités sont ainsi attribuées aux participants et aux animatrices pour l'ensemble des séances de groupe. Les participants doivent se conformer aux codes et procédures. De plus, ils s'engagent à être ponctuels, présents et disponibles mentalement à chacune des rencontres prévues d'après le contrat d'engagement signé par chacun lors de la rencontre individuelle. En cas d'absence, le sujet a la responsabilité d'aviser une intervenante et de l'informer des raisons. Pour chacune des rencontres, les participants doivent avoir le matériel nécessaire (i.e. cartable, crayon, devoir, etc.). Même si les moyens d'apprentissage planifiés encouragent la participation active, chacun est responsable de leur niveau de participation en groupe (i.e. répondre aux questions, partager leur opinion, faire preuve d'ouverture envers les autres, compléter les exercices et les devoirs proposés). Ils doivent questionner les animatrices si certaines informations sont incomprises et ambiguës. Ils ont la responsabilité de mettre en application les connaissances et les moyens proposés dans leurs différentes sphères de vie. Un questionnaire quant à l'évaluation du niveau

de satisfaction doit être rempli par les participants à la fin de chacune des rencontres. Les responsabilités des animatrices sont réparties en fonction de leurs rôles et de leur implication dans ce programme. Elles doivent demeurer disponibles auprès de la clientèle par l'animation des séances prévues et par leur support. Elles s'adaptent, au besoin, aux différents rythmes d'apprentissage des sujets (i.e. vulgarisation du contenu théorique, modification de la planification des rencontres, répondre aux questions, etc.). Celles-ci doivent susciter la participation du groupe par l'entremise des différentes techniques et moyens prévus à l'acquisition des apprentissages. L'animatrice principale planifie le contenu de l'ensemble des séances, prépare le matériel requis (i.e. Powerpoint, documents d'informations et exercices) et s'assure de la réservation du local. Les deux animatrices se rencontrent par la suite afin de diviser le contenu afin de favoriser une animation fluide et interactive pour les participants. Une période de temps est consacrée avant la rencontre pour la préparation de la salle. Elles s'assurent d'avoir l'ensemble du matériel nécessaire avant la séance. Elles complètent les outils permettant d'évaluer la mise en œuvre du programme pour chacune des séances (i.e. journaux de bord, compte-rendu et questionnaires).

Stratégies de transfert de la généralisation. Afin de favoriser la généralisation des acquis auprès des participants, différents moyens ont été planifiés en tenant compte des forces et des limites de la clientèle. Par exemple, un retour verbal d'une durée de trente minutes est effectué sur le contenu abordé la séance précédente. Il offre aux sujets la possibilité de clarifier et de questionner les animatrices sur certains sujets mal compris. Cette stratégie permet aussi aux absents de prendre connaissance des informations manquées. Considérant la présence de déficits des fonctions exécutives, ce moyen propose la répétition qui favorise la mémorisation de l'information nécessaire à l'intégration de nouvelles connaissances et de nouvelles habiletés visées dans le cadre de ce programme. Ce retour donne l'opportunité aux animatrices d'identifier la présence de certaines difficultés chez certains participants afin de modifier le déroulement au besoin. De plus, un devoir est suggéré aux sujets à la fin de chaque rencontre. Les animatrices encouragent fortement les participants à le compléter. Le devoir permet ainsi l'application concrète du contenu théorique exploré durant les séances dans le but d'expérimenter de façon pratique les nouvelles stratégies dans divers contextes de vie de la personne. Un retour sous forme de discussion est également effectué pour le devoir. Les participants sont encouragés à partager leur expérience quant à l'utilisation d'un outil. Ce retour permet, encore une fois, aux intervenantes de prendre connaissance du niveau de compréhension des participants face au contenu et aux nouvelles stratégies proposées. Durant cette période, les animatrices questionnent les participants sur le déroulement de l'exercice et sur les facteurs contributifs à la réussite de l'exercice et aux difficultés rencontrées. Cette discussion favorise une prise de conscience chez le participant afin de modifier, de

supprimer ou de poursuivre l'application de ce nouveau comportement dans différentes sphères de sa vie.

Système d' évaluation et de reconnaissance. Le renforcement verbal est utilisé à chacune des séances afin de souligner les réussites ou la participation active des participants observée par les animatrices lors des séances d'intervention. Ce système de reconnaissance permet au sujet de prendre conscience de sa réussite personnelle et l'encourage à poursuivre ses efforts. Leur confiance personnelle risque d'être ainsi renforcée multipliant les chances de s'exposer aux contenus, aux discussions, aux exercices et aux devoirs proposés. Aussi, leur niveau de motivation et d'investissement est possiblement augmenté par ces renforcements. Une rencontre bilan est prévue afin d'effectuer un récapitulatif sur l'ensemble des rencontres planifiées au programme et une évaluation des objectifs personnels établis au début du programme. Cette dernière séance se distingue des autres par l'ambiance moins protocolaire. Elle offre aux participants de partager avec le groupe un goûter (i.e. café, gâteau, biscuits, etc.) afin de souligner la fin de leur cheminement. Ce moyen permet de reconnaître les efforts de chacun dans ce processus. De plus, l'évaluation de l'atteinte ou non des objectifs personnels accorde la possibilité au sujet d'observer concrètement ses réussites et sa démarche personnelle.

2.2. Évaluation de la mise en œuvre

Composantes retenues. L'évaluation de la mise en œuvre permet de décrire le déroulement réel du programme afin d'évaluer si son implantation a été effectuée comme il avait été planifié initialement (Gearing, El-Bassel, Ghesquiere, Baldwin, Gillies & Ngoew, 2011). Elle consiste ainsi à connaître les changements apportés, les caractéristiques contextuelles et les facteurs externes qui ont pu influencer ou non les résultats visés dans le but de proposer des recommandations (Ridde & Dagenais, 2009). Quatre composantes ont été retenues pour l'évaluation de la mise en œuvre. D'abord, le degré de conformité permet d'évaluer le niveau de ressemblance entre l'intervention planifiée et l'intervention implantée pouvant influencer les résultats souhaités auprès des participants. La conformité détermine, entre autres, si le contenu abordé, les modalités d'apprentissage, le déroulement des séances, la durée de chacune des parties et la durée totale des séances ont été respectés selon la planification initiale. De plus, le profil de chacun des sujets est dressé en regroupant les caractéristiques démographiques, la nature et la gravité des difficultés présentes, la présence d'un diagnostic et les autres interventions offertes aux participants ou les interventions antérieures (i.e. prise d'une médication, suivi psychosocial, etc.). Il permet d'évaluer la concordance entre les caractéristiques attendues initialement et ce qui est observé au terme de l'implantation du programme. La deuxième composante ciblée est l'exposition des participants au contenu par leur présence aux séances, leur participation aux moyens d'apprentissage proposés (i.e.

exercices et devoirs) étant aussi susceptibles d'influer les effets anticipés par le programme. L'évaluation de cette composante devient donc importante dans la mesure où elle permet de mesurer l'exposition réelle des sujets aux connaissances et aux habiletés acquises par leur participation active au programme. La troisième composante mesurée est la qualité de la mise en œuvre. Cette composante consiste à évaluer les conditions de réalisation, le niveau d'engagement et de préparation des animatrices, de satisfaction et d'intérêt des participants. L'évaluation de ces variables permet ainsi de déceler le niveau d'appropriation du programme par les animatrices et la perception des sujets quant aux bénéfices de la participation aux séances. Il devient primordial de l'évaluer pour en connaître les effets sur son implantation puisque la qualité de la mise en application peut influencer l'intégrité du programme. La participation est la quatrième composante retenue. Elle cible la qualité de la participation (i.e. le sujet prend part aux discussions ou pose des questions) et le niveau d'attention des sujets lors des séances de groupe. Cette composante est notamment influencée par le niveau d'engagement, de satisfaction et de l'intérêt des participants pour le programme.

Outils et procédures. Afin d'évaluer le niveau de conformité, un journal de bord (voir annexe 3) est complété par les animatrices à la fin de chaque séance de groupe regroupant le contenu abordé, les modalités d'apprentissages utilisées (i.e. PowerPoint, devoirs, exercices, etc.) et le déroulement général des séances (i.e. thèmes abordés, respect de l'horaire et du temps planifié pour chacune des parties). Le profil des sujets est complété lors de la séance pré-intervention, lors de la rencontre individuelle, à l'aide d'un compte-rendu (i.e. caractéristiques démographiques personnelles, nature et répercussion des difficultés sur les différentes sphères de vie, présence d'un diagnostic et prise d'une médication) (voir annexe 4). L'exposition est mesurée à l'aide de journaux de bord (voir annexe 5) remplis par les intervenantes après chacune des rencontres de groupe consignnant la présence des participants aux séances, le nombre de séances, la durée des exercices proposés et la participation aux exercices et aux devoirs. Ainsi, à partir d'observation durant l'animation des séances, les animatrices effectuent un retour à la fois sur les devoirs demandés et sur les exercices proposés. Il devient donc possible de déterminer qui a été exposé concrètement aux exercices suggérés. Un compte-rendu hebdomadaire est rédigé par l'animatrice principale dans le but d'évaluer la qualité de la mise en application du programme. Il décrit les conditions de réalisation (i.e. contexte spatial et contexte temporel) et le niveau d'engagement et de préparation des animatrices (voir annexe 6). Ainsi, elles planifient une rencontre avant et après l'animation de groupe. La rencontre pré-intervention permet aux animatrices de diviser les tâches, de préparer le matériel nécessaire, de s'exposer et de s'approprier le contenu. Après chaque séance, elles revoient ensemble le déroulement de la rencontre en portant un regard critique sur leur niveau

d'engagement et leur attitude face au contenu et au groupe. Le niveau de participation et l'intérêt portés par les participants permettent aussi d'évaluer la qualité de la mise en application du programme. Un questionnaire (voir annexe 7) est donc rempli par les participants après les séances de groupe. Les onze items permettent d'évaluer le niveau de motivation et de participation, la satisfaction face au contenu abordé, aux exercices proposés et à l'animation des intervenantes à l'aide d'une échelle de Likert à quatre points (« tout à fait en désaccord » à « tout à fait en accord »). La participation active des sujets est évaluée à partir des observations (voir annexe 8) faites en cours d'intervention par les animatrices au moyen d'une échelle de Likert (« jamais » à « souvent »). La qualité de la participation est observée à partir de la prise de parole lors des discussions, des questions posées lors de l'exposition au contenu théorique et de l'attention portée par les sujets. Pour faciliter la cotation par les animatrices, le groupe est scindé en deux afin qu'elles puissent faire une évaluation juste et représentative considérant les rôles multiples auxquels elles se prêtent durant l'ensemble des rencontres.

Tableau 11. *Évaluation de la mise en œuvre*

Composantes	Instruments de mesure (sources d'évaluation)	Variables dérivées	Temps de mesure ¹
Conformité	Journal de bord	Contenu abordé, modalités d'apprentissage utilisées, déroulement des séances, durée de chacune des parties prévues et durée totale des séances	T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9
	Compte-rendu	Profil des sujets (i.e. caractéristiques démographiques personnelles, nature et répercussion des difficultés sur les différentes sphères de vie et présence d'un diagnostic, autres interventions reçues)	T1
Exposition	Journal de bord	Présence aux séances, participation aux exercices prévus et compilation des devoirs faits	T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9
Qualité de la mise en application	Compte-rendu	Conditions de réalisation, niveau d'engagement et de préparation des animatrices	T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9
	Questionnaire maison complété par les participants et compte-rendu	Niveau de satisfaction et intérêt des participants (Échelle de Likert : Tout à fait en désaccord,	T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9* ²

¹ Début des séances de groupe de T2 à T9

² Compte-rendu complété uniquement au T9 durant la rencontre bilan

Instruments de mesure (sources d'évaluation)	Variables dérivées	Temps de mesure ³
Données observationnelles	en désaccord, en accord, tout à fait en accord) Participation active : Le participant prend part aux discussions, pose des questions, semble attentif (Échelle de Likert : jamais, quelques fois, souvent).	T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9

2.3. Évaluation des effets

Devis. L'évaluation des effets permet de déterminer l'atteinte des objectifs. Considérant la taille de l'échantillon, soit un maximum de vingt participants, un devis de recherche quasi expérimental avant/après à groupe unique sans groupe de comparaison est priorisé. D'abord, les composantes retenues sont évaluées un mois avant l'implantation du programme, soit lors de la rencontre pré-intervention. Puis, elles sont réévaluées à la dernière séance d'intervention à la fin de la rencontre bilan. La différence entre les scores obtenus en pré-test et en post-test permet d'inférer l'effet de l'intervention sur les participants (Fortin, 2010). Ce devis de recherche a été privilégié en considérant les caractéristiques du milieu d'intervention. Le milieu ne peut pas offrir un groupe témoin pour des raisons éthiques ni de participants en nombre plus élevé. Des lacunes quant à la rigueur de ce plan d'évaluation doivent être considérées. L'inférence causale de ce protocole de recherche est limitée contrairement aux devis de recherches expérimentales. Ce type de devis ne permet pas un contrôle rigoureux des facteurs menaçant la validité interne. Son utilisation est donc moins juste et efficace. En effet, il est plus difficile d'attribuer les effets évalués aux changements de comportements observés en l'absence d'un groupe de comparaison. La présence de plusieurs agents d'invalidité peut influencer les résultats obtenus suite à l'implantation du programme : les facteurs historiques, la maturation, l'accoutumance au test, l'instrumentation, la régression statistique, la mortalité expérimentale, la situation de mesure, etc. (Fortin, 2015). Il devient donc important d'effectuer l'évaluation des effets et l'évaluation de l'implantation conjointement. Ainsi, cette combinaison permet de déterminer les facteurs externes ayant pu diminuer les effets souhaités et d'éliminer les autres hypothèses pouvant expliquer les résultats observés (Ridde & Dagenais, 2009)

Composantes retenues. Quatre composantes ont été retenues dans le but d'évaluer les effets du programme : les habiletés d'organisation et de planification, les capacités attentionnelles, la perception face au stress et le sentiment d'efficacité personnelle. Des objectifs ont été formulés pour l'ensemble des composantes ciblées : augmenter les habiletés d'organisation et de planification, augmenter les capacités attentionnelles, réduire le stress perçu dans les différentes sphères de fonctionnement selon les contextes situationnels et augmenter le sentiment d'efficacité personnelle dans les différentes sphères de fonctionnement. Chacun de ces objectifs est évalué en pré-test et en post-test par les participants en complétant des questionnaires auto-rapportés liés aux construits évalués.

Outils et procédures. Les quatre objectifs sont évalués à partir d'un questionnaire auto-rapporté répondu par l'ensemble des participants. Ce questionnaire est rempli à deux reprises à l'aide des

explications fournies par les intervenantes, une fois lors de la rencontre pré-intervention et une seconde fois lors de la dernière séance d'intervention. L'annexe 8 présente le questionnaire regroupant l'ensemble des items sélectionnés afin d'évaluer les objectifs du programme d'intervention.

Les habiletés d'organisation et de planification sont évaluées à partir du questionnaire auto-rapporté le Behavior rating inventory of executive function-Adult version (BRIEF-A) (Roth, Isquith et Gioia, 2005). Considérant la validité et la fidélité de cet instrument, ce questionnaire vise à évaluer les répercussions des différentes fonctions exécutives d'un adulte dans son environnement quotidien. Les 75 items du questionnaire sont distribués sur neuf échelles: inhibition, flexibilité, contrôle émotionnel, contrôle de soi, initiation, mémoire de travail, planification/organisation, organisation du matériel, contrôle de la tâche. L'ensemble des items est évalué selon une échelle de Likert en trois points (1 pour jamais à 3 pour souvent) par le répondant. Afin d'évaluer le deuxième objectif, c'est-à-dire augmenter les habiletés d'organisation et de planification, deux échelles ont été ciblées. L'échelle « planification/organisation » (10 items) évalue les habiletés à anticiper les événements du futur, à définir des objectifs, à diviser et organiser les tâches ou les projets en étapes et à comprendre les idées principales. L'« organisation du matériel » (8 items) est la deuxième échelle sélectionnée afin de mesurer les capacités à planifier une tâche ou un travail et à s'organiser dans le temps et l'espace.

Pour évaluer le deuxième objectif, les capacités attentionnelles sont évaluées à partir d'une sélection de 26 items correspondant à trois questionnaires auto-rapportés étant validé scientifiquement: Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) (Adler, Kessler et Spencer, s.d.), Conners' adult ADHD rating scales-Version longue (CAARS) (Conners, Erhardt et Sparrow, 1999) et Behavior rating inventory of executive function-Adult version (BRIEF-A) (Roth, Isquith et Gioia, 2005). Afin d'assurer la consistance interne du questionnaire, chacun des items sélectionnés fait référence aux difficultés attentionnelles ciblées par ces trois questionnaires. Ainsi, la similitude de certains items dans ces différents questionnaires a engendré une sélection d'items dans le but d'éviter les répétitions d'items et l'alourdissement du questionnaire en raison d'un trop grand nombre d'item. Le premier questionnaire auto-rapporté, l'ASRS est un outil de dépistage basé sur une liste des symptômes basés sur les 18 critères du TDA/H selon le DSM-IV-TR. L'outil regroupe 18 items qui sont répondus à partir d'une échelle de Likert en quatre points (0 pour jamais à 4 pour vraiment souvent). Ainsi, sept items du ASRS en lien avec les difficultés d'attention ont été sélectionnés afin d'évaluer cet objectif. Le deuxième questionnaire, le CAARS vise à évaluer la présence du TDA/H chez les adultes âgés de 18 ans et plus. L'outil d'évaluation est composé de 70 items divisés en neuf sous-échelles: inattention/problèmes de mémoire,

hyperactivité/agitation, impulsivité/régulation émotionnelle, problèmes liés avec l'estime de soi, symptômes d'inattention selon le DSM-IV et symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité selon le DSM-IV, indice du TDA/H et indice d'insécurité. Deux de ces échelles sont retenues dans le but d'évaluer cet objectif, soit d'augmenter les capacités attentionnelles: inattention/problèmes de mémoire (12 items) et symptômes d'inattention selon le DSM-IV (9 items). Elles permettent ainsi de déceler spécifiquement les difficultés des participants en lien avec les problèmes d'inattention. Les répondants doivent répondre aux items sur une échelle de Likert (0 pour pas du tout, jamais à 3 pour beaucoup, très souvent). Ainsi, 13 items du CAARS ont été sélectionnés. Le dernier questionnaire ciblé pour l'évaluation de ce deuxième objectif est le BRIEF-A. Six items ont été sélectionnés parmi trois des neuf échelles proposées par le BRIEF-A qui font référence aux difficultés attentionnelles de l'individu soit, inhibition (1), initiation (2) et mémoire de travail (3). Ces items ont été choisis spécifiquement en continuité avec les autres items ciblés dans les questionnaires précédents.

Le Perceived stress scale de Cohet et al. (1983) permet d'évaluer la perception d'un individu face au stress. Ce questionnaire a démontré une bonne validité scientifique. Il est donc utilisé afin d'évaluer l'objectif général 3, soit réduire le stress perçu dans les différentes sphères de fonctionnement selon les contextes situationnels. Cet outil a été développé afin de mesurer la perception globale d'une personne quant aux situations de la vie considérées comme étant stressantes, imprévisibles et incontrôlables par celle-ci. Ainsi, 14 items composent ce questionnaire. Les participants doivent répondre à partir d'une échelle de Likert en cinq points (1 pour jamais à 5 pour souvent). La validité de l'instrument a pu être affectée par la traduction de l'anglais au français fait pour rendre le questionnaire accessible à l'ensemble de la clientèle.

Les participants répondent au questionnaire auto-rapporté *Self-Efficacy scale* (Sherer et al., 1982). Il évalue la perception de l'efficacité personnelle (21 items) en lien avec l'objectif général 4 du programme d'intervention (Augmenter le sentiment d'efficacité personnelle dans les différentes sphères de fonctionnement). Cet outil évalue la conviction d'une personne en ses capacités à accomplir une tâche nouvelle ou difficile ou à faire face à l'adversité quotidiennement. Ainsi, l'efficacité personnelle facilite l'établissement d'objectifs, l'effort investi, la persistance face à un obstacle ou un échec. Une échelle de Likert en cinq points (1 pour absolument pas d'accord à 5 pour tout à fait d'accord) permet aux participants de répondre au questionnaire. Une version traduite en français par Chambon (s.d.) est utilisée.

Tableau 12. *Évaluation des effets*

Objectifs et construits	Instruments de mesure (sources d'évaluation)	Variables dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
Augmenter les habiletés d'organisation et de planification	Behavior rating inventory of executive function-Adult version (BRIEF-A) (Roth, Isquith et Gioia, 2005)	Planification/organisation (10) / Organisation du matériel (8)	T1, T9	J-jamais, P-parfois, S-souvent	-Norme américaine -Percentile -Cohérence interne : 0,73 à 0,90 (évaluée à modérée à sévère) -Fiabilité (Test-retest) : 0,82 à 0,94) -Validité de construit : corrélations modérées à fortes pour la majorité des échelles	Tous les sujets
Augmenter les capacités attentionnelles	Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) (Adler, Kessler et Spencer, s.d.)	Symptômes d'inattention (7)	T1-T9	0-jamais, 1-rarement, 2-Parfois, 3-Souvent, 4-vraiment souvent	-Absence de norme -Cohérence interne : 0,88 à 0,89 -Validité concurrente : 0,83 à 0,84	Tous les sujets
	Conners' adult ADHD rating scales-Version longue (CAARS) (Conners, Erhardt et Sparrow, 1999)	Inattention/problèmes de mémoire et symptômes d'inattention selon le DSM-IV (13)	T1, T9	0-pas du tout, jamais, 1-juste un peu, parfois 2-assez, souvent 3-beaucoup, très souvent	Norme américaine -Cohérence interne (Alpha de Cronbach selon le sexe) : 0,64-0,91 (femme)/0,49=0,90 (homme) -Corrélation inter-item (Alpha de Cronbach selon le sexe) : 0,26 à 0,63 (femme)/0,31-0,68 (homme) -Test-retest : 0,85-0,95 Validité discriminante : sensibilité (71%), spécificité (75%), taux de faux positif (25%), taux de faux négatif (29%), coefficient de Kappa (0,458)	Tous les sujets

Objectifs et construits	Instruments de mesure (sources d'évaluation)	Variables dérivés (nombre d'items)	Temps de mesure	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
	Behavior rating inventory of executive function-Adult version (BRIEF-A) (Roth, Isquith et Gioia, 2005)	Inhibition, initiation et mémoire de travail (6)	T1,T9	J-jamais, P-parfois, S-souvent	-Norme américaine -Percentile -Cohérence interne : 0,73 à 0,90 (évaluée à modérée à sévère) -Fiabilité (Test-retest) : 0,82 à 0,94) -Validité de construit : corrélations modérées à fortes pour la majorité des échelles	Tous les sujets
Réduire le stress perçu dans les différentes sphères de fonctionnement selon les contextes situationnels	Perceived stress scale (Cohen et al., 1983)	Perception global face au stress (14)	T1,T9	1-jamais, 2-presque jamais, 3-parfois, 4-assez souvent, 5-souvent	-Norme -Alpha de Cronbach : 0.73-0.88 -Test-retest : 0.73-0.90	Tous les sujets
Augmenter le sentiment d'efficacité personnelle dans les différentes sphères de fonctionnement	Self-Efficacy Scale (Sherer et al., 1982)	Perception d'efficacité personnelle (21)	T1,T9	1-Absolument pas d'accord, 2-Plutôt d'accord, 3-Ni d'accord, ni pas d'accord, 4-Plutôt d'accord, 5-Tout à fait d'accord	-Alpha de Cronbach : 0.86	Tous les sujets

3. Résultats

3.1 Évaluation de la mise en œuvre

Cette section présente l'analyse des différentes composantes de Gendreau suite à l'implantation du programme. Une comparaison sera effectuée entre ce qui a été initialement prévu lors de la planification et ce qui a été finalement exécuté lors de la mise en œuvre. Dans l'ensemble, le programme a été implanté tel que prévu lors de sa planification. Des modifications mineures ont dû être apportées pour certaines composantes. Elles seront donc abordées dans le but de porter un regard critique sur qui a suscité certains changements au cours de l'intervention prévue. Plusieurs composantes sont toutefois demeurées inchangées. Elles ne feront donc pas l'objet d'une analyse détaillée: but et objectifs, animateurs, contexte spatial, stratégies de gestion des apprentissages, codes et procédures, système d'évaluation et de reconnaissance.

Sujets et recrutements. Lors de la planification, le programme visait un maximum de vingt adultes de vingt-cinq ans ou plus afin de former un ou deux groupes. La formation des groupes dépendait fortement du nombre de participants recrutés suite aux références reçus par l'accueil psychosocial ou par les professionnels du CLSC Dorval-Lachine-Lasalle durant la période de recrutement. Le processus de recrutement devait commencer le 1^{er} août. Contrairement à ce qui était prévu, le recrutement a débuté le 1^{er} mai 2017. En effet, afin de maximiser la participation au programme, le recrutement des participants a commencé plus tôt, dès la présentation du programme en réunion d'équipe en mai. Les intervenantes procèdent plutôt à l'évaluation des références reçues à partir du 1^{er} août jusqu'à la première séance prévue le 19 septembre 2017. À la fin du processus de recrutement, un total de dix-sept participants est dénombré, soit six hommes et onze femmes. Lors des rencontres pré-intervention afin de s'assurer de la concordance des critères priorisés pour la sélection des participants, trois participants se désistent, dont un homme et deux femmes. L'une d'entre elles préfère obtenir un autre type de service, c'est-à-dire un suivi individuel plutôt qu'un suivi de groupe. Les deux autres personnes sont dans l'impossibilité de participer au groupe en raison d'un conflit d'horaire compte tenu de l'heure prévue des séances. Ainsi, quatorze participants ont finalement été sélectionnés pour participer au programme, dont cinq hommes et neuf femmes. En raison du taux d'abandon élevé au niveau de l'offre de service de groupe au CLSC, les intervenantes responsables du programme ont finalement décidé de former un seul groupe de quatorze participants. Sur les quatorze participants, dix d'entre eux ont un diagnostic de TDA/H. La présence de comorbidité est aussi observée chez la plupart des participants : trouble de l'anxiété (TAG), trouble dépressif, trouble de personnalité limite (TPL), trouble du spectre de l'autisme (TSA), Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et trouble obsessionnel compulsif (TOC). Comme prévu, l'ensemble des

participants verbalise la présence de difficultés quotidiennes en lien avec l'organisation et la planification, les capacités attentionnelles et la gestion du stress. L'âge des participants varie entre 23 et 51 ans. Initialement, le programme devait admettre seulement les individus de 25 ans et plus. Les animatrices ont accepté la participation d'un client âgé de 23 ans puisqu'il correspondait aux critères d'inclusion et désirait participer au groupe. De plus, le niveau de scolarité est diversifié variant des études secondaires ou études supérieures. À la fin des huit séances prévues au programme, huit participants sur les quatorze inscrits initialement sont présents à la dernière séance. Le tableau 13 présente les caractéristiques des participants; le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, la présence de diagnostic, la prise de médication en lien avec le TDAH et la participation à un suivi actuel ou antérieur. Les huit derniers sujets en italique sont ceux ayant assisté à la dernière séance prévue au programme et ayant complété le questionnaire post-intervention.

Tableau 13. *Caractéristiques des participants*

Nombre de participants	Sexe	Âge	Niveau de scolarité	Diagnostic(s)	Prise d'une médication en lien avec le TDAH	Suivi actuel ou antérieur
Sujet 1	Femme	30	Secondaire	TDAH TSPT	Oui	Antérieur
Sujet 2	Femme	45	Collégial	TDA TPL Anxiété de performance	Oui	Antérieur
Sujet 3	Femme	36	Secondaire	Aucun	Non	Aucun
Sujet 4	Homme	23	Autre (DEP)	TDAH	Oui	Actuel
Sujet 5	Homme	45	Autre	TAG Dépression	Non	Antérieur
Sujet 6	Femme	32	Autre	TDA TPL	Oui	Actuel
<i>Sujet 7</i>	Homme	28	Collégial	TDAH TOC TAG	Oui	Actuel
<i>Sujet 8</i>	Femme	47	Secondaire	TDA TPL	Oui	Antérieur
<i>Sujet 9</i>	Homme	47	Universitaire (BAC)	Aucun	Non	Actuel
<i>Sujet 10</i>	Femme	30	Secondaire	TDAH TAG	Oui	Antérieur
<i>Sujet 11</i>	Femme	39	Universitaire (Études supérieures)	TDA TAG	Oui	Aucun
<i>Sujet 12</i>	Femme	35	Autre	TDAH	Oui	Aucun
<i>Sujet 13</i>	Femme	51	Collégial	Aucun	Non	Antérieur
<i>Sujet 14</i>	Homme	35	Secondaire	TDAH Bipolaire	Oui	Aucun

Programme, contenu et conformité. Les huit rencontres prévues initialement au programme ont été animées. Dans l'ensemble, le contenu planifié a été tout de même présenté, mais a dû être écourté à certaines séances. À la séance 1, en raison d'un manque de temps, le contenu théorique a dû être raccourci, plus particulièrement la partie traitant les causes du TDAH. Aussi, l'initiation à une technique de relaxation n'a pas pu se faire à la séance 6. Ainsi, lors du retour en début de séance, le contenu non abordé lors de la séance précédente était expliqué. De plus, les intervenantes suggéraient de lire le document explicatif remis à la fin de chaque séance afin d'obtenir une meilleure compréhension. Ainsi, les modifications apportées en lien avec cette composante sont essentiellement la structure des séances, c'est-à-dire la division des différentes parties prévues lors des séances (i.e. retour sur le contenu, présentation magistrale, exercice pratique et explication du devoir) en raison de comportements perturbateurs de certains participants. En ajustant le nombre de temps consacré à chacune des parties, le contenu prévu a dû être modifié à partir de la séance 3. En constatant au cours des premières séances que les participants du groupe semblaient avoir un besoin de ventiler face à leurs défis quotidiens, l'ajout d'un tour de table a été proposé par une participante. Cette décision a été prise de façon unanime par l'ensemble du groupe. Au début des rencontres, les participants pouvaient s'exprimer chacun leur tour sur le déroulement de leur semaine, leur appréciation de la dernière séance ou sur la faisabilité du devoir. Aussi, la période de questions prévue après la présentation magistrale a été retirée. En effet, selon les commentaires apportés par les participants, cette partie n'était pas nécessaire puisqu'ils étaient invités à poser des questions durant l'animation. Cette partie a été supprimée suite à la séance 2. Ces changements ont donc apporté certaines modifications sur la division des séances. En somme, la mise en œuvre a été conforme à ce qui avait été planifié avant l'implantation. Elle a été évaluée par les conditions de réalisation, le niveau d'engagement et la préparation des animatrices. Comme prévu, un moment a été planifié pour une rencontre pré-intervention et post-intervention. Les deux types de rencontres duraient en moyenne 30 minutes. L'animatrice principale présentait le contenu à l'autre animatrice sous forme de présentation magistrale. L'animation du contenu était par la suite divisée entre les deux animatrices. Ainsi, l'ensemble du contenu prévu a été présenté aux participants, sauf lors de la première séance. De plus, lors de la rencontre post-intervention, l'auto-évaluation des animatrices face à leur perception personnelle du déroulement de la séance a toujours été similaire.

Contexte temporel et exposition. Le programme devait se dérouler sur huit semaines consécutives les mardis soir de 17h30 à 19h30. Il a débuté le 19 septembre 2017 et a pris fin le 7 novembre 2017. Avant le début des séances, le calendrier a toutefois été modifié. Puisque le groupe était

composé de plusieurs jeunes mères de famille, la séance 7, initialement prévue, le mardi 31 octobre, journée de l'Halloween, a été annulée. Cette décision a été prise d'un commun accord par les deux intervenantes après l'ensemble des rencontres pré-intervention. Afin de favoriser la présence de tous à chacune des rencontres prévues au programme, il était préférable de remettre cette séance à la semaine suivante. Un calendrier a été remis à chaque participant à titre d'aide-mémoire. Un rappel verbal a aussi été fait lors de la rencontre précédente. De plus, lors de la planification du contenu, le temps estimé pour chacune des parties de la séance (i.e. retour sur le contenu de la séance précédente, présentation magistrale selon le sujet de la rencontre, exercice pratique, explication du devoir, etc.) n'a pas été respecté. En effet, en général, le temps a été sous-évalué particulièrement pour la partie présentation magistrale. La raison majeure pour laquelle certaines parties ont été rallongées en termes de temps est principalement reliée à la gestion des comportements lors des séances. Le contenu prévu lors des séances a donc été réajusté en cours d'intervention où certaines parties ont été complètement retirées. Des moyens afin de maximiser le temps prévu aux parties demandant plus d'explication ont ainsi été apportés. Le tableau 14 présente le temps accordé aux principales parties des séances; le retour sur le contenu, l'activité introduction, la psychopédagogie ou l'enseignement du contenu de la séance et l'exercice pratique. L'aspect temporel varie d'une séance à l'autre. Ces variations peuvent être attribuées à l'intérêt porté pour le contenu de la séance, aux questionnements face au contenu, à la clarification de certaines informations et surtout à la gestion des comportements perturbateurs.

Tableau 14. *Comparaison des huit séances d'intervention en fonction du temps accordé à chacune des parties proposées*

Division du contenu proposé	Temps planifié	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8	Min.-Max.
Retour sur le contenu (min.)	8	-	20	30	20	25	25	25	30	20-30
Activité d'introduction (min.)	20	-	-	-	10	20	22	15	-	10-22
Psychopédagogie ou enseignement du contenu de la séance (min.)	30	47	38	50	40	30	28	33	-	28-50
Exercice (min.)	15	10	20	15	20	20	15	12	22	12-22
Total du temps consacré à la séance (min.)	120	116	110	130	119	120	105	110	112	105-120

Par ailleurs, l'exposition des participants au programme varie considérablement d'un sujet à l'autre. En effet, sur les quatorze participants inscrits au groupe suite à la période de recrutement, six personnes, dont deux hommes et quatre femmes ont abandonné à différentes périodes pour des raisons

variées. Deux d'entre eux se sont retirés dès la première séance puisque l'heure des séances ne convenait pas à leur horaire. L'une de ses personnes ne s'est jamais présentée et n'a jamais tenté de communiquer pour nous informer de son désistement. Par communication téléphonique, la semaine suivant les deux premières séances, une des participantes nous a informés qu'elle ne se présenterait plus puisque le programme ne répondait pas à ses besoins. La dernière personne a abandonné pour des difficultés personnelles inconnues par les intervenantes. L'exposition des participants au contenu proposé a été évaluée à l'aide de données observationnelles en cours d'intervention par la présence des participants aux séances et la participation aux exercices et aux devoirs proposés. Le tableau 15 regroupe les différentes modalités d'exposition des participants au contenu qui portera uniquement sur les huit ayant complété la dernière séance au programme. Le taux de participation s'élevant à une moyenne de 82,1% pour les huit séances est satisfaisant. L'exposition varie d'une séance à l'autre. En effet, le groupe était complet pour seulement trois séances, soit les deux premières et la dernière. Il pouvait y avoir d'un à trois absents sur huit participants par séance. Considérant les motifs reçus suite à la justification d'une absence, le taux d'absentéisme plus élevé à certaines séances est un hasard puisque les raisons de l'absence variaient considérablement d'une personne à l'autre (i.e. maladie, en retard à la séance examen scolaire, oublis, examen ou travail scolaire). Le taux de participation aux séances varie aussi selon les sujets. Trois sujets ont participé à l'ensemble des séances. Deux sujets ont assisté à sept séances sur huit. Un sujet a été présent à six séances. Deux ont participé à seulement cinq séances. De plus, lors de leurs présences à la séance, chacun participait à l'exercice proposé en complétant le document distribué ou en commentant lors du retour verbal. Le devoir n'a pas toujours été fait pour l'ensemble des participants. La moyenne varie de 7,1% à 62,3%. À la fin du programme, très peu de participants ont fait le devoir demandé. Les raisons données étaient les oublis ou le manque de temps. Plus d'une fois, certains participants mentionnaient déjà faire l'utilisation des outils proposés lors des séances.

Tableau 15. *Exposition du groupe au contenu proposé*

	Présence (%)	Exercice (%)	Devoir (%)
Séance 1	100,0	100	-
Séance 2	100,0	100,0	87,5
Séance 3	75,0	75,0	62,5
Séance 4	75,0	75,0	75,0
Séance 5	62,5	62,5	37,5
Séance 6	87,5	87,5	25,0
Séance 7	62,5	62,5	62,5

	Présence (%)	Exercice (%)	Devoir (%)
Séance 8	100,0	100,	37,5
Moyenne des séances	82,1	82,1	52,5

Participation. Le niveau de participation des sujets a été évalué par les observations faites par les animatrices en cours d'intervention. Ainsi, la qualité de la participation a été évaluée en fonction de trois critères gradués sur une échelle de Likert en trois points (jamais, parfois, souvent); le participant pose des questions sur le contenu de la séance, le participant prend part aux discussions et le participant semble attentif. La participation a varié énormément d'une personne à l'autre et d'une séance à l'autre. En effet, six des huit participants se démarquaient du groupe par leur niveau participation aux discussions. Ces participants étaient ceux qui pouvaient la plupart du temps déranger en raison de certains comportements perturbateurs (i.e. interrompre la personne qui parle, discuter avec la personne assise à côté d'eux, ne pas lever sa main, etc.). Ces comportements semblent avoir diminué leur niveau d'attention aux explications données par les animatrices en lien avec le contenu de la séance. À plusieurs reprises, ces participants posaient les mêmes questions déjà posées par un autre participant où les explications avaient été clarifiées par les animatrices. Il est possible de croire que ces comportements aient dérangé les autres participants. Ils avaient un niveau de participation moins élevé et prenaient moins souvent la parole en groupe. Toutefois, ils semblaient toujours attentifs au contenu. Le climat du groupe changeait lorsque le nombre de participants était moins élevé. En effet, les personnes généralement plus discrètes lorsque les participants étaient plus nombreux dans le groupe le faisaient plus spontanément et plus souvent. Ce changement était observé lorsque les participants qui prenaient habituellement plus de place étaient absents.

Stratégies de gestion de comportements. Dans l'ensemble, les stratégies de gestion de comportements prévues lors de la planification ont été utilisées à chacune des séances. Elles ont toutefois été inefficaces lors de certaines séances. Au cours du programme, elles ont dû être revues et réévaluées. Des comportements perturbateurs (i.e. parler à son voisin, couper la parole, ne pas lever sa main, difficulté à attendre son tour de parole, se lever de sa chaise, etc.) ont été observés dès la première séance de groupe ayant eu pour effet de déranger et diminuer l'attention des autres participants et des animatrices. Ainsi, certaines modifications ont dû être apportées pour maintenir la cohésion et la concentration du groupe. La proximité n'a pas été utilisée par les animatrices. La disposition du local et le déroulement de la séance ne permettaient pas de faire l'utilisation de cette stratégie. Étant donné que les animatrices étaient assises avec la clientèle au tour des tables, il aurait été inapproprié que

l'intervenante se lève, se rapproche du participant et se rassoie considérant que ce type d'intervention vise à intervenir discrètement pour éviter le regard des autres vers la personne concernée. La plupart du temps, l'avertissement verbal a été utilisé lorsque l'intervention par signe avait été inefficace. Elle était toutefois efficace pendant quelques minutes, puis les comportements dérangeants chez certaines personnes s'observaient à nouveau. Suite à une rencontre post-intervention, les intervenantes ont décidé de faire un retour verbal au début de la séance 3. Elles ont nommé la présence de comportements dérangeants pouvant amener des frustrations et des difficultés de concentration autant pour le groupe que pour les animatrices. Elles ont ainsi fait appel au groupe en leur demandant d'établir une procédure lors d'émission d'un comportement dérangeant. L'intention derrière cette intervention était de responsabiliser le groupe face aux comportements perturbateurs puisque les interventions prévues par les animatrices ne semblaient avoir aucun effet à court terme durant la séance. Ensemble, le groupe a choisi de nommer de façon respectueuse à l'autre lorsqu'il était dérangé par un comportement. Ainsi, en raison de l'ajustement effectué au niveau des stratégies de gestion des comportements, les codes et procédures ont dû être revus à nouveau de façon verbale lors de la troisième séance de groupe. Ce rappel a permis une récapitulation des comportements attendus par chacun. Ainsi, aucune modification n'a été faite au niveau des codes et procédures.

Système de responsabilités. Le système de responsabilité pour les deux animatrices a été conformément appliqué selon ce qui avait été planifié sauf pour la rencontre de préparation avant la séance prévue. À deux reprises, cette rencontre n'a pas pu se faire en raison d'un conflit d'horaire d'une des deux animatrices. Suite à cette contrainte, l'ensemble du contenu a été animé par l'autre animatrice ayant préparé le matériel. Elles ont tout de même pris un temps, quinze minutes avant la séance, pour discuter du déroulement et du contenu prévu. Le système de responsabilité adressé aux participants présenté lors de la rencontre pré-intervention n'a pas été respecté par l'ensemble des participants. En effet, beaucoup n'ont pas téléphoné en cas d'absence. Les animatrices ont dû faire un rappel lors de la séance 4 afin de s'assurer que les participants téléphonent pour signaler leur absence. De plus, l'une des responsabilités majeures des participants était le respect du code et des procédures. Mentionné précédemment, la majorité des participants ne se sont pas conformés à ses règlements. La ponctualité des participants a fait l'objet d'une discussion lors de la séance 3 en même temps que le code et les procédures. Lors de la rencontre pré-intervention, il avait été spécifié que les retards n'étaient pas tolérés. Ainsi, en cas de retard, le participant ne pouvait pas intégrer le groupe. Dans ce cas-ci, le contenu de la séance leur était remis à la prochaine. Plusieurs ont manifesté leur mécontentement face à cette règle considérant l'heure à laquelle le groupe débutait, soit 17h30.

Stratégies de transfert de généralisation. Les stratégies de transfert de généralisation ont été pour la plupart maintenues telles que planifiées. Cependant, le retour verbal de trente minutes prévu sur le contenu abordé la séance précédente a été écourté. En effet, suite à la troisième séance, les intervenantes ont constaté que cette partie était toujours plus courte contrairement à ce qui avait été prévu lors de la planification. Afin de maximiser le temps au nouveau contenu abordé durant les séances, quinze minutes ont donc été consacrées à cette période de « Retour sur le contenu ». Par s'assurer de la compréhension des participants, les animatrices questionnaient les participants afin d'évaluer l'apprentissage du contenu qui avait été abordé la semaine précédente.

Satisfaction. Afin de mesurer le niveau de satisfaction du programme, les participants devaient remplir un questionnaire à chaque séance. La satisfaction des participants était mesurée à partir de onze items évaluant leur niveau de motivation et de participation, leur satisfaction face au contenu abordé, aux exercices proposés et à l'animation des intervenantes. Les participants devaient répondre à l'énoncé selon s'ils étaient « tout à fait en désaccord » ou « tout à fait en accord ». La moyenne pour les onze items répondus par les participants pour l'ensemble des séances se situe entre 3,48 et 3,80 sur 4. Ainsi, le niveau de satisfaction est évalué « bon » puisque cette moyenne indique que les réponses des participants se situent entre « en accord » et « tout à fait en accord ». L'analyse du questionnaire de satisfaction permet d'observer qu'un item a été coté négativement plus souvent que l'ensemble des autres items. En effet, l'item, « j'étais motivé(e) à assister à cette séance » est celui où les participants ont inscrit le plus souvent « en désaccord ou tout à fait en désaccord ». La plupart du temps, des commentaires en bas de page laissés par les participants justifient les raisons pour lesquelles le participant avait évalué l'item de cette façon, soit la fatigue. De plus, lors de la dernière rencontre, les participants devaient remplir un questionnaire de six questions afin d'évaluer leur appréciation face aux huit séances; commentaires généraux face aux déroulements des différentes séances (i.e. climat du groupe, animation des intervenantes, contenu des séances, etc.), ce qui a été le plus apprécié, ce qui a été le moins apprécié, suggestions personnelles quant aux changements à apportés, sujets qu'ils auraient aimés abordés, appréciation générale du programme. Les participants étaient invités à émettre leurs commentaires subjectifs par rapport aux questions qui leur étaient posées. Le tableau 16 regroupe les commentaires qui ont été répétés le plus souvent par l'ensemble des participants suite à la passation du questionnaire de satisfaction. Les discussions de groupe, le contenu des séances et l'animation des intervenantes semblent être ce qui a été le plus apprécié par la clientèle. L'heure prévue des séances, soit 17h30, l'emplacement du CLSC et la difficulté à obtenir le silence du groupe au moment opportun semblent avoir influencé

négativement la satisfaction du groupe. Quelques participants ont suggéré des suggestions ou des sujets qu'ils auraient souhaité approfondir dans le but de bonifier le programme. Les réponses semblent variées d'un participant à l'autre, c'est-à-dire qu'aucun n'a noté les mêmes suggestions, sauf pour la modification de l'heure de la séance. En général, les participants semblent avoir apprécié les séances offertes, puisque chacun a noté de façon positive la question qui évalue subjectivement le niveau d'appréciation en répondant par oui ou par non.

Tableau 16. *Appréciation du programme*

	Commentaires des participants	Fréquences
Ce qui a été le plus apprécié	-Discussion de groupe	6
	-Contenu des séances	4
	-Animation par les intervenantes	6
	-Document explicatif	1
Ce qui a été le moins apprécié	-Distance à parcourir vers le CLSC	2
	-Heure prévue de la rencontre	3
	-Difficulté à avoir le silence durant l'exercice malgré les interventions des animatrices/Beaucoup de gens ne respectait pas le silence, parole, etc.	2
Suggestions quant aux changements à apportés	-Modifier l'heure de la rencontre	2
	-Retour par écrit sur la séance passée, partage volontaire pour éviter de perdre du temps de séances	1
	-Séance plus longue	1
	-Laisser plus de place pour discussion	1
Sujets qu'ils auraient aimés abordés	-Parler des aspects positifs du TDAH	1
	-Autres références (internet, livre, etc.)	1
	-Habilités de communication	1
	-Émotions profondes	1
	-Obstacles traumatisants et le TDAH	1

Implications eu à légard de l' évaluation des effets. L'évaluation de la mise en œuvre devient importante dans la mesure où certains facteurs peuvent influencer les résultats désirés du programme d'intervention. Suite à l'implantation, le programme planifié a été peu modifié au cours de l'intervention. Sur l'ensemble des composantes structurant la toupie de Gendreau, seulement quatre d'entre elles ont subi des changements mineurs; programme et contenu, contexte temporel, stratégies de gestion des comportements et système de responsabilités. Ces quatre composantes ont évolué les unes avec les autres. En effet, les changements faits pour une composante en influençaient nécessairement une ou plusieurs

autres composantes. Il est possible de croire que la composante « gestion des comportements » est celle qui a pu avoir une influence négative plus importante sur les autres affectant ainsi les effets souhaités. D'abord, considérant les difficultés attentionnelles de la majorité des participants, les comportements dérangeants ont pu influencer le niveau de concentration de certains clients affectant du même coup, la compréhension et l'intégration du contenu des séances. Ensuite, le temps consacré par les animatrices à la gestion des comportements diminue le temps planifié à animer le contenu de la séance, à clarifier l'information et à répondre aux questions pouvant influencer la généralisation des apprentissages à court et à long terme. Cependant, dans l'ensemble, le contenu planifié a été abordé même si le temps consacré à cette partie a subi des modifications. Aussi, le niveau de motivation a assisté aux huit séances a pu être influencé par la dynamique du groupe pouvant être parfois dérangeante autant pour l'animation des intervenantes que pour la participation des sujets. En se référant aux commentaires obtenus lors de la passation des questionnaires de satisfaction, la motivation à assister à la séance est l'énoncé qui était coté négativement le plus souvent. Il est possible de croire que les comportements perturbateurs aient pu contribuer à l'adhésion des participants au groupe affectant le niveau de motivation et de participation aux séances. De plus, les observations cliniques au cours des années ont permis de constater que la modalité de groupe est souvent moins appréciée par la clientèle que l'offre de service pour un suivi individuel. Un taux d'abandon de plus de 50% est observé pour chacun des groupes offerts au CLSC. Pour ce programme, le taux d'attrition s'élevant à 42%, soit six participants sur quatorze, pourrait être expliqué, entre autres, par l'appréciation des clients pour le contexte de groupe. Par ailleurs, en observant le profil des sujets ayant abandonné le suivi de groupe, il est impossible d'émettre de conclusion claire concernant l'abandon de ces participants puisqu'ils ne présentent aucun profil particulier. Toutefois, le groupe se distingue particulièrement au niveau de son hétérogénéité par les caractéristiques personnelles de chaque individu qui le compose. Les résultats peuvent ainsi être influencés par le profil des sujets dans la mesure où certains de leurs besoins personnels et de réadaptation peuvent différer. De plus, leurs difficultés attentionnelles, leurs habiletés de planification, d'organisation et de gestion du stress varient fortement d'un individu à l'autre. Il est donc important de se questionner si les objectifs ciblés et le contenu abordé sont pertinents pour l'ensemble des participants du groupe. Les résultats de l'intervention pourraient avoir été influencés par les différences personnelles des participants.

3.2. Évaluation des effets

Stratégie d'analyse employée. Afin d'évaluer les effets du programme « RÉFÉrence (rétablissement des fonctions exécutives) », un devis de recherche quasi expérimentale avant/après à groupe unique, sans groupe de comparaison, a été priorisé. Ce protocole permet d'effectuer la

comparaison des résultats obtenus avant et après l'intervention afin d'observer s'il y a eu des changements significatifs ou non suite à l'implantation du programme planifié initialement. Ainsi, quatre composantes ont été retenues pour l'évaluation des effets : les habiletés d'organisation et de planification, les capacités attentionnelles, la perception face au stress et le sentiment d'efficacité personnelle. Chaque participant a complété un questionnaire auto-rapporté permettant d'évaluer ces composantes en pré-test et en post-test. Un questionnaire était rempli par l'ensemble des participants deux semaines avant l'implantation du programme lors de la rencontre pré-intervention et à la dernière séance d'intervention, c'est-à-dire à la semaine 8 selon la planification des séances d'intervention.

Résultats obtenus. Cette section présente les résultats des questionnaires complétés par les participants en pré-test et en post-test qui permettront de déterminer l'atteinte ou non des objectifs ciblés par le programme d'intervention. Les résultats présentés considèrent uniquement les huit participants ayant assisté à la dernière séance d'intervention lors de la passation d'un questionnaire post-intervention. Considérant la taille de l'échantillon, les tests non-paramétriques ont d'abord été utilisés afin d'analyser les effets obtenus, soit le test de rang signé de Wilcoxon. Il faut toutefois savoir que les résultats obtenus à partir des tests paramétriques (test T pairé) sont similaires aux résultats des tests non-paramétriques. Le tableau 17 présente la moyenne et l'écart-type pour chacune des dimensions évaluées avant et après l'intervention auprès des huit participants.

Tableau 17. *Résultats des mesures obtenues en pré-intervention et en post-intervention*

Variable	Pré-test (T1)	Post-test (T2)
	Moyenne (Écart-type)	Moyenne (Écart-type)
Habiletés d'organisation et de planification	1,40 (0,30)	1,20 (0,34)
Capacités attentionnelles	2,13 (0,51)	1,74 (0,59)
Perception face au stress	2,52 (0,20)	2,19 (0,61)
Sentiment d'efficacité personnelle	1,73 (0,46)	2,10 (0,51)

Habiletés d'organisation et de planification. Ce premier objectif visait à ce que les participants augmentent leurs habiletés d'organisation et de planification par leur participation au programme proposé. Cet objectif a été évalué à l'aide de dix-huit items sélectionnés du *Behavior rating inventory of executive function-Adult version* (BRIEF-A) évaluant les difficultés quotidiennes des différentes fonctions exécutives spécifiquement celles en lien avec l'organisation et la planification. Ainsi, plus le score obtenu est élevé sur l'échelle de Likert (0 pour jamais à 2 pour souvent), alors plus les participants

présentent des difficultés en lien avec les habiletés d'organisation et de planification. En pré-test, la moyenne s'élève à 1,40 tandis qu'en post-test la moyenne obtenue est de 1,20. Cette différence s'avère toutefois significative ($T(7)=1,25$; $p=n.s.$). En effet, selon l'échelle de Likert utilisée pour évaluer l'objectif, avant l'intervention la moyenne se situait à mi-chemin entre « parfois » et « souvent » tandis qu'après l'intervention, la moyenne se situe plus près de « parfois ». On observe donc une légère diminution qui ne peut cependant pas être associée à une augmentation significative des habiletés d'organisation et de planification.

Capacités attentionnelles. Ce deuxième objectif visait une augmentation des capacités attentionnelles des participants. La première partie du questionnaire permettait d'évaluer cet objectif à partir de 26 items sélectionnés parmi trois questionnaires permettant d'évaluer les difficultés attentionnelles : *Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)*, *Conners' adult ADHD rating scales-Version longue (CAARS)* et *Behavior rating inventory of executive function-Adult version (BRIEF-A)*. Plus le score est élevé sur l'échelle de Likert proposé (0 pour pas du tout, jamais à 3 pour beaucoup, très souvent) alors plus les difficultés d'attention sont importantes chez le participant. Les résultats en pré-test indiquent une moyenne de groupe de 2,13 tandis qu'en post-test la moyenne est de 1,74. La différence s'avère marginalement significative ($T(7)=1,92$; $p\leq 0,10$). Ce changement de 0,39, est relativement important puisqu'il représente 80% d'un écart-type. Ainsi, ce résultat indique que la moyenne du groupe se situait initialement à la modalité « assez, souvent » puis la moyenne s'est déplacée dans un deuxième temps vers la modalité « juste un peu, parfois ».

Perception face au stress. Le troisième objectif visait la réduction du stress perçu dans les différentes sphères de fonctionnement selon les contextes situationnels des participants. La troisième partie du questionnaire auto-rapporté évaluait 21 items en lien avec cet objectif à partir du questionnaire auto-rapporté *Perceived stress scale*. Plus le participant répondait élevé aux items sur l'échelle de Likert en 4 points (0 pour jamais à 4 pour souvent) alors plus la perception face au stress avait une cotation négative. Selon les résultats obtenus, la moyenne du groupe en pré-intervention est de 2,52. Suite à l'intervention, une diminution de 0,30 par rapport à la moyenne est notée. Cette différence s'avère non significative ($T(7)=1,50$; $p=n.s.$). Ainsi, les résultats en pré-test et en post-test indiquent que la moyenne du groupe se situe toujours à « parfois » selon l'échelle de Likert utilisée. Ainsi, les résultats n'indiquent aucun changement significatif. Aussi, on ne peut pas affirmer qu'il y a un changement par rapport aux résultats obtenus en pré-test et en post-test. Il est à noter que la fiabilité de l'échelle posait problème puisqu'une faible consistance a été observée au T1. L'interprétation des résultats s'en trouve affectée.

Sentiment d'efficacité personnelle. Le dernier objectif ciblait l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle dans les différentes sphères de fonctionnement. Les vingt-un items du Self-Efficacy scale permettaient d'évaluer l'objectif à partir d'une échelle de Likert (0 pour absolument en désaccord à 4 tout à fait d'accord). Plus le score est élevé sur l'échelle alors plus le participant a le sentiment qu'il est efficace dans ce qu'il entreprend. Les résultats obtenus en pré-test indiquent une moyenne de 1,73. La moyenne s'élève à 2,10 en post-test. Cette différence de 0,37 est marginalement significative, soit 80% d'un écart type ($T(7)=1,99$; $p \leq 0,10$). La moyenne du groupe se situait à « plutôt d'accord » et elle s'est déplacée d'une modalité sur l'échelle de Likert utilisé, soit à « ni d'accord, ni pas d'accord ». Il y a donc eu une légère augmentation du sentiment d'efficacité personnelle chez les participants.

4. Discussion

4.1. Jugement sur l'atteinte des objectifs

Le programme RÉFÉrence a été animé au CLSC Dorval-Lachine auprès de quatorze adultes âgés de 23 ans et plus avec ou sans TDA/H. Chacun des participants a été ciblé en raison de la présence quotidienne de comportements d'inattention, d'impulsivité ou de difficultés en lien avec l'organisation et la planification. Huit séances d'intervention de deux heures étaient proposées aux participants pendant huit semaines. Ces séances étaient divisées en trois volets : planification et organisation, capacités attentionnelles et gestion du stress. Ce programme visait d'abord à réduire les répercussions des symptômes associés au TDA/H sur le plan personnel et relationnel afin d'augmenter le fonctionnement quotidien des personnes atteintes. Le programme ciblait quatre objectifs proximaux : (a) augmenter les capacités attentionnelles, (b) augmenter les habiletés d'organisation et de planification, (c) réduire le stress perçu dans les différentes sphères de fonctionnement et (d) augmenter le sentiment d'efficacité personnelle dans les différentes sphères de fonctionnement. L'objectif distal visé par l'intervention était de prévenir le risque d'apparition ou de diminuer les symptômes liés au trouble d'anxiété généralisé et dépressif. Les quatre objectifs proximaux ont été évalués à partir d'un devis quasi expérimental pré-test/post-test à groupe unique, sans groupe de comparaison.

En considérant les résultats obtenus, il est impossible de conclure l'atteinte de tous les objectifs prévus au programme « RÉFÉrence ». En effet, à partir des questionnaires répondus par les participants en pré-test et en post-test, deux des quatre composantes évaluées, soit les capacités attentionnelles et le

sentiment d'efficacité personnelle, ont inféré des résultats marginalement significatifs. À partir des 27 items utilisés afin d'évaluer les capacités attentionnelles, un changement est observé suite à l'implantation du programme. En effet, selon les résultats obtenus, les participants ont augmenté leurs capacités attentionnelles, soit à rester concentré sur une longue période de temps, à mémoriser les tâches et les obligations personnelles et professionnelles, à inhiber les stimuli internes et externes, à initier une tâche et à terminer un projet à court ou à long terme. Ensuite, l'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle par 21 items en lien avec la conviction d'une personne en ses capacités à accomplir une tâche nouvelle ou difficile et à faire face à l'adversité note des résultats tout aussi positifs. Après l'intervention proposée, les résultats indiquent que le sentiment d'efficacité personnelle a augmenté chez la plupart des participants considérant la moyenne obtenue en post-intervention. Ainsi, les participants se sentent davantage en contrôle et en confiance dans l'accomplissement des tâches nouvelles, difficiles ou imprévisibles qu'au début du programme.

Cependant, les deux autres composantes, soit les habiletés d'organisation et de planification et la perception face au stress, n'ont démontré aucun changement significatif. Considérant les résultats obtenus par les 18 items sélectionnés, aucune augmentation ne peut être observée quant aux habiletés d'organisation et de planification en lien avec la capacité à organiser son environnement (i.e. appartement, maison, bureau, etc.), à gérer son patrimoine (i.e. argent), à se fixer des objectifs réalistes, à exécuter une tâche complexe ou difficile, à planifier et prioriser ses activités quotidiennes (i.e. tâches ménagères et domestiques). Il faut toutefois considérer que les résultats démontrent que la moyenne des participants ne présentait pas de difficultés importantes lors de la passation du questionnaire auto-rapporté en pré-intervention pour cette composante. Tout comme pour les habiletés d'organisation et de planification, la composante en lien avec la perception face au stress n'a démontré aucun changement significatif. Les 21 items choisis pour cette composante permettaient d'évaluer le degré de contrôle et la capacité à faire face aux situations de la vie jugées comme étant stressantes, imprévisibles, incontrôlables ou surchargées. Les résultats démontrent aussi qu'aucune difficulté significative n'était notée avant l'implantation du programme chez la plupart des participants considérant la moyenne obtenue en pré-intervention.

En somme, les résultats où un changement marginalement significatif est observé sont les deux composantes pour lesquelles les sujets semblaient avoir le plus de difficulté en pré-intervention et pour lesquelles on observe une diminution en post-intervention, soit les capacités attentionnelles et le sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi, il devient intéressant de se questionner sur la pertinence des

deux autres objectifs considérant le niveau de difficulté associé à ces deux composantes avant même l'implantation de l'intervention. Il est possible que ces difficultés aient été surévaluées lors du processus de recrutement par les intervenantes. Le besoin d'augmenter les habiletés de planification et d'organisation n'était donc pas prioritaire pour la majorité des participants du groupe. Quant à la perception face au stress, il est possible de croire que la plupart des participants possédaient un degré de contrôle acceptable et une bonne capacité à faire face aux situations anxiogènes.

4.2. Liens entre les résultats, les composantes de l' intervention et le contexte théorique

À l'égard des résultats obtenus, plusieurs hypothèses peuvent être émises quant aux facteurs ayant pu avoir un impact quant aux changements observés. La mise en œuvre du programme a subi des changements mineurs qui ont pu contribuer aux résultats obtenus suite à l'implantation du programme. Le programme « RÉFÉrence » s'est inspiré de la conception et du contenu de trois programmes ayant été validé scientifiquement : *Young-Bramham program*, *Mastering your adult ADHD* et *Meta-cognitive therapy for adult ADHD*. Le choix d'offrir une modalité d'intervention de groupe est, entre autres, soutenu par deux de ces programmes d'intervention. Le groupe permet une normalisation des difficultés et des comportements liés au TDA/H ayant pour effet d'augmenter l'estime de soi et la performance personnelle (Bramham et al., 2007). Cette modalité a donc été priorisée pour les effets positifs qu'elle pouvait avoir sur l'objectif 4 voulant augmenter le niveau d'efficacité personnelle des participants. Cependant, le contexte de groupe a pu avoir des effets négatifs quant aux résultats obtenus. La gestion des comportements est la composante du programme ayant subi le plus de changements influençant par le fait même plusieurs composantes. Les comportements dérangeants chez plusieurs participants ont pu contribuer aux résultats obtenus en lien avec les quatre objectifs évalués. Considérant les difficultés attentionnelles chez la plupart des participants composant le groupe, les comportements problématiques (i.e. discute lors des présentations magistrales et les exercices proposés, interrompt la personne qui parle, se lève à un moment inopportun, etc.) chez quatre des huit participants ont pu influencer le niveau de concentration de chacun. De plus, le temps accordé à la gestion de ces comportements a eu pour effet de diminuer le temps planifié à l'animation du contenu, à l'approfondissement et à la clarification des concepts plus complexes selon les questions posées par les participants. Ces réajustements ont la plupart du temps été faits sur-le-champ. Plus d'une fois, les explications du contenu de la séance ont été raccourcies par crainte de manquer de temps pour le reste du matériel planifié. L'intégration et la compréhension des concepts enseignés ont donc pu en être affectées négativement contribuant ainsi à des changements moins importants au niveau des composantes évaluées. D'autre part, le programme

s'est fortement inspiré de certains modules des programmes utilisés. Lors de la planification, une sélection a été faite des modules qui se retrouvaient dans chacun de ces programmes, soit les habiletés d'organisation et de planification, les capacités attentionnelles et la gestion du stress. Cette sélection s'est davantage basée sur les difficultés le plus souvent observées sur la plupart des individus TDA/H. Selon la littérature, la gestion du stress était ciblée comme un besoin primordial chez les personnes TDA/H. Cependant, les résultats obtenus pour la composante, perception face au stress, n'a démontré aucun changement significatif. Il devient intéressant de se questionner sur la pertinence de ce volet. Considérant que la majorité des participants avaient déjà bénéficié d'un suivi individuel, il est possible de croire que la gestion du stress avait déjà été abordée en suivi individuel avant l'implantation du programme RÉFÉrence. Outre le volet sur la gestion du stress, le programme n'a pas mis l'emphase sur les comorbidités ou les troubles associés. Le programme de *Bramham-Young* offre plusieurs volets traitant des troubles associés au TDA/H : relations interpersonnelles, anxiété, frustration et colère, résolution de problème, humeur négative et dépression, sommeil et abus de substance. Les auteurs du programme proposent par la suite une sélection des modules les plus pertinents pour la clientèle cible. Cette façon de faire permet d'individualiser l'intervention proposée. Ainsi, considérant la présence de comorbidités ou de problèmes associés chez la plupart des participants, il est possible de croire que les modules et le contenu du programme RÉFÉrence n'étaient pas assez personnalisés en fonction des caractéristiques de la clientèle. Il aurait été intéressant de cibler les volets choisis après la rencontre pré-intervention. De cette façon, en ayant une meilleure connaissance des difficultés des participants, l'intervention aurait été davantage personnalisée aux besoins personnels et de réadaptation du groupe. Les résultats n'auraient pas été les mêmes considérant que deux composantes sur quatre n'ayant démontré aucun effet significatif.

Par ailleurs, selon les résultats obtenus en pré-test et en post-test, il est difficile de juger de la généralisation des acquis dans l'environnement immédiat de la personne. Cette difficulté soulève des questionnements sur l'efficacité des méthodes didactiques priorisées dans le cadre de ce programme. En effet, l'exposition du contenu par l'entremise de présentation magistrale a pu influencer le degré des changements souhaités chez les participants. Considérant les difficultés attentionnelles présentes pour la plupart des participants, les présentations magistrales ne sont pas le moyen le plus efficace visant l'intégration du contenu lors des séances. Les capacités attentionnelles varient fortement d'un individu à l'autre. Le niveau de concentration d'une personne TDA/H est d'autant plus diminué en raison de ses difficultés en lien avec la problématique. En général, la durée moyenne de concentration continue varie de 10 minutes à une heure. Le programme « RÉFÉrence » offrait des séances d'une durée de deux heures. Ainsi, il est possible de croire que les participants n'ont pas été concentrés pendant la durée totale de la

séance. Certaines informations sur le contenu proposé ont possiblement été manquées lors d'un moment d'inattention. De plus, comme la plupart des participants travaillaient durant la journée, les séances débutaient à 17h30. Selon les commentaires obtenus lors de la passation du questionnaire général de satisfaction, les participants n'avaient pas toujours le temps de souper avant la séance. La fatigue était aussi un commentaire mentionné par plus d'un participant. Ces deux facteurs influencent aussi le niveau d'attention. Ainsi, la présentation magistrale suscitait moins la participation des sujets par un niveau d'attention moins élevé. Il est possible de croire qu'en étant moins participatif, il est plus difficile de rester concentré sur les propos des animatrices. En étant ainsi moins attentifs au contenu, les participants sont moins disponibles aux apprentissages. Une méthode didactique de type plus interactive aurait été plus adaptée aux forces et aux limites de cette clientèle présentant un TDA/H. Par exemple, les activités d'introduction en lien avec le sujet de la séance étaient la partie de la séance où les sujets participaient le plus. Les participants partageaient leurs difficultés en groupe, ce qui leur a permis de ventiler et de s'identifier au vécu des autres. Durant cette partie, les animatrices avaient beaucoup moins à faire de gestion des comportements. Il pourrait être intéressant de construire les séances sous forme de discussion à partir de ce que les clients partagent en lien avec le sujet de la séance. L'approche collaborative utilisée dans l'entraînement aux habiletés parentales par le programme *Ces années incroyables* adopte ce type de moyens. Le vécu quotidien du participant est utilisé comme base de l'intervention par les animatrices. L'intervenant joue un rôle de facilitateur. Il est amené à comprendre la perspective du participant, à clarifier le sujet abordé, à enseigner et à suggérer des approches alternatives. Ce type d'approche favorise l'amélioration de la confiance et le sentiment d'auto-efficacité (Letarte, Normandeau et Allard, 2010). Cette façon d'amener le sujet de la séance permet d'individualiser le contenu de la séance aux besoins et au vécu de la clientèle contrairement à la présentation magistrale où le contenu est présenté de façon moins spécifique. Ce type de méthode favorise l'intégration des connaissances plus facilement puisqu'il se base sur le vécu rapporté par le participant. L'individualisation du contenu permet aussi une meilleure généralisation des acquis puisque le participant se sent davantage interpellé par un contenu plus personnalisé à ses difficultés. Intégrer un suivi individuel hebdomadaire en complémentarité avec le suivi de groupe aurait possiblement permis d'individualiser plus facilement le contenu proposé en groupe. En effectuant un retour en suivi individuel par rapport au contenu de la séance, l'intervenant peut tenter d'adapter les outils proposés à l'environnement immédiat de la personne. De plus, le suivi individuel permet d'identifier, de préciser et de contextualiser (i.e. à la maison, au travail, à l'école) concrètement la manifestation des difficultés avec les participants et les facteurs pouvant y contribuer. De cette façon, la généralisation des acquis est favorisée par l'adaptation proposée aux besoins spécifiques de l'individu.

Cependant, il faut toutefois considérer qu'au CLSC Dorval-Lachine, la clientèle doit choisir entre une offre de service de groupe ou individuel. Le client ne peut bénéficier des deux.

Le groupe est dans l'ensemble hétérogène par rapport aux difficultés en lien avec les symptômes du TDA/H. En effet, les participants présentaient tous des difficultés en lien avec l'organisation, planification, les capacités attentionnelles et la gestion du stress. Cependant, selon les données obtenues en pré-intervention, le degré de ces difficultés varie beaucoup d'un sujet à l'autre. Plusieurs ont noté la présence de difficulté d'attention et très peu en lien avec l'organisation et la planification. D'autres présentaient plutôt un profil inverse. Des difficultés sévères étaient observées pour le reste du groupe pour l'ensemble des composantes évaluées. L'absence d'homogénéité a pu influencer les résultats obtenus puisque le contenu abordé durant les séances était possiblement moins pertinent pour certains participants. Ces différences individuelles ont eu un effet sur le niveau d'individualisation de l'intervention proposé aux sujets. En contexte de groupe, il devient difficile de rendre le contenu ou les outils proposés personnalisés aux besoins et aux difficultés de chacun des participants du groupe. Il faut aussi noter que deux des huit participants ne présentaient pas de diagnostic de TDA/H. Même s'ils présentaient certaines difficultés en lien avec les composantes évaluées, il est possible de croire que ces deux participants avaient des difficultés moins importantes que le reste du groupe en raison de l'absence du diagnostic. Les résultats obtenus par la moyenne du groupe ont pu être affectés par ces deux participants. De plus, la présence de comorbidités auprès de plus de la moitié des participants a pu influencer les résultats. Certaines problématiques de santé mentale présentent certaines similitudes quant aux comportements associés au trouble. Plusieurs participants présentent aussi un trouble d'anxiété généralisée. Dans l'évaluation des capacités attentionnelles, la difficulté à rester concentré sur une tâche est évaluée. Dans ce cas-ci, il devient difficile d'évaluer si la personne a de la difficulté à rester concentrée en raison de l'inhibition des stimuli environnementaux ou par la présence d'inquiétudes excessives et des pensées anxieuses. Le questionnaire d'évaluation ne fait pas cette différenciation. De plus, le taux d'absentéisme est très variable d'une séance à l'autre et d'un participant à l'autre. Initialement, les intervenantes avaient convenu que si le participant manquait deux séances, alors celui-ci ne pourrait poursuivre le programme. Compte tenu du nombre d'abandons au programme, cette procédure n'a pas été respectée. Les résultats auraient été différents puisque le taux d'abandon aurait été encore plus élevé. Aussi, considérant le taux d'absentéisme et le taux d'attrition élevé, les résultats obtenus peuvent avoir été influencés par la motivation des participants à changer. En effet, selon la littérature, un déficit au niveau des fonctions exécutives est observé chez les personnes TDA/H. L'une de ces fonctions, l'activation, joue un rôle primordial dans l'initiation à une tâche. La personne atteinte a une forte tendance

à remettre à plus tard. L'intérêt porté vers cette tâche dépend fortement de l'intérêt ou de la présence d'une échéance. Le niveau de motivation des participants à mettre en place des changements a pu être influencé par ce déficit cognitif chez certaines personnes par la difficulté marquée à initier une tâche. Cette difficulté a pu être observée par les devoirs qui souvent n'étaient pas faits, surtout vers la fin du programme.

4.3. Avantages et limites de l'intervention

Malgré les résultats obtenus, le programme « RÉFÉrence » a mené à une appréciation générale de la part des participants. Selon les commentaires obtenus suite à la passation du questionnaire de satisfaction, les sujets ont démontré un intérêt marqué par le contenu des différentes séances. La modalité de groupe a permis aux participants de rencontrer des individus ayant des difficultés similaires. Cette identification au vécu de l'autre a permis de normaliser les difficultés présentes chez plusieurs participants. Cette normalisation des comportements problématiques était l'effet désiré par le choix de la modalité de groupe. Or, l'estime de soi aurait été une composante intéressante à évaluer dans le cadre de ce programme puisque la présence d'une faible estime de soi est une conséquence liée au TDA/H fréquente à l'âge adulte. Même si la première partie de la séance consistait à une présentation magistrale, ce contexte pouvait favoriser les discussions entre les participants. Plusieurs clients ont d'ailleurs nommé avoir aimé cette modalité puisqu'ils pouvaient ventiler face à leur vécu quotidien, s'identifier à ce que l'autre pouvait vivre et ainsi se sentir moins seul dans cette situation. Un autre avantage de ce programme est la rigueur à laquelle l'intervention a été mise en place. La planification de l'intervention a permis d'implanter le programme tel que prévu. Ce travail a permis d'évaluer plus facilement les facteurs externes ayant pu influencer les effets souhaités. Malgré certaines limites mentionnées en lien avec l'enseignement magistral, plusieurs moyens d'intervention ont été adaptés en fonction des difficultés spécifiques aux personnes TDA/H. Le document explicatif remis à la fin de chacune des séances est une référence utile pour une personne ayant manqué plusieurs informations théoriques de la séance en raison du déficit attentionnel.

Ce programme possède aussi plusieurs limites. Le taux de désistement est assez important. Les raisons mentionnées par les participants ne permettent pas d'établir une cause unique à ce taux d'attrition : conflit d'horaire et difficultés personnelles importantes. Aussi, la durée du programme, soit de huit séances, est plutôt courte. Deux séances pour chacun des volets étaient proposées à la clientèle. Considérant la durée, il devient intéressant de se questionner quant à la possibilité de voir un réel changement au plan comportemental dans ce court laps de temps. De plus, le processus d'évaluation des

effets est une limite importante. Il faut interpréter ses résultats avec parcimonie en raison des facteurs ayant pu affecter l'effet souhaité de l'intervention. Les résultats obtenus ont pu être influencés par la faible puissance statistique. En effet, l'inférence causale est limitée par le devis de recherche priorisé. Selon les résultats d'évaluation, l'instrument utilisé dans l'évaluation des effets semble peu sensible aux changements. D'abord, le devis de recherche quasi expérimental pré-test/post-test, utilisé est limité et moins juste en raison du contrôle faible des facteurs menaçant la validité interne. Il est donc plus difficile d'interpréter et de généraliser les résultats à une population plus grande. Il aurait été intéressant de pouvoir évaluer les effets du programme « RÉFÉrence » auprès d'une population plus grande pour être en mesure de constater des résultats au-delà du marginalement significatif. Il aurait été possible d'exécuter des mesures répétées, par exemple à chaque séance. De cette façon, les résultats auraient pu être plus précis ayant une meilleure sensibilité aux changements. Le peu de sujets évalués (8) ne permet pas de généraliser les résultats obtenus à une population plus large. Pour cette raison, les résultats peuvent uniquement être considérés comme étant marginalement significatifs. Ensuite, même si les outils d'évaluation utilisés ont été démontrés valides et fidèles, leurs propriétés psychométriques ont été affectées par la traduction libre et par la sélection d'items des questionnaires ou par le choix d'une échelle spécifique d'un des questionnaires utilisés. Ainsi, la construction du questionnaire auto-rapporté semble ne pas avoir été assez spécifique pour évaluer les objectifs ciblés par le programme d'intervention. De plus, l'inaccessibilité aux normes des outils d'évaluation rend les résultats obtenus difficilement généralisables à une population plus large. Elle ne permet pas d'identifier le degré des difficultés des participants. Ces changements ont pu influencer les propriétés psychométriques des questionnaires utilisés affectant du même coup la sensibilité de l'outil aux changements observés. Aussi, l'absence d'un groupe de comparaison ne permet pas de comparer les résultats à une valeur de référence et de conclure que les changements obtenus sont réellement le résultat de l'intervention. Par ailleurs, l'interprétation de ses résultats devient difficile en l'absence d'une norme afin d'identifier le degré des déficits chez les participants afin de comparer les sujets à une population générale. L'échantillon n'a pas pu être comparé à une norme même si plusieurs outils d'évaluation ayant été utilisés dans la construction du questionnaire en possèdent une, soit le BRIEF-A, le Conner's et le Perceived stress scale. Puisque la première partie du questionnaire était composée d'une sélection d'items de trois questionnaires d'évaluation, les normes généralement utilisées lors de la passation du BRIEF-A et du Conner's n'ont pu être utilisées dans l'évaluation des capacités attentionnelles. En raison de l'inaccessibilité aux normes du Perceived stress scale, les participants n'ont pas pu être comparés à des données normatives. D'autre part, un problème de fiabilité au niveau de l'échelle mesurant la perception face au stress est observé en pré-intervention ($T1(\alpha) : -0,18/T2(\alpha) : 0,91$). De plus, l'écart type au T1 et T2 varie énormément (0,20 à 0,61). Il est

possible de croire que les participants ont interprété les items différemment au T1 et au T2 suite à l'intervention reçue par l'entremise du programme. Il devient donc impossible de pouvoir interpréter les résultats obtenus pour cette composante.

Conclusion

En somme, au cours des dernières décennies, les recherches ont démontré la nature persistante des symptômes en lien avec le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité à l'âge adulte. Ainsi, peu de programmes d'intervention ciblaient les besoins spécifiques de ce groupe d'âge. Cependant, il devient primordial de prévenir les conséquences associées au trouble : difficultés adaptatives au niveau professionnel, faible estime de soi, échec professionnel, sentiment de perte de contrôle, problématique de consommation, risque de développer un trouble d'anxiété ou de dépression et difficultés relationnelles. La plupart des programmes actuels basés sur l'approche cognitive comportementale ont été planifiés à partir d'un contexte clinique ciblant la réduction des symptômes du TDA/H par l'apprentissage et le développement de nouvelles compétences et habiletés en lien avec la planification, l'organisation, le maintien de l'attention et la gestion du stress et de la colère. La modalité de groupe est la plus souvent proposée, parfois conjointement avec un suivi individuel. Cependant, les études ayant porté sur ces programmes ont démontré, pour la plupart, seulement des effets à court terme. Les effets à long terme n'ont pas été évalués. Le programme RÉFÉrence s'est donc basé sur les objectifs, la structure, le contenu de ces programmes considérant les résultats positifs de ces programmes auprès de la clientèle cible. En général, l'intervention proposée a su inférer des changements significatifs pour seulement deux des quatre composantes où les participants avaient le plus de difficultés avant l'intervention, soit l'augmentation des capacités attentionnelles et l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle dans les différentes sphères de fonctionnement. Le protocole de recherche choisi semble avoir eu un impact important sur les effets souhaités. Certaines limites au plan méthodologiques sont aussi attribuables au questionnaire auto-rapporté utilisé affectant la sensibilité de l'outil utilisé. Comme pour les études effectuées, il est impossible de prédire les effets à long terme auprès des participants étant donné la difficulté à porter un jugement sur les résultats obtenus. À la lumière des résultats obtenus, il serait intéressant afin d'évaluer à l'aide d'instruments plus sensibles les effets à court terme et à long terme du programme RÉFÉrence en tenant compte des modifications proposées ultérieurement.

Références

- Adler, L. A., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Michelson, D., Reimherr, F. W., Glatt, S. J. & Biederman, J. (2008). The reliability and validity of self-and investigator ratings of ADHD in adults. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 711-719.
- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(3), 145-148.
- Adler, L.A., Spencer, T.J. et Wilens, T.E. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity disorder in Adults and Children*. Cambridge : Cambridge university press.
- American psychiatric association (APA) (2000). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 2003, 4^e éd. Texte révisé.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Anderson, V. (2008). Attention deficits and the frontal lobes. Dans V.Anderson, R. Jacobs & P.J. Anderson, *Executive functions and the frontal lobes: A lifespan perspective*. (317,344). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Antshel, K.M. & Barkley, R.A. (2011). Children with ADHD grown up. Dans S.Goldstein, J.A. Naglieri & M. Devries, *Learning and attention disorders in adolescence and adulthood: Assessment and treatment* (2^e éd., 113-134). Hoboken, NJ: Wiley.
- Auclair, V. (2016). *La thérapie cognitive-comportementale dans le traitement du TDAH chez l'adulte : État des connaissances* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal.
- Bader M. & Pierrehumbert, B. (2011). Trouble du déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) et attachement: pistes convergentes ou parallèles? *Approche Neuropsychologiques des Apprentissages chez l'Enfant*, 23, 328-334.
- Bagwell, C.L., Molina, B.S.G., Pelham, W.E. et Hoza, B. (2001). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Problems in Peer Relations : Predictions From Childhood to Adolescence. *Journal of the American Academy of Child And Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285-1292
- Barlow, D.H. et Durand, V.M. (2007). *Psychopathologie: une perspective multidimensionnelle* (2^e éd.). Belgique, Bruxelles : De boeck.

- Barkley, R.A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological bulletin* 121 (1), 65-94.
- Barkley, R.A. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Dans E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds), *Child psychopathology* (2^e éd., 75-143). New York: Guilford
- Barkley, R.A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* (4^e éd.). New York, États-Unis: The Guilford press.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock. C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4), 546-557.
- Barley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. et Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45(2), 192-202.
- Barkley, R.A. et Murphy, K.R. (2011). The nature of executive function (FE) deficits in daily life activities in adults with ADHD and their relationship to performance on EF tests. *Journal of psychopathology and behavioral assessment* (33), 137-158.
- Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P., & Pang, K. L. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 327-336.
- Biderman, J., Mick E. et Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*. 157(5), 816-818.
- Biederman, J., Spencer T., Wilens, T. et Greene, R. (2001). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In G.O. Gabbard (Ed.), *Treatment of psychiatric disorders* (Vol. 1) (3rd ed.) (pp.145-176). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., et al. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-1798.
- Biederamn, J., Faraone, S. V., Mick, E., & Spencer, T. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *The American journal of psychiatry*, 152(3), 431.
- Bramham, J, Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D et Xenitidis, K. (2008). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of attention disorders* 12(5), 434-441.

- Brassett-Grundy, A., & Butler, N. (2004). *Prevalence and adult outcomes of attention-deficit hyperactivity disorder*. London: Bedford Group for Lifecourse and Statistical Studies, Institute of Education, University of London.
- Brown, T.E. (2000). Psychosocial interventions for attention-deficit disorders and comorbid conditions. Dans T.E. Brown (dir.), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults* (p.537-569). Washington: American Psychiatric Press.
- Brown, T.E. (2013). *A new understanding of ADHD in children and Adults : Executive function impairments*. New York, États-Unis: Routledge.
- Buitelaar, J. K., Barton, J., Danckaerts, M., Friedrichs, E., Gillberg, C., Hazell, P. L. & Michelson, D. (2006). A comparison of North American versus non-North American ADHD study populations. *European child & adolescent psychiatry*, 15(3), 177-181.
- Buitelaar, J.K., Kan, C.C. et Asherson P. (2011). *ADHD in Adults : Characterization, Diagnosis, and Treatment*. Cambridge : Cambridge university press.
- Burns, G. L., & Walsh, J. A. (2002). The influence of ADHD–hyperactivity/impulsivity symptoms on the development of oppositional defiant disorder symptoms in a 2-year longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*, 30(3), 245-256.
- Chambon, O. (s.d.). Échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle. Repéré à http://www.espace-socrate.com/pdfs/ee_sherer.pdf
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*.
- Conners, C.K., Erhardt, D. et Sparrow, E. (1999). *Conners adult ADHD rating scales (CAARS)*. Toronto, Ontario: Multi-health systems.
- Costello, E.J., Egger, H.L. & Angold, A. (2004). Developpemental epidemiology of anxiety disorders. Dans T.H. Olenick & J.S. Marsh (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (61-91). New York: Oxford University press
- Dagenais, C., & Ridde, V. (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*.

- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, *41*(2), 168-192.
- Dickstein, S. G., Bannon, K., Castellanos, F., & Milham, M. P. (2006). The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: An ALE meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(10), 1051-1062.
- Dumas, J.E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (4^e éd.). Belgique, Bruxelles : De boeck.
- DuPaul, G. J., & Langberg, J. M. (2015). Educational impairments in children with ADHD. Dans R.A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* (4^e éd., 169-190). New-York, États-Unis: The Guilford press.
- Dusseault, A. (2010). *L'attention dans le trouble du déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) chez les enfants* (Thèse de doctorat inédite). Université de Laval.
- Emond, V., Joyal, C., & Poissant, H. (2009). Neuroanatomie structurelle et fonctionnelle du trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). *L'Encéphale*, *35*(2), 107-114.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, *36*(2), 159-165.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of abnormal child psychology*, *30*(5), 463-475.
- Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1988). *Ways of coping Questionnaire*. Redwood City, Californie: Consulting psychologists press.
- Gagnon, C., Craig, W. M., Tremblay, R. E., Zhou, R. M., & Vitaro, F. (1995). Kindergarten predictors of boys' stable behavior problems at the end of elementary school. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *23*(6), 751-766.
- Gearing, R. E., El-Bassel, N., Ghesquiere, A., Baldwin, S., Gillies, J., & Ngeow, E. (2011). Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. *Clinical psychology review*, *31*(1), 79-88.
- Genro, J. P., Kieling, C., Rohde, L. A., & Hutz, M. H. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the dopaminergic hypotheses. *Expert review of neurotherapeutics*, *10*(4), 587-601.

- Gershon, J., & Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of attention disorders*, 5(3), 143-154.
- Greenhill, L. L., Posner, K., Vaughan, B. S., & Kratochvil, C. J. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 17(2), 347-366.
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., ... & Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD—implications for diagnosis and intervention. *European child & adolescent psychiatry*, 13(1), 180-192.
- Gonon, F., Guilé, J. M., & Cohen, D. (2010). Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58(5), 273-281.
- Hauser, P. C., Lukomski, J., & Samar, V. (2013). Reliability and validity of the BRIEF-A for assessing deaf college students' executive function. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31(4), 363-374.
- Isquith, P.K., Roth, R.M. et Gioia, G.A. (2006). *Behavior Rating inventory of executive function-Adult Version*. Floride, États-Unis: Psychological Assessment Resources
- Jarrett, M. A., & Ollendick, T. H. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1266-1280.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183-207
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A. & Ustun, T. B. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), 245-256.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Faraone, S. V. & Üstün, T. B. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological psychiatry*, 57(11), 1442-1451.
- Kessler, R. C., Adler, L.A., Ustun, T.B. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O. & al. (2006). The

prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163(4), 716-723.

Kieling, C., Goncalves, R. R., Tannock, R., & Castellanos, F. X. (2008). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 17(2), 285-307.

Kofler, M. J., Rapport, M. D., & Matt Alderson, R. (2008). Quantifying ADHD classroom inattentiveness, its moderators, and variability: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 59-69.

Lafleur, M., Pelletier, M-F., Vincent, M-F. et Vincent, A. (2010) *La maîtrise du TDAH chez l'adulte : Un programme de thérapie cognitive-comportementale (guide du thérapeute)*. Don Mills, Ontario : Oxford university press.

Lafleur, M., Pelletier, M-F., Vincent, M-F. et Vincent, A. (2010) *La maîtrise du TDAH chez l'adulte : Un programme de thérapie cognitive-comportementale (manuel du client)*. Don Mills, Ontario : Oxford university press.

Lee, S. I., Schachar, R. J., Chen, S. X., Ornstein, T. J., Charach, A., Barr, C., & Ickowicz, A. (2008). Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of child psychology and Psychiatry*, 49(1), 70-78.

Lee, E. H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nursing Research*, 6(4), 121-127.

Letarte, M. J., Normandeau, S., & Allard, J. (2010). Le programme d'entraînement aux habiletés parentales Ces années incroyables: Expériences dans deux contextes. *M. Déry, AS Denault, & JP Lemelin (Éds), Aide aux jeunes en difficulté de comportement: regard sur nos pratiques*, 27-48.

Macey, K. D. (2003). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. By CK Conners, D. Erhardt, MA Sparrow. New York: Multihealth Systems, Inc., 1999.

Matte, B., Rohde, L.A. et Grevet, E.H. (2012). ADHD in adults: a concept in evolution. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorder* 4(2), 53-62.

Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(4), 378-385.

Milich, R., Balentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical psychology: science and practice*, 8(4), 463-488.

- Millstein, R. B., Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (1997). Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2(3), 159-166.
- Murray, C., & Johnston, C. (2006). Parenting in mothers with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal psychology*, 115(1), 52.
- Nadeau, K. G. (1995). *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults*. New York: Brunner/Mazel.
- Nomura, Y., Marks, D. J., & Halperin, J. M. (2010). Prenatal exposure to maternal and paternal smoking on attention deficit hyperactivity disorders symptoms and diagnosis in offspring. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(9), 672.
- Pedraza, J.D. et Newcorn, J.H (2015). Non-Stimulant treatment of ADHD. Dans L.A. Adler, T.J Spencer et T.E. Wilens (dir.), *Attention-Deficit Hyperactivity disorder : In Adults and Children* (1^{ère}éd., p.259-297). Cambridge : Cambridge university press.
- Prevatt, F. et Levrini, A. (2015). *ADHD coaching : A guide for mental health professionals*. Washington, États-Unis : American Psychological Association.
- Purper-Ouakil, D., Wohl, M., Cortese, S., Michel, G. et Mouren, M-C. (2006). Le trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité (TDAH) de l'enfant et de l'adolescent. *Annales Médico-psychologiques*, 64(0), 63-72.
- Quay, H. C. (1997). Inhibition and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 25(1), 7-13.
- Ratey, J. J., Greenberg, M. S., Bemporad, J. R., & Lindem, K. J. (1992). Unrecognised attention-deficit hyperactivity disorder in adults presenting for outpatient psychotherapy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2, 267-275.
- Roth, R. M., Isquith, P. K., & Gioia, G. A. (2005). *BRIEF-A: Behavior Rating Inventory of Executive Function--adult Version: Professional Manual*: Psychological Assessment Resources.
- Rouleau, N. (2009). Le TDAH chez l'enfant : Dépistage et impacts scolaires, relationnels et psychologiques. *Presses Universitaires de France « Apprendre »*, 225-239. doi: 10.3917/puflabad.2009.01.022
- Safren, S.A., Otto, M.W., Sprich, S., Winett, C.L., Wilen, T.E. et Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy* 43, 831-842.

- Safren, S.A., Otto, M.W., Sprich, S., Mimiaga, M.J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., Otto, M.W. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association* 304(8), 875-880
- Sciberras, E., Ukoumunne, O. C., & Efron, D. (2011). Predictors of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 6–7 years: A national longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*, 39(7), 1025-1034.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Sherer, M. & Adams, C.H. (1983). Construct Validation of the Self-efficacy Scale. *Psychological Reports*, 53, 899-902.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R.W. (1982). The Self-efficacy Scale : Construction and Validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Smalley, S. L., McGough, J. J., Del'Homme, M., NewDelman, J., Gordon, E & al. (2000). Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1135-1143.
- Smyth, A. C., & Meier, S. T. (2016). Evaluating the psychometric properties of the conners adult ADHD rating scales. *Journal of attention disorders*, 1087054715624230
- Solanto, M. V. (2011). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: Targeting executive dysfunction*. Guilford Press.
- Solanto, M.V. (2015). Non-Stimulant treatment of ADHD. Dans L.A. Adler, T.J Spencer et T.E. Wilens (dir.), *Attention-Deficit Hyperactivity disorder : In Adults and Children* (1^{ère}éd., p.298-305). Cambridge : Cambridge university press.
- Solanto, M.V., Marks, D.J. Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J., Kofman, M.C. Efficacy of meta-cognitive therapy (MCT) for adult ADHD. *The American journal of psychiatry* 167(8), 958-968.
- Stevenson, C., Bornholt, L. et Livesey, D. (2002). A cognitive remediation programme for adult with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36, 610-616.
- Tanase, E-A. (2016). Le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité : un état limite?. *L'information psychiatrique*, 92(3), p.241-247. doi :10.1684/ipe.2016.1469

- Thomas, J., & Willems, G. (2001). *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant: approche neurocognitive*. Paris : Masson, 2^e éd.
- Tripp, G., Schaughency, E. A., Langlands, R., & Mouat, K. (2007). Family interactions in children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 16(3), 385-400.
- Van Lammeren, A. et Bruggeman, R. (2011). Psychoeducation for adults with ADHD : Impression from the field. Dans J.K. Buitelaar, C.C. Kan et P. Asherson (dir.), *ADHD in adults : Characterization, diagnosis and treatment* (1^{ère}éd., p.240-253). Cambridge : Cambridge university press.
- Weiss, G., & Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up*. New York: Guilford.
- Weiss, G., & Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults*. Guilford Press.
- Weiss, M., Safren, S.A., Solanto, M.V., Hechtman, L., Rostain, A.I., Ramsay, R. et Murray, C. (2008). Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 642-651.
- Wender, P. (2000). *Attention deficit hyperactivity disorder in children and adults*. New York: OUP.
- Whalen, C. K., Henker, B., Jamner, L. D., Ishikawa, S. S., Floro, J. N., Swindle, R. & Johnston, J. A. (2006). Toward mapping daily challenges of living with ADHD: Maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 111-126.
- Young, S. (2000). ADHD children grown up: An empirical review. *Counselling Psychology Quarterly*, 13, 191-200.
- Young, S. et Bramham, J. (2012). *Cognitive-behavioural therapy for ADHD in adolescents and adults : A psychological guide to practice* (2^eéd.). Chichester, West Sussex: Willey-Blackwe
- Young, S., Toone, B., & Tyson, C. (2003). Comorbidity and psy- chosocial profile of adults with attention deficit hyperactivity dis- order. *Personality and Individual Differences*, 35, 743-755.
- Zesiger. P., & Eliez, S. (2009). Approche neuropsychologique du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H). *Traité de neuropsychologie de l'enfant*, 613-640.

Annexes

Annexe I
Déficit de l'attention/hyperactivité
(American Psychiatric Association, 2013)

A. Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2) :

1. **Inattention** : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

- A. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (p. ex. néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis).
- B. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à rester concentré pendant les cours magistraux, des conversations ou la lecture de longs textes).
- C. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente).
- D. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (p. ex. commence des tâches mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).
- E. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonné, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais).
- F. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles).
- G. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobiles).
- H. Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).

- I. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).

2. Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

- A. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
 - B. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).
 - C. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (N.B. : Chez les adolescents ou les adultes cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice.)
 - D. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
 - E. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).
 - F. Parle souvent trop.
 - G. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).
 - H. A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).
 - I. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres).
- B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.
- C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents (p. ex. à la maison, à l'école, ou au travail ; avec des amis ou de la famille, dans d'autres activités).

D. On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex., trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par, ou sevrage d'une substance).

Annexe II
Formulaire d'engagement
 (CLSC Dorval-Lachine-Lasalle, 2016)

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DE L'USAGER-SANTÉ MENTALE

Dans un contexte de partage des responsabilités face à la démarche que vous entreprenez et compte tenu de notre mission d'assurer l'accessibilité et la continuité des services pour notre clientèle en liste d'attente. Nous vous invitons à en prendre connaissance et à bien vouloir signer le formulaire témoignant de votre compréhension et de votre engagement.

- La durée approximative des rencontres de groupe est de 2h. Si vous arrivez en retard à la rencontre, votre intervenant ne sera pas en mesure d'allonger la durée de la rencontre. Les rencontres manquées seront comptabilisées.

-Si vous ne pouvez pas vous présenter à la rencontre, appelez une intervenante le plus tôt possible (24 heures à l'avance de préférence).

-Si vous êtes absents à deux (2) rencontres non motivées, l'intervenante sera autorisée à procéder à la fermeture de cet épisode de services, tel que discuté aujourd'hui.

**Il est important que vous sachiez que la fermeture de votre demande de services dans notre programme ne vous empêche pas d'accéder aux autres services de notre CIUSSS et de faire une nouvelle demande pour nos services.*

-Les services sont offerts de façon confidentielle.

-Nous valorisons une ambiance de respect dans les CLSC. Tout acte ou propos violents ne peut être toléré.

-Nous vous demandons de fermer votre cellulaire lors des rencontres.

Consentement

J'accepte les règles de fonctionnement de milieu et j'y consens de manière éclairée. J'autorise aussi à ce que ma situation puisse être discutée, au besoin, avec les intervenants de l'équipe de santé mentale ou psychosociaux généraux.

J'ai reçu de l'information écrite et verbale concernant ma sécurité et les ressources.

Usager : _____ Intervenant : _____

Tél : _____ (514) _____ Poste _____

Date (AAAA/MM/JJ) : _____ Date (AAAA/MM/JJ) : _____

Annexe III
Journal de bord I
(Évaluation de l'implantation : Conformité)

Date : _____

séance : _____

groupe : _____

1. Est-ce que tous les thèmes prévus à la séance ont été abordés? OUI OU NON

2. Quels sont les thèmes qui n'ont pas été abordés? _____

3. Pourquoi ces thèmes n'ont pas été abordés durant la séance? _____

Tableau. 1 Horaire de la séance

Contenu proposé	Fait	Temps planifié (min.)	Temps réel (min.)

**Durée totale de la séance
(min) :**

4. Est-ce que l'ensemble du matériel (i.e. PowerPoint, devoirs et exercices) prévu pour la séance a été utilisé? OUI OU NON

5. Quel matériel n'a pas été utilisé? _____

6. Pourquoi le matériel prévu n'a pas été utilisé? _____

7. Est-ce que le matériel prévu a été remplacé par autre chose?

8. Autres informations sur le déroulement de la séance :

Annexe IV
Compte rendu (Profil des sujets)
(Évaluation de l'implantation : Conformité et débordement)

IDENTIFICATION DU CLIENT (sexe, âge, origine ethnique, état civil, nombre et âge des enfants, emplois, sources de revenus, scolarités complétés)

MOTIF DE CONSULTATION (description du problème, déclencheurs, symptômes, impacts fonctionnels selon le client et le référent)

PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS ET PASSÉS, MÉDICATION ET HABITUDES DE CONSOMMATION :

-PROBLÈMES MÉDICAUX :

-MÉDICATION (médicament, depuis quand, posologie, observance, tolérance, efficacité) :

HABITUDES DE CONSOMMATION (tabac, stimulants, alcool, drogue, boissons énergisantes, produits naturels) :

SUIVIS ACTUELS

-SANTÉ PHYSIQUE (médecin de famille et médecins spécialistes) :

-SANTÉ MENTALE (CLSC, psychiatrie, privé) :

-AUTRES SUIVIS (organisme communautaire, groupe de soutien, toxicomanie, etc.) :

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES/CONSULTATIONS ANTÉRIEURES

ATTENTES ET CHANGEMENTS SOUHAITÉS PAR LE CLIENT/SOLUTIONS TENTÉES

Annexe V
Journal de bord 2
 (Évaluation de l'implantation : Exposition)

Date : _____

séance : _____

NOMS DES PARTICIPANTS	PRÉSENCE	EXERCICE COMPLÉTÉ (OUI OU NON)	DEVOIR COMPLÉTÉ (OUI OU NON)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Durée totale de la séance : _____

Durée de l'exercice proposé durant la séance : _____

Annexe VI
Compte-rendu
 (Évaluation de l'implantation : Qualité de la mise en application)

1. Rencontre pré-intervention

Date : _____

Durée : _____

Intervenante présente : _____

Division des tâches :

Contenu proposé	Intervenante responsable de l'animation	Temps d'animation (min.)

Temps consacré à la préparation du matériel (min.): _____

Autres informations pertinentes sur la rencontre pré-intervention :

2. Rencontre post-intervention

Date : _____

Durée : _____

Intervenante présente : _____

Résumé de la perception de l'intervenante 1 face au déroulement des rencontres:

Résumé de la perception de l'intervenante 2 face au déroulement des rencontres:

Auto-évaluation de l'animation⁴ :

Questions	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord
1. J'ai été capable d'ajuster mon approche au degré de motivation, aux besoins et aux réactions des participants			
2. J'ai adopté un style d'animation qui a suscité l'intérêt et la participation des participants.			
3. J'ai utilisé des stratégies de gestion des apprentissages afin d'encourager la participation des sujets.			
4. J'ai su utiliser des stratégies de gestion des comportements (si nécessaire).			
5. J'ai été en mesure de soutenir un individu en difficulté au cours de la séance de groupe en lui fournissant des moyens personnalisés.			
6. J'ai respecté la division des tâches convenues avant la séance.			

Autres commentaires sur la rencontre pré-intervention :

⁴ Rédaction inspirée du guide d'évaluation de stage 66091 (Lehoux et Larose, 2016)

Annexe VII
Questionnaire sur le niveau de satisfaction
(Évaluation de l'implantation : Qualité de la mise en application)

1-Tout à fait en désaccord 2- En désaccord 3- En accord 4- Tout à fait en accord

Évaluation du niveau de satisfaction et de l'intérêt des participants

1. J'étais motivé(e) à assister à cette séance	1	2	3	4
2. Les objectifs de cette séance étaient clairs et précis	1	2	3	4
3. Le contenu de la séance correspondait à mes besoins personnels	1	2	3	4
4. L'information présentée par les animatrices était facile à comprendre	1	2	3	4
5. Les participants étaient encouragés à poser des questions et à fournir des réponses	1	2	3	4
6. Les exercices et les activités étaient pertinents	1	2	3	4
7. La durée de la séance était adéquate	1	2	3	4
8. Cette séance m'a permis d'augmenter mon niveau de connaissance et d'habiletés	1	2	3	4
9. Je compte mettre en application ces nouvelles compétences de travail	1	2	3	4
10. Cette séance aura un impact positif sur ma qualité de vie et mon fonctionnement au quotidien	1	2	3	4
11. D'une façon générale, j'ai apprécié la séance	1	2	3	4

Annexe VIII
Données observationnelles sur le niveau de participation
(Évaluation de l'implantation : Participation)

Évaluation du niveau de participation

Date : _____

séance : _____

Légende :

J=Jamais

P=Parfois

S=Souvent

NOM DU PARTICIPANT	POSE DES QUESTIONS	PREND PART AUX DISCUSSIONS	SEMBLE ATTENTIF	AUTRES OBSERVATIONS
1.				
2.				
3.				
4.				

Annexe IX
Questionnaire d'évaluation des effets

Nom : _____	Prénom : _____	Date : _____
Sexe : _____	Âge : _____	Date de naissance : _____
Niveau de scolarité : <input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Secondaire	<input type="checkbox"/> Collégial
<input type="checkbox"/> Bacc.	<input type="checkbox"/> Supérieur au Bacc.	<input type="checkbox"/> Autres

Une fois les quatre parties complétées, veuillez remettre le questionnaire rempli au début de la rencontre individuelle à Magali Perrée, stagiaire au psychoéducation ou Mélanie Leblanc, psychoéducatrice.

Partie 1

(Conners, Erhardt et Sparrow, 1999; Roth, Isquith et Gioia, 2005; Adler, Kessler et Spencer)

Pour chacune des questions suivantes, veuillez cochez la case qui s'applique le mieux au comportement décrit depuis les six derniers mois.

0=pas du tout, jamais 1=juste un peu, parfois 2=assez, souvent 3=beaucoup très souvent

	Pas du tout, jamais	Juste un peu, parfois	Assez, souvent	Beaucoup, très souvent
1. Il m'arrive de perdre ou d'avoir de la difficulté à retrouver les objets nécessaires à la réalisation de mes tâches ou de mes activités.	0	1	2	3
2. J'ai de la difficulté à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites.	0	1	2	3
3. Il m'arrive d'avoir des difficultés à me rappeler les choses que je dois faire (ex. rendez-vous, obligations personnelles ou professionnelles).	0	1	2	3
4. Lorsque je fais quelque chose qui me demande beaucoup de réflexion, j'évite de le faire ou je le remets à plus tard.	0	1	2	3
5. J'ai de la difficulté à me concentrer lorsque je fais un travail ennuyeux ou répétitif. Je m'y désintéresse facilement.	0	1	2	3

6. J'ai de la difficulté à me concentrer sur les propos de mon interlocuteur même s'il s'adresse directement à moi.	0	1	2	3
7. Je suis distrait(e) par l'activité ou le bruit autour de moi.	0	1	2	3
8. J'ai tendance à ne pas finir ce que je commence.	0	1	2	3
9. Je suis désorganisé(e).	0	1	2	3
10. J'ai de la difficulté à faire plusieurs choses en même temps.	0	1	2	3
11. J'ai de la difficulté à débiter une tâche.	0	1	2	3
12. Je fais des erreurs d'inattention ou j'ai de la difficulté à porter une attention particulière aux détails.	0	1	2	3
13. J'ai de la difficulté à accomplir une tâche à moins d'avoir une échéance absolue.	0	1	2	3
14. Je n'aime pas particulièrement les devoirs, la lecture ou les activités qui nécessitent de penser beaucoup.	0	1	2	3
15. J'ai les idées ailleurs pendant mes activités quotidiennes.	0	1	2	3
16. Parfois, je semble tellement concentré(e) que j'oublie tout autour de moi. D'autre fois, je suis dérangé(e) par la moindre petite distraction.	0	1	2	3
17. J'ai de la difficulté à terminer mes tâches ou mes travaux scolaires.	0	1	2	3
18. Je ne peux garder mon attention sur quelque chose sauf si cela est très intéressant.	0	1	2	3
19. J'ai de la difficulté à organiser mes tâches et mes activités.	0	1	2	3
20. Je prévois mal combien de temps ça va me prendre pour quelque chose ou pour aller quelque part.	0	1	2	3
21. J'ai besoin des autres pour mettre de l'ordre dans ma vie et s'occuper des détails.	0	1	2	3

22. Il faut me rappeler d'entreprendre une tâche même si j'avais l'intention de la faire.	0	1	2	3
23. J'ai de la difficulté avec les travaux ou les tâches qui comportent plus d'une étape.	0	1	2	3
24. J'oublie ce que je suis en train de faire au milieu d'une tâche.	0	1	2	3
25. J'ai de la difficulté à rester concentré sur le même sujet lors d'une conversation.	0	1	2	3
26. Les gens disent que je suis facilement distrait(e).	0	1	2	3
27. J'ai de la difficulté à me mettre à la tâche.	0	1	2	3

Partie 2
(Roth, Isquith et Gioia, 2005)

Durant les derniers mois, jusqu'à quel point chacun de ces comportements a été un problème?
Veuillez cocher la case qui s'applique le mieux à vous.

J=Jamais	P=Parfois	S=Souvent
-----------------	------------------	------------------

	Jamais	Parfois	Souvent
1. Je manque d'organisation.	J	P	S
2. Ma garde-robe est en désordre.	J	P	S
3. Je suis dépassé(e) par les tâches d'envergure.	J	P	S
4. J'ai de la difficulté à établir l'ordre de priorité de mes activités.	J	P	S
5. J'entreprends des tâches (comme faire la cuisine, des projets) sans avoir le bon matériel.	J	P	S
6. Les gens disent que je manque d'organisation.	J	P	S
7. Je perds mes choses (comme mes clés, mon argent, mon portefeuille, etc.).	J	P	S
8. Je ne prévois pas à l'avance les activités à venir.	J	P	S

9. J'ai des objectifs irréalistes	J	P	S
10. Je laisse la salle de bain en désordre.	J	P	S
11. J'ai de bonnes idées, mais je n'arrive pas à les formuler par écrit.	J	P	S
12. J'ai de la difficulté à compléter une tâche par moi-même.	J	P	S
13. J'ai de la difficulté à organiser le travail.	J	P	S
14. Je laisse ma chambre ou ma maison en désordre.	J	P	S
15. Je ne prévois pas faire les tâches à l'avance.	J	P	S
16. J'ai de la difficulté à retrouver des choses dans ma chambre, ma garde-robe ou mon bureau.	J	P	S
17. J'ai de la difficulté à organiser les activités.	J	P	S
18. Je ne range pas ce que j'utilise.	J	P	S

Partie 3
(Cohen et al., 1983)

En considérant la dernière année, veuillez indiquer pour chaque question la fréquence à laquelle vous avez ressenti ou pensé d'une certaine manière. La meilleure approche est de répondre de façon spontanée à ce questionnaire.

0=jamais	1=presque jamais	2=parfois	3=Assez souvent	4=Souvent
----------	------------------	-----------	-----------------	-----------

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
1. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été contrarié ou perturbé en raison d'un événement inattendu ?	0	1	2	3	4
2. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous senti que vous étiez incapable de contrôler les choses importantes de votre vie ?	0	1	2	3	4
3. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux(se) ou stressé(e) ?	0	1	2	3	4
4. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous traité avec succès les problèmes quotidiens et les ennuis ?	0	1	2	3	4

5. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous senti que vous étiez en train de faire face à des changements importants ?	0	1	2	3	4
6. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous senti que vous aviez confiance en votre capacité à gérer vos problèmes personnels ?	0	1	2	3	4
7. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	0	1	2	3	4
8. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous trouvé que vous ne pouviez pas faire face à toutes les choses que vous devriez faire ?	0	1	2	3	4
9. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été capable de contrôler les irritants de votre vie ?	0	1	2	3	4
10. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous senti que vous étiez « à jour dans vos affaires ?	0	1	2	3	4
11. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) en colère en raison de choses qui étaient hors de votre contrôle ?	0	1	2	3	4
12. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pensé aux choses que vous devez accomplir ?	0	1	2	3	4
13. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pu contrôler la façon dont vous occupez votre temps ?	0	1	2	3	4
14. Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous senti que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pourriez pas les surmonter ?	0	1	2	3	4

Partie 4

(Sherer et al., 1982; Traduction et adaptation : Chambon, O)

Ce questionnaire consiste en une série d'affirmations. Vous devez décider, en cochant, si ces affirmations correspondent à l'image que vous vous faites de vous-même **au cours des derniers mois**.

0=Absolument pas d'accord	1=Plutôt en désaccord	2=Ni d'accord, ni pas d'accord
3=Plutôt d'accord	4=Tout à fait d'accord	

	Absolument en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Quand je fais des projets, je suis certain de pouvoir les mettre à exécution.	0	1	2	3	4
2. Un de mes problèmes est que je ne peux pas me mettre au travail lorsqu'il faudrait.	0	1	2	3	4
3. Si je n'arrive pas à faire quelque chose du premier coup, je continue d'essayer jusqu'à ce que j'y arrive.	0	1	2	3	4
4. Il m'est difficile de me faire de nouveaux amis.	0	1	2	3	4
5. Quand j'établis des objectifs qui sont importants pour moi, il est rare que je les atteigne.	0	1	2	3	4
6. J'abandonne les choses avant de les avoir terminées.	0	1	2	3	4
7. Si j'aperçois quelqu'un que j'aimerais rencontrer, je vais vers cette personne plutôt que d'attendre qu'elle vienne vers moi.	0	1	2	3	4
8. J'évite de faire face aux difficultés.	0	1	2	3	4
9. Si quelque chose a l'air trop compliqué, je ne prends même pas la peine d'essayer.	0	1	2	3	4
10. Si je rencontre quelqu'un d'intéressant, mais avec qui il est très difficile de lier amitié, je vais	0	1	2	3	4

vite arrêter tout effort de me lier d'amitié avec cette personne.					
11. Quand j'ai quelque chose de désagréable à faire, je m'y colle jusqu'à ce que je l'aie complètement terminé.	0	1	2	3	4
12. Quand je décide de faire quelque chose, je m'y consacre immédiatement.	0	1	2	3	4
13. Quand j'essaie d'apprendre quelque chose de nouveau, j'abandonne très vite si je n'y arrive pas tout de suite.	0	1	2	3	4
14. Quand j'essaie de devenir ami avec quelqu'un, mais qu'au départ cette personne ne semble pas intéressée par moi, j'abandonne très facilement.	0	1	2	3	4
15. Quand des problèmes inattendus surviennent, j'arrive bien à y faire face.	0	1	2	3	4
16. Je n'arrive pas à me comporter comme je le voudrais lors de réunions sociales (fêtes, repas, apéritifs, etc.).	0	1	2	3	4
17. J'ai confiance en moi.	0	1	2	3	4
18. Mes amis actuels, je les ai parce que c'est moi qui au départ ait fait l'effort de me lier d'amitié avec eux.	0	1	2	3	4
19. J'abandonne facilement.	0	1	2	3	4
20. Il me semble que je suis capable de faire face à la plupart des problèmes qui surviennent dans ma vie.	0	1	2	3	4
21. Mes amis actuels, je les ai parce que j'ai des capacités à lier des amitiés.	0	1	2	3	4