

UNIVERSITÉ DE SAINT-BONIFACE

LE TROUBLE DU DÉFICIT D'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ EN MILIEU SCOLAIRE –  
MIEUX LE COMPRENDRE POUR MIEUX INTERVENIR

FACULTÉ DE L'ÉDUCATION

EXAMEN DE SYNTHÈSE PRÉSENTÉ EN VUE DE L'OBTENTION DE  
LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION – ADMINISTRATION SCOLAIRE

© CATHERINE GENDRON

Le 6 août 2014

## Table des matières

Introduction .....	3
Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité : un trouble neurologique à grande incidence .....	3
1. Description clinique .....	4
1.1 Définition du TDAH.....	4
2. L'étiologie .....	6
2.1 La génétique .....	7
2.2 Autres facteurs pouvant influencer la sévérité des symptômes .....	8
3. Le diagnostic .....	10
3.1 Les procédures d'évaluation .....	11
3.2 Les troubles comorbides .....	14
3.3 Les symptômes cliniques .....	15
4. Les interventions .....	18
4.1 L'approche multimodale .....	19
4.2 L'inclusion des enfants atteints du TDAH en salle de classe .....	22
4.3 Les adaptations en salle de classe .....	23
Conclusion .....	26
Références .....	28

## Introduction

### **Le Trouble du déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) : un trouble neurologique à grande incidence**

Le trouble du déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurologique complexe largement étudié dans le monde de la santé et de l'éducation et son incidence a augmenté significativement ces dernières années (Dryer, Kiernan et Tyson, 2006). Les études soutiennent que le TDAH est en fait le plus commun des troubles psychiatriques diagnostiqués chez les enfants d'âge scolaire, affectant 3 à 5% d'entre eux (Ministère de l'Éducation de la Colombie-Britannique (MECB), 2014). La situation est de plus en plus préoccupante pour les enseignants qui doivent adapter leurs pratiques selon les besoins des enfants atteints du TDAH et assurer leur inclusion en salle de classe. Des études prouvent que les formations spécifiques sur le TDAH jouent un rôle crucial dans l'acquisition de connaissances et le développement de croyances médicales-allopathiques reconnues (Massé, Couture et Anciaux, 2010). Cela suggère que grâce à un support adéquat et un langage commun entre les intervenants, les enseignants seraient en mesure d'appliquer des pratiques d'inclusion efficaces en classe et d'ainsi favoriser les réussites sociale et scolaire des élèves atteints du TDAH.

L'objectif de ce travail sera d'aider le lecteur à acquérir une meilleure compréhension du syndrome afin d'intervenir adéquatement auprès des enfants présentant un TDAH, particulièrement en milieu scolaire en Colombie-Britannique. Cette recension des écrits dressera tout d'abord un portrait général du TDAH en abordant la définition, l'étiologie et le diagnostic. La partie dédiée à l'étiologie présentera les causes génétiques ainsi que d'autres facteurs de risque. Le diagnostic traitera des procédures d'évaluation ainsi que des symptômes cliniques et

des troubles comorbides souvent associés au TDAH. Par la suite, une section portant sur les interventions expliquera l'approche multimodale et exposera des moyens facilitant l'inclusion des élèves en salle de classe et des adaptations que les enseignants pourraient mettre en pratique.

## **1- Description clinique**

Les premières définitions du TDAH datent de 1902, alors qu'on le nommait le « déficit du contrôle moral » (Barkley et Murphy, 2006). Depuis, le sujet fut grandement étudié et ses définitions raffinées. Les prochains paragraphes présentent les récentes définitions du TDAH.

### **1.1 Définition du TDAH**

La plupart des spécialistes nord-américains et européens utilisent le contenu du *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (DSM) de l'American Psychiatric Association (APA), ouvrage de classification des maladies psychiatriques. La plus récente version du manuel, le DSM-5, fut publiée en mai 2013. La définition du TDAH y est classée dans la catégorie des troubles neuro-développementaux et se lit comme suit : « ADHD is a neurodevelopmental disorder defined by impairing levels of attention, disorganisation, and/or hyperactivity-impulsivity...-symptoms that are excessive for age or developmental level » (p.32). Le TDAH interfère avec le développement de l'enfant, présente des symptômes dans différents contextes (maison, école, relations sociales) et pose des conséquences néfastes sur les fonctions sociales ou scolaires de l'enfant (APA, 2013a).

Le DSM-5 divise le TDAH en deux catégories, soit l'inattention et l'hyperactivité/impulsivité (APA, 2013b). Les symptômes du TDAH sont classés selon trois

spécificateurs, soit la présentation à prédominance inattentive, la présentation à prédominance hyperactive/impulsive et, le plus commun, la présentation combinée (Daoust, 2014). Le Center for ADHD Awareness, Canada (CADDAC) présente les trois spécificateurs de la façon suivante: l'incapacité pour l'enfant à réguler son niveau d'attention (inattention), son niveau d'activité (hyperactivité) et les comportements inhibiteurs provoquant l'impulsivité (impulsivité) (CADDAC, 2014).

La Faculté de Pharmacie de l'Université de Montréal (UdeM) (2014) affirme que le TDAH est une condition chronique d'origine biologique. Les auteurs expliquent que la dopamine, qui permet de maintenir l'attention, de réguler les pensées, émotions et comportements, ainsi que la noradrénaline, qui permet aussi de maintenir l'attention et de soutenir la motivation et l'intérêt, agissent de façon anormale dans le cerveau d'un enfant atteint du TDAH. En effet, Coudert et Rubat (2011) soutiennent que « quatre fonctions exécutives seraient directement perturbées par le défaut d'inhibition de réponse caractéristique aux enfants désignés avec un TDAH : la mémoire de travail, l'autorégulation des processus de motivation et de vigilance, l'internalisation du discours et la reconstitution (fluidité de la réponse) » (p. 24). Guay et Laporte (2006) affirment que les déficits exécutifs sont en fait responsables des problèmes d'autorégulation des comportements que ces enfants éprouvent.

Finalement, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) propose la *Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes* (CIM-10), qui est la norme internationale pour rendre compte des données de mortalité et de morbidité. Dans ce document, le TDAH est classé sous les « troubles hyperkinétiques » qui sont ainsi définis:

Groupe de troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités qui exigent une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. Les troubles peuvent s'accompagner d'autres anomalies. Les enfants hyperkinétiques sont souvent imprudents et impulsifs, sujets aux accidents, et ont souvent des problèmes avec la discipline à cause d'un manque de respect des règles, résultat d'une absence de réflexion plus que d'une opposition délibérée. Leurs relations avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue. Ils sont mal acceptés par les autres enfants et peuvent devenir socialement isolés. Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi. (OMS, 2008, Chap.V, F90-F98).

En résumé, les deux principales définitions utilisées par les spécialistes sont celles de l'American Psychiatric Association (DSM-5) et de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10). Ces documents sont régulièrement révisés afin d'adapter leur contenu aux derniers résultats d'études scientifiques et aux changements caractérisant notre société évolutive.

## **2- L'étiologie**

Guay, Lageix et Parent (2006) affirment que « les facteurs permettant de prédire un très haut risque de persistance sont la présence d'autres personnes avec un TDAH dans la famille, d'un environnement d'adversité psychosociale et de troubles psychiatriques comorbides » (p. 4). Ils ajoutent à ces facteurs de risque les complications durant la grossesse et l'accouchement, le tabagisme maternel durant la grossesse et les environnements familiaux problématiques. Les pages suivantes présentent un survol des principales causes génétiques et d'autres facteurs qui peuvent influencer la sévérité des symptômes du TDAH.

## 2.1 La génétique

De nombreuses études confirment les origines génétiques et neurobiologiques du syndrome (Barkley et Murphy, 2006). En effet, des anomalies dans les réseaux liant des régions du cortex frontal avec des noyaux sous-corticaux et des déséquilibres dans les systèmes dopaminergiques et noradrénergiques ont été observés chez les enfants présentant un TDAH (Guay *et al.*, 2006). Les neurones dopaminergiques sont essentiels à la sélection, l'initiation, le séquençage et le maintien des fonctions motrices, tandis que les neurones noradrénergiques jouent un rôle important dans la vigilance et dans les processus d'attention sélective (Coudert et Rubat, 2011). Ces derniers auteurs rapportent aussi des anomalies dans les voies monoaminergiques impliquant la noradrénaline, la dopamine et la sérotonine comme causes du TDAH. Enfin, le Centre Hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, CHEO (2010), décrit les anomalies cérébrales observées chez les enfants atteints du TDAH de la façon suivante: le cortex préfrontal et le cervelet sont plus petits, le taux de certaines substances chimiques est moins élevé et les parties frontales sont moins actives.

L'étude de McGowan *et al.* (2009) traite de l'héritabilité, terme qui fait référence à la part des variations génétiques dans la prévalence du trouble. En effet, leur étude a prouvé qu'un jeune enfant grandissant dans un environnement parental inadéquat pouvait présenter des perturbations au niveau du développement comportemental et cérébral à l'âge adulte et que ces perturbations étaient transmissibles aux générations suivantes. Par contre, l'apport d'héritabilité varie beaucoup d'une étude à l'autre, allant de 30 à 80% (Gonon, Guilé et Cohen, 2010), parce que les chercheurs doivent composer avec des réalités complexes et se heurtent à plusieurs problèmes méthodologiques (Lecomte et Poissant, 2006). Cependant, Lecendreux (2003) mentionne qu'un enfant a 25% de risque d'être diagnostiqué avec un TDAH si un parent est aussi atteint du

syndrome. De plus, un frère ou une sœur d'un enfant hyperactif a de 30 à 40% plus de chances de présenter de l'hyperactivité. Finalement, Faraone *et al.* (2004), ont répertorié 20 études de jumeaux de partout à travers le monde qui démontrent une moyenne d'héritabilité de 76%. Ces auteurs ont donc conclu que ce résultat classe le TDAH parmi les troubles psychiatriques ayant la plus forte prévalence héréditaire.

## **2.2 Autres facteurs pouvant influencer la sévérité des symptômes**

Selon Lemelin, Lafortune, Fortier, Simard et Robaey (2009), la sévérité des symptômes oppositionnels/défiants et hyperactifs/impulsifs est significativement liée au fonctionnement familial. Ces auteurs soutiennent que plus l'expression et l'investissement affectif familial sont inadéquats, plus les enfants sont hyperactifs et impulsifs. Les comportements parentaux déviants qui peuvent renforcer les symptômes du TDAH, rapportés par Courtois, Champion, Lamy et Bréchon (2007), sont: les attitudes hyperprotectrices, les relations incestuelles, des sentiments ambivalents, des fantasmes maternels agressifs à l'égard de l'enfant, une dépression maternelle postnatale et un rejet du père par la mère.

Gonon *et al.*, (2010) ont rassemblé les résultats de plusieurs études pour obtenir ces principaux facteurs de risque : « le faible niveau économique des parents, une naissance prématurée, l'alcoolisme et la tabagie pendant la grossesse, une mère trop jeune, une mère élevant seule son garçon, des parents souffrant de troubles mentaux, des enfants maltraités et un excès de télévision entre un et trois ans » (p. 276). Barkley et Murphy (2006) reprennent quelques-uns de ces facteurs et y ajoutent le poids de l'enfant significativement sous la normale à la naissance ainsi que des accidents péri-nataux aux régions préfrontales du cerveau. L'étude de Froehlich *et al.* (2007) démontre que les enfants issus de milieux socioéconomiques pauvres sont



deux fois plus à risque de répondre aux critères de diagnostic du TDAH que ceux de milieux aisés. Enfin, Coudert et Rubat (2011) citent l'accumulation d'événements stressants, la monoparentalité, le statut d'enfant unique et le milieu urbain comme étant d'autres facteurs environnementaux liés au TDAH, mais de façon inconstante.

En plus, une étude américaine dirigée par Bouchard, Bellinger, Wright et Weisskopf (2010) a conclu que l'exposition aux pesticides utilisés sur les cultures de fruits et de légumes et en milieu résidentiel peut contribuer à la prévalence du TDAH. Les enfants entre 8 et 15 ans exposés plus que la normale à la quarantaine de variété de pesticides d'organophosphates ont deux fois plus de chances de présenter des symptômes. Également, Braun *et al.* (2006) ont démontré qu'un taux sanguin de plomb supérieur à 20  $\mu\text{g}/\text{l}$  rend les enfants 4.1 fois plus à risque de développer des symptômes d'hyperactivité que les enfants avec un niveau inférieur.

La Faculté de Pharmacie de l'UdeM (2014) affirme qu'il n'y a pas de régime alimentaire spécial recommandé pour les enfants présentant un TDAH, mais qu'ils devraient limiter leur consommation d'aliments stimulants comme la caféine ou les boissons énergisantes. Parallèlement, Daoust (2014) mentionne que la consommation d'additifs alimentaires, de sucre et de lait peut influencer le fonctionnement du TDAH. De plus, Richardson (2004) a répertorié plusieurs études qui prouvent que les acides gras oméga-3 et 6 contribuent au bon fonctionnement du système immunitaire, des neurotransmetteurs ainsi que des interactions entre les intestins et le cerveau, facteur clé dans les réactions psychoneuroimmunologiques. Cependant, l'auteure précise que des études à grande échelle doivent être conduites afin de déterminer si les suppléments de ces acides gras peuvent avoir un impact positif sur les symptômes du TDAH.

L'étude menée par Konofal, Lecendreux, Arnulf et Mouren (2004) sur le taux de ferritine a démontré que 84% des enfants atteints du TDAH présentent un taux de fer sanguin anormalement bas, soit inférieur à 30ng/ml. Plus le taux est bas, plus les troubles de comportements associés au TDAH sont sévères. Considérant l'implication du fer dans le bon fonctionnement du système dopaminergique, cette baisse des réserves de fer dans l'organisme pourrait aussi être liée aux troubles du sommeil fréquemment expérimentés par les enfants présentant un TDAH. Cette même étude démontre que ces derniers ont une augmentation de 30% de motricité durant leur sommeil, qu'ils ont tendance à somnoler durant le jour, les incitant donc à s'agiter pour se maintenir éveillés.

En bref, il est évident que les enfants nord-américains sont exposés à de nombreux facteurs, contrôlables ou non, qui compromettent leur santé physiologique et psychologique. Les prédispositions génétiques sont des causes au TDAH, tandis que plusieurs facteurs environnementaux comme la dynamique du milieu familial, l'alimentation, le taux de fer sanguin et les troubles du sommeil peuvent influencer son développement ou ses manifestations.

### ***3- Le diagnostic***

Les spécialistes de la santé et de l'éducation doivent faire preuve de beaucoup de vigilance et procéder à un diagnostic différentiel afin d'éviter les erreurs (Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MEQ-MSSS), 2003). Les pages suivantes présentent les lignes directrices à suivre lors du diagnostic.

### 3.1 Les procédures d'évaluation

« L'hyperactivité est actuellement le trouble psychopathologique le plus fréquent chez le jeune enfant. Cette évolution peut être liée à la médiatisation dont il fait l'objet et l'abaissement du seuil de tolérance aux troubles de l'agir et aux conduites externalisées dans une société hypercontrôlée » (Courtois *et al.*, 2007, p. 420). Ces auteurs déplorent aussi le caractère subjectif du trouble qui ne fait pas encore consensus auprès des spécialistes ainsi qu'une absence marquante de standardisation des pratiques, compromettant l'exactitude du diagnostic.

D'abord, une anamnèse devrait être à la base de toute démarche diagnostique car elle aide à préciser l'historique du trouble. Son objectif est de rechercher des antécédents médicopsychologiques et des carences affectives parentales somatiques ou psychiques (Coudert et Rubat, 2011). Le MEQ-MSSS (2003) indique que le processus d'évaluation implique habituellement les observations des parents, des enseignants ou d'autres intervenants scolaire ou communautaire ainsi que d'un ou plusieurs professionnels de la santé comme un omnipraticien, pédiatre, neurologue, pédopsychiatre ou neuropsychologue. Selon Revel-Delhom, Blondet et Lefèvre (2012), ces derniers évaluent les comportements de l'enfant en fonction de ce qu'ils considèrent comme étant normal, attendu ou acceptable pour son âge. L'étude de Roskam *et al.* (2009) rapporte une importante variabilité des jugements évaluatifs entre les parents, les enseignants et les cliniciens. Les informations qu'ils fournissent sont effectivement influencées par leur degré de tolérance, leur expertise individuelle et le contexte dans lequel l'enfant est observé. En général, le parent aura tendance à comparer le comportement de son enfant à celui de ses frères, de ses sœurs ou de ses amis, l'enseignant le comparera au comportement des centaines d'enfants de son âge qu'il côtoie, tandis que le spécialiste l'évaluera d'après ses connaissances

théoriques. Conséquemment, Roskam et ses collaborateurs rappellent l'importance d'avoir recours à une procédure d'évaluation multi-informateurs et multi-méthodes.

Blanchard et Loisel (2008) affirment que chez un enfant atteint du TDAH, les développements cérébral, cognitif, psychoaffectif et comportemental apparaissent en étroite interrelation. Ils recommandent que les spécialistes procèdent à une évaluation clinique complète qui doit comporter : 1) un examen clinique approfondi pour la recherche d'anomalie neurologique ou génétique ; 2) une détermination du développement cognitif : appréciation du langage productif et réceptif, efficacité intellectuelle, détermination du niveau scolaire, etc. ; 3) un bilan par des tests neuropsychologiques (évaluation de l'attention, de la sensibilité aux distractions, de l'efficacité des mécanismes contrôlant l'impulsivité, etc.), psychométriques (évaluation du QI par le *Weschler Intelligence Scale for Children* (WISC-R)) ou projectifs (le *Thematic Apperception Test* (TAT), le Rorschach).

En plus des tests énumérés ci-haut, le MEQ-MSSS (2003) suggère différents outils pour la cueillette d'informations. Parmi ces outils, on retrouve les échelles de comportements dites non spécifiques telles le *Test Observation Form* (TOF) d'Achenbach, l'Échelle d'évaluation des dimensions des comportements (ÉDC) de Bullock et Wilson et le *Parental Stress Inventory* (PSI) d'Abidin. Ces échelles permettent d'évaluer différents comportements de l'enfant afin d'identifier une problématique. On retrouve aussi les échelles de comportements spécifiques qui sont utilisées pour évaluer la présence de comportements associés au TDAH. L'Échelle d'Asselin, l'Échelle de Poulin, les échelles de Connors et le D.A.H. de l'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur sont des exemples de ces évaluations spécifiques. Elles ont toutes été élaborées selon les critères diagnostics du TDAH du DSM-IV, à l'exception de l'échelle de Connors dont la dernière

version, le Conners-3, fait référence au DSM-5 (Multi-Health Systems inc., 2014). Les échelles non spécifiques et spécifiques s'adressent soit aux parents, soit aux enseignants ou aux deux. Le MEQ-MSSS (2003) rappelle que ces échelles de comportements permettent seulement de connaître les perceptions des différentes personnes qui interviennent avec l'enfant. Elles ne justifient pas à elles seules le diagnostic d'un TDAH. Pour établir un diagnostic crédible, les spécialistes doivent interpréter les résultats obtenus après avoir déterminé les causes et procédé à une évaluation médicale complète.

CADDRA (2014b) présente une trousse d'évaluation du TDAH regroupant des outils qui ont été élaborés par cette association et par d'autres auteurs. Cette trousse d'évaluation comprend, entre autres, des formulaires d'évaluation (Formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH), de dépistage (*Weiss Symptom Record*) et de suivi (Inventaire des symptômes du TDAH) ainsi que des échelles d'évaluation (SNAP-IV-26, *Weiss Functional Impairment Rating Scale*). Il est à noter que ces outils correspondent eux aussi aux critères du DSM-IV et que les versions françaises des échelles de Weiss ne sont pas validées.

Les critères du DSM-5 et de la CIM-10 permettent aux spécialistes de poser leur diagnostic. Les critères du DSM-5 qui doivent être présents chez un enfant atteint du TDAH sont:

- Manifestation de six symptômes ou plus (parmi les 9 du trouble d'attention et les 9 de l'hyperactivité-impulsivité) qui ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui ne correspond pas à son niveau normal de développement ;
- Présence de certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité ayant provoqué une gêne fonctionnelle avant l'âge de 12 ans ;

- Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle dans deux types ou plus d'environnements différents (ex. : école, maison, relations interpersonnelles) ;
- Évidence claire d'une altération cliniquement significative du fonctionnement social ou scolaire par un indicatif de gravité du TDAH (*léger, modéré ou grave*) ;
- Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble concomitant et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (APA, 2013a).

Les critères des troubles hyperkinétiques présentés dans la dernière version de la CIM-10, tels que cités par Victoor (2006), sont :

- Manifestation de 6 symptômes ou plus parmi ceux de l'inattention, 3 symptômes ou plus de l'hyperactivité ou 1 symptôme ou plus de l'impulsivité. Les symptômes ont persisté pendant au moins six mois, à un degré mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant;
- Présence des symptômes avant l'âge de 7 ans ;
- Présence du caractère envahissant du trouble où les critères sont remplis dans plus d'une situation (ex. : maison, école ou autre) ;
- Les symptômes sont à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social ou scolaire significative ;
- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un trouble envahissant du développement, d'un épisode maniaque ou dépressif ou d'un trouble anxieux.

### **3.2 Les troubles comorbides**

Il y a présence de comorbidité lorsqu'on dénote deux ou plusieurs troubles en même temps. Selon Juneau et Boucher (2004), plus des deux tiers des élèves ayant un TDAH

manifestent au moins un autre type de trouble. Revel-Delhom *et al.*, (2012) mentionnent que ces troubles affectent le développement de la vie cognitive, émotionnelle et affective des enfants et engendre du stress chronique dans leur vie quotidienne.

Parmi les troubles comorbides, le DSM-5 cite les troubles des conduites, d'opposition avec provocation, anxieux, d'apprentissage et du langage, de l'humeur, obsessionnel-compulsif, du spectre de l'autisme en plus de la dépression et du syndrome de Gilles de la Tourette (APA, 2013b). Plusieurs recherches précisent les pourcentages associés à la prévalence de ces troubles. Par exemple, Elia, Ambrosini et Berrettini (2008) ont établi que 50,7% des enfants atteints du TDAH souffrent aussi du trouble d'opposition avec provocation, 22,7% de dépression et 12,4% de troubles anxieux. De plus, M. Sirois, K. Sirois, Proulx et Lemelin (2013) affirment qu'environ le tiers de ces enfants souffrent d'un trouble des conduites et 20 à 60% présentent des troubles d'apprentissage. Enfin, Revel-Delhom *et al.*, (2012) ajoutent les troubles du sommeil à 50% et les troubles de l'élimination (énurésie) à 30%.

### **3.3 Les symptômes cliniques**

Les symptômes cliniques énumérés ci-dessous sont utilisés par les spécialistes pour poser un diagnostic du TDAH. Les enseignants, parents et spécialistes doivent être conscients que ces symptômes peuvent se manifester chez l'enfant pour différentes raisons, qu'il puisse y avoir présence d'un trouble comorbide et, par conséquent, qu'ils doivent être capables de le dissocier du TDAH afin de bien comprendre et soutenir l'enfant (MECB, 2014). Voici un résumé des symptômes cliniques pour les deux catégories du TDAH, soit 1) l'inattention et 2) l'hyperactivité/impulsivité selon le DSM-5, tel que décrit par Sirois *et al.* (2013). Pour les besoins de ce travail, les détails et exemples destinés aux adultes ont été retirés.

1) L'inattention

Souvent, l'enfant...

- a) ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses devoirs scolaires ou autres activités (ex. : lit mal une question, écrit sans s'auto-corriger, remet un travail incomplet) ;
- b) a du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (ex. : perd le fil de sa lecture, d'une conversation ou d'un cours) ;
- c) semble ne pas écouter quand on lui parle (ex. : a l'air distrait, « dans la lune ») ;
- d) ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires ou tâches. Cela n'est pas dû à un comportement d'opposition ni à une incapacité à comprendre les consignes. (ex. : perd le fil en cours d'exécution, s'éparpille pendant la tâche, abandonne avant d'avoir terminé) ;
- e) a du mal à organiser ses travaux ou activités (ex. : a de la difficulté à accomplir des tâches séquentielles, est désordonné, désorganisé et en retard, gère difficilement son temps) ;
- f) a en aversion, évite ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex. : a de la difficulté à commencer ou terminer le travail scolaire ou les devoirs, fonctionne à la dernière minute) ;
- g) perd les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (ex. : perd ou égare son matériel scolaire, ses lunettes, etc.) ;
- h) se laisse facilement distraire par des stimuli externes (ex. : bruits, conversations, messages électroniques, stimulus visuel) ;
- i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex. : ne se rappelle pas la tâche en cours ou à faire, oublie de se présenter à un rendez-vous, etc.).



## 2) l'hyperactivité-impulsivité :

Souvent, l'enfant...

- a) remue les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège (ex. : pianote avec les doigts, tortille une mèche de cheveux, joue avec son crayon, remue les pieds, fredonne, etc.) ;
- b) se lève en classe ou dans d'autres situations où il est censé rester assis (ex. : quitte sa place en classe) ;
- c) court ou grimpe partout en situations inappropriées (ex. : bouge de façon excessive) ;
- d) a du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou activités de loisir (ex. : besoin d'être en action ou difficulté à tolérer les activités plus calmes ou passives) ;
- e) est très actif ou agit souvent comme s'il était « monté sur des ressorts » (ex. : inconfortable en cas d'immobilité prolongée, comme à l'école, au restaurant ou au cinéma. Donne l'impression d'être pressé, agité ou « difficile à suivre ») ;
- f) parle trop (ex. : parle de façon excessive ou d'un ton qui peut être fort ou dérangeant) ;
- g) laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex. : répond avant la fin de la question, complète les phrases ou coupe la parole aux autres) ;
- h) a du mal à attendre son tour (ex. : est très impatient dans une file d'attente) ;
- i) interrompt ou impose sa présence (ex. : fait des irruptions dans les jeux ou conversations, prend la place des autres, utilise les objets d'autrui sans leur permission).

Le DSM-5 mentionne que les symptômes du TDAH varient d'heure en heure en fonction de la tâche et du contexte, mais ce sont le degré des manifestations, l'incapacité à les contrôler et le niveau de dérangement dans le fonctionnement de la vie courante qui permettent de poser un diagnostic. Les spécialistes doivent apporter trois spécifications au diagnostic : 1) la présentation du trouble, soit à prédominance inattentive, à prédominance hyperactive/impulsive

ou combinée ; 2) la sévérité du trouble selon trois niveaux, soit *sévère, moyenne ou légère* ; 3) l'état de « rémission partielle » si l'ensemble des critères ne sont plus remplis mais que le syndrome entraîne encore des difficultés de fonctionnement social ou scolaire (APA, 2013b).

Les symptômes de la CIM-10, tels que présentés par Victoor (2006), sont les mêmes que ceux du DSM-5. Par contre, le DSM-5 regroupe les symptômes selon les 2 catégories présentées ci-haut tandis que ceux de la CIM-10 sont classés en trois catégories car l'hyperactivité et l'impulsivité sont séparées.

En bref, les procédures d'évaluation du diagnostic sont complexes et les spécialistes doivent être vigilants. Ils doivent procéder à une anamnèse et recueillir des informations à l'aide d'échelles de comportements et de formulaires d'évaluation. Une évaluation clinique complète doit avoir lieu et les tests pour déterminer le développement cognitif et neuropsychologique doivent être faits. Les spécialistes doivent identifier et reconnaître les critères et symptômes du DSM-5 ou de la CIM-10, mais ils doivent aussi différencier les symptômes du TDAH de ceux d'autres troubles et identifier les troubles comorbides qui peuvent être présents chez l'enfant, parallèlement au TDAH.

#### **4- Les interventions**

En milieu scolaire, l'hyperactivité, l'instabilité, la recherche permanente d'un adulte, le retard dans l'écriture ainsi que le refus des limites et de se soumettre aux figures autoritaires peuvent compromettre les apprentissages de l'enfant atteint du TDAH (Courtois *et al.*, 2007). Les prochaines lignes présentent l'approche multimodale ainsi que des stratégies d'inclusion et

d'adaptations concrètes à appliquer en salle de classe pour favoriser la réussite scolaire des enfants présentant un TDAH.

#### **4.1 L'approche multimodale**

L'approche multimodale fait référence à un traitement qui combine la médication et différentes interventions psychosociales et comportementales choisies selon les besoins de l'enfant (MEQ-MSSS, 2003). Elle doit aussi s'étendre sur une longue période de temps pour que l'individu puisse jouir d'une vie raisonnablement satisfaisante et productive (Barkley et Murphy, 2006). Selon le MECB (2014), une combinaison de thérapies individuelles et familiales, l'éducation aux parents, le recours aux groupes de support, un programme d'éducation bien structuré et parfois la médication sont des stratégies à utiliser pour aider à contrôler les symptômes du TDAH. Ce ministère précise que les enseignants, les parents et l'enfant lui-même doivent être bien informés sur le syndrome, le comprendre et l'accepter afin d'appliquer tous ensemble des stratégies gagnantes. L'étude d'envergure présentée par The MTA Cooperative Group (1999) a démontré la supériorité d'une intervention combinée sur l'amélioration des symptômes du TDAH. Une médication minutieusement contrôlée jumelée à un traitement comportemental intensif impliquant les parents, l'école et un spécialiste s'avère plus efficace que d'autres approches isolées, telles les interventions comportementales et les traitements offerts par les services communautaires.

Selon CHEO (2010), les médicaments réduisent les symptômes du TDAH et permettent aux enfants et aux intervenants de mieux concentrer leurs efforts vers des stratégies d'adaptations et comportementales efficaces. Il existe deux types de médicaments :

- Les psychostimulants, comme le méthylphénidate et la dextroamphétamine qui stimulent les centres du cerveau responsables de l'attention et de la maîtrise des impulsions. Ils aident l'enfant à être moins bruyant, dérangeant et distrait en classe, à acquérir de meilleures habiletés sociales et à améliorer sa mémoire à court terme (Coudert et Rubat, 2011).

- Les non stimulants, comme les antidépresseurs tricycliques ou le bupropion, qui inhibent la reprise de la norépinéphrine et la sérotonine, aidant à contrôler les comportements inadéquats. Ils sont souvent prescrits lorsque les psychostimulants offrent peu ou pas d'amélioration ou qu'il y a présence de comorbidité (MEQ-MSSS, 2003).

Selon BC Childrens' hospital (2006), environ les deux-tiers des patients qui prennent des psychostimulants démontrent une amélioration de leurs symptômes. Le MECB (2014) soutient toutefois qu'à eux seuls, les médicaments ne permettent pas à l'enfant de développer les habiletés et connaissances qu'il doit acquérir.

Gonon *et al.* (2010), affirment qu'à long terme, la prise de psychostimulants augmente les risques de souffrir de toxicomanie, de délinquance et d'échecs scolaires. Heureusement, ces auteurs notent que les interventions psychosociales envers les enfants et leurs parents diminuent efficacement ces risques et autres troubles connexes tels l'anxiété, la dépression et les troubles externalisés. Ces interventions sont donc très fortement recommandées dans le traitement du TDAH. Selon BC Childrens' Hospital (2006), les interventions psychosociales et les stratégies de gestion de comportement doivent être bien définies et adaptées aux besoins de chaque individu. Elles visent surtout l'amélioration des relations interpersonnelles et de l'estime de soi par le renforcement positif, des interventions constantes, structurées et routinières, des conséquences

logiques et l'enseignement de stratégies de résolution de problèmes.

Il peut aussi être bénéfique pour l'enfant atteint du TDAH de recevoir une prise en charge psychomotrice lorsqu'il présente des troubles au niveau du schéma corporel ou du contrôle de la motricité fine, ou une prise en charge orthophonique lorsque des symptômes peuvent nuire à l'apprentissage de la lecture (Coudert et Rubat, 2010). De plus, pour les enfants qui démontrent peu d'effets positifs avec la prise de médicaments ou pour ceux dont les parents préfèrent une approche non-médicamentée, l'étude de Nazari, Querne, De Broca et Berquin (2011) prouve que le neurofeedback représente un traitement alternatif efficace. Leur recherche basée sur des tests comportementaux, neuropsychologiques et expérimentaux démontre que les effets positifs du neurofeedback sur les comportements et les fonctions cognitives des enfants atteints du TDAH sont comparables à ceux obtenus avec la prise de psychostimulants.

Celestin-Westreich et Celestin (2005), quant à eux, soulignent l'importance d'intégrer des ajustements cognitivoémotionnels dans les traitements du TDAH. Plusieurs difficultés relationnelles éprouvées par les enfants atteints du syndrome sont effectivement attribuables à un manque de contrôle et une faible capacité de jugement au plan affectif, relationnel et social. Dans cette approche, l'enfant apprend à utiliser les cinq étapes clés en situation problématique: 1) analyser la situation et planifier des réponses possibles; 2) sélectionner la meilleure réponse; 3) inhiber l'exécution des autres options ; 4) maintenir la réponse qui règlera le problème et 5) exercer un rétrocontrôle en fonction de son interprétation des effets contextuels de sa réponse. Ces ajustements permettent à l'enfant d'effectuer des choix d'actions adéquats, minimisant ainsi l'escalade de situations problématiques.

Le MEQ-MSSS (2003) soutient que plusieurs traitements alternatifs sont possibles, mais la plupart doivent être corroborés par d'autres recherches. Par exemple, il note les traitements spécifiques (ex. : contre un empoisonnement au plomb), les diètes alimentaires, l'entraînement par la relaxation et la rétroaction biologique par électromyogramme, la méditation, l'homéopathie, etc.

#### **4.2 L'inclusion des enfants atteints du TDAH en salle de classe**

Le MECB (2008b) définit l'inclusion comme étant un principe visant à « accorder à tous des chances égales d'accès à l'apprentissage et la possibilité de poursuivre leurs buts dans tous les aspects de leur éducation » (p.22), en mettant l'accent sur la participation active et l'interaction avec les pairs. Toujours selon ce ministère, « le système scolaire s'efforce d'établir et de maintenir les conditions susceptibles de favoriser la réussite de tous les élèves et de promouvoir un traitement juste et équitable pour tous » (p. 4). Ainsi, il s'engage à respecter et promouvoir les valeurs énoncées dans les différentes lois liées aux droits de la personne, dont le *BC Human Rights Code* de 1996, et celles liées à l'éducation, comme le *School Act* de la Colombie-Britannique de 2008. Le MECB (2008b) s'attend donc que les écoles de la Colombie-Britannique prennent les mesures nécessaires pour instaurer des cultures scolaires positives et accueillantes en préconisant le respect, l'inclusion sociale, l'impartialité, l'équité, en valorisant la diversité et en défendant les droits de la personne.

Selon Juneau et Boucher (2004), jusqu'à 80% des enfants ayant un TDAH auraient un faible rendement scolaire, malgré leur niveau d'intelligence normal ou supérieur aux autres enfants de leur âge. Le manque d'engagement et une production peu soutenue pourraient expliquer, en partie, les problèmes scolaires qu'ils éprouvent. Or, ces mêmes auteurs soutiennent

que pour augmenter les chances de réussite scolaire de l'élève atteint du TDAH, plusieurs interventions spécifiquement adaptées à ses besoins doivent être mises en place directement en salle de classe. Ces interventions doivent être orientées vers le développement des compétences sociales et des habiletés d'autocontrôle afin d'améliorer le fonctionnement à l'école et donc les chances de succès.

Une étude de Nadeau, Normandeau et Massé (2011) a démontré qu'un programme de consultation individuelle (PCI) pour l'enseignant contribuait à améliorer de façon significative les aptitudes et le rendement scolaire des enfants ayant un TDAH dans leur salle de classe ordinaire en évitant l'aggravation des comportements inappropriés. Le PCI vise l'inclusion de ces élèves et est fondé sur une démarche de résolution de problème et d'évaluation fonctionnelle auprès de l'enseignant. De plus, le programme fournit à ces derniers de l'information sur le TDAH et sur les stratégies comportementales proactives et réactives à intégrer à leur pratique.

#### **4.3 Les adaptations en salle de classe**

D'abord, le guide intitulé *Cadre d'intervention auprès des enfants et des adolescents ayant des besoins particuliers* (MECB, 2008a) rappelle aux enseignants qu'ils ont un rôle important à jouer dans la mise en œuvre du cadre d'intervention. Celui-ci vise à faciliter l'accès à des services de qualité et bien coordonnés pour les enfants à besoins particuliers. Pour ce faire, les enseignants doivent tenir compte des avis, des connaissances et des expériences des autres personnes de la communauté, être à l'écoute des enfants et des familles qui se font entendre et tenir compte des besoins, forces et capacités, des connaissances existantes, des relations et des réalisations déjà en cours dans leur milieu de travail. Le MECB (1995) demande également aux enseignants d'élaborer un plan d'intervention personnalisé (PAP) en collaboration avec les

personnes ressources de l'école, d'appliquer en classe les adaptations spécialisées conçues pour les besoins de l'élève et de se familiariser avec les ressources disponibles dans leur communauté. Ils doivent aussi être capables de cerner la différence entre un manque de compréhension et la désobéissance, et intervenir en conséquence.

En salle de classe, les enseignants peuvent adopter plusieurs stratégies pouvant avoir un impact significatif sur le succès de l'enfant ayant un TDAH. « Il faut avant tout développer un lien et ensuite s'engager dans une entente avec cet élève afin de gagner sa confiance et qu'il accepte de nous suivre dans nos tentatives de trouver « le moyen » qui lui conviendra » (Faculté de Pharmacie de l'UdeM, 2014, p. 11). Les enseignants doivent concentrer leurs efforts sur les forces de l'élève plutôt que sur ses faiblesses en lui faisant découvrir des stratégies valorisant ses habiletés qui lui permettent d'acquérir les compétences de base pour améliorer ses apprentissages (MECB, 1995). La Faculté de Pharmacie de l'UdeM (2014) affirme que les adaptations à mettre en place en salle de classe sont très nombreuses et varient selon le type de diagnostic. Des stratégies pour améliorer le niveau d'attention ou diminuer le niveau d'hyperactivité ou d'impulsivité peuvent être utilisées spécifiquement avec l'enfant ou avec l'ensemble de la classe. D'autres interventions pour favoriser des habiletés générales telles l'autocontrôle, l'organisation de l'espace et du temps, l'autonomie, le respect des règles et des autres, etc. devraient également être mises en place. Voici quelques exemples de stratégies que les enseignants sont encouragés à intégrer à leur pratique quotidienne (MECB, 2014):

- Stratégies de groupe: engager activement les élèves, prévoir des pauses, enseigner les habiletés d'organisation, utiliser des stratégies pour maximiser les interactions positives et minimiser les comportements perturbateurs, utiliser la correction par les pairs, communiquer clairement les règles, attentes et routines, donner des explications multi-



sensorielles, etc.

- Stratégies individuelles : faire un résumé avant et après la leçon, utiliser des aides visuels, des démonstrations, du matériel concret, utiliser un système de code de couleur, prévoir des activités d'échanges, accorder du temps et des ressources supplémentaires, permettre de dicter au lieu d'écrire un test, fragmenter les tâches, établir des buts à court terme et évaluer le progrès régulièrement, utiliser un chronomètre et des programmes adaptés sur l'ordinateur, placer le pupitre à un endroit calme et près du bureau du titulaire, enseigner l'autorégulation et les habiletés sociales, donner des responsabilités qui exploitent les forces et qui font vivre du succès.

Par ailleurs, l'étude de Letarte, Nadeau, Lessard, Normandeau et Allard (2011) sur la collaboration famille-école confirme qu'il s'agit d'une stratégie importante pour favoriser la réussite scolaire des enfants atteints du TDAH. En effet, plus les parents sont présents à l'école et intéressés à créer des liens avec l'enseignant en partageant leurs valeurs et leurs objectifs, plus l'enfant a tendance à fournir un travail de qualité, spécialement ceux présentant des manifestations d'hyperactivité/impulsivité.

En résumé, l'approche multimodale est l'intervention unanimement recommandée dans la littérature pour aider les élèves atteints du TDAH à contrôler leurs symptômes aussi bien à la maison qu'à l'école. Une combinaison de traitements pharmaceutiques, psychosociaux et comportementaux spécifiquement adaptés aux besoins de l'enfant devrait engendrer des résultats positifs pour tous les aspects de la vie de l'enfant et de sa famille. Les enseignants jouent un rôle essentiel pour favoriser l'inclusion et avoir un impact réel sur la réussite scolaire. En Colombie-Britannique, ils peuvent heureusement compter sur l'appui du gouvernement et des autres

professionnels de l'éducation pour appliquer judicieusement et consciencieusement différentes stratégies d'interventions prouvées efficaces pour alimenter le succès des enfants.

### **Conclusion**

En conclusion, cette recension des écrits dresse un portrait général sur le trouble du déficit d'attention/hyperactivité à la lumière des études et documents crédibles sur le sujet. Les informations présentées permettent une meilleure compréhension du trouble, essentielle pour intervenir adéquatement auprès des enfants atteints du syndrome et de leur famille.

Les pages précédentes ont exposé les plus récentes définitions du TDAH selon deux documents reconnus internationalement, soit le DSM-5 et la CIM-10. Les spécialistes de la santé doivent se référer à ces définitions ainsi qu'à leurs critères et symptômes cliniques afin de poser un diagnostic du TDAH adéquat. Ils doivent également analyser l'étiologie du trouble, c'est-à-dire les causes génétiques et les facteurs environnementaux associés aux difficultés de l'enfant en processus d'évaluation. Les spécialistes doivent aussi porter une attention particulière aux autres troubles qui peuvent ressembler au TDAH et ceux qui y sont associés afin d'éviter un faux diagnostic. Une procédure d'évaluation clinique devrait inclure l'historique de l'enfant et de sa famille, un examen médical complet, des observations comportementales venant principalement du milieu familial et scolaire et finalement, une comparaison de tous les résultats obtenus avec les critères et symptômes caractéristiques du TDAH.

Une fois le diagnostic posé, les adultes directement impliqués dans la vie de l'enfant atteint du syndrome doivent prendre les mesures nécessaires pour adapter leurs interventions à

ses besoins spécifiques. Les intervenants doivent prendre le temps de choisir les approches qui auront un véritable impact sur ses symptômes selon les spécificités de son portrait clinique. L'approche multimodale choisie devrait avoir comme but de valoriser l'enfant en exploitant ses forces afin de diminuer la fréquence et l'intensité des comportements inadéquats et toute l'attention négative qui en résulte. L'enfant doit apprendre des stratégies d'autorégulation et développer ses habiletés sociales afin d'alimenter les succès. Les enseignants doivent travailler en collaboration avec leurs collègues et les parents de l'enfant pour établir un plan d'intervention à appliquer quotidiennement en salle de classe. Ainsi, ils adapteront leurs pratiques en conséquence et utiliseront des stratégies assurant l'inclusion totale de l'enfant.

Suite à la lecture de ce travail, un enseignant serait relativement bien outillé pour mieux comprendre les comportements des enfants présentant un TDAH dans sa salle de classe et pour choisir des stratégies adéquates pouvant leur venir en aide. Les informations présentées ci-haut proviennent principalement de références nord-américaines, mais il serait très intéressant et pertinent d'explorer les écrits d'autres pays, comme ceux reconnus pour l'efficacité de leur système scolaire, tel la Finlande. Un partage des savoirs et une conscience planétaire pourrait peut-être renverser la tendance grandissante de la prévalence du TDAH dans un futur rapproché...

## Références

- American Psychiatric Association (APA). (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5<sup>th</sup> ed.). : DSM-5. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013b). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R.A. et Murphy, K.R. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder : A clinical workbook* (3<sup>rd</sup> ed.). New York, NY : Guilford Publications.
- BC Childrens' Hospital. (2006). *Information on Treating ADHD*. Récupéré du site de Vancouver community network : <http://www.vcn.bc.ca/chaddvan/ADHDHandoutSept07.pdf>
- Blanchard, B. et Loisel, Y. (2008). Hyperactivité de l'enfant. Une prise en charge avant tout psychoéducative. *Médecine*, 4(4), 164-167. doi : 10.1684/med.2008.0270
- Bouchard, M.F., Bellinger, D.C., Wright, R.O. et Weisskopf, M.G. (2010). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Urinary Metabolites of Organophosphate Pesticides. *Pediatrics*, 125(6), 1270-1277. doi : 10.1542/peds.2009-3058
- Braun, J.M., Kahn, R.S., Froehlich, T., Auinger, P. et Lanphear, B.P. (2006). Exposures to Environmental Toxicants and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in US Children. *Environmental Health Perspectives*, 114(12), 1904-1909. doi : 10.1289/ehp.9478
- Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance (CADDRA). (2014b). *Trousse d'évaluation du TDAH de CADDRA*. Récupéré du site de l'alliance : [http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/fr\\_caddraGuidelines2011 Toolkit.pdf](http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/fr_caddraGuidelines2011 Toolkit.pdf)
- Celestin-Westreich, S. et Celestin, L.-P. (2005). Ajustements cognitivoémotionnels familiaux face au Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH). *Annales Médico Psychologiques*, 166, 343-349.
- Center for ADHA Awareness, Canada (CADDAC). (2014). *What is Attention Deficit Hyperactivity Disorder ?* Récupéré le 6 juin 2014 sur <http://www.caddac.ca/cms/page.php?67>
- Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO). (2010). *La façon de venir en aide aux enfants et aux adolescents ayant un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention : Renseignements pour les parents et les soignants*. Récupéré du site du centre hospitalier : <http://www.cheo.on.ca/fr/tdah2>
- Coudert, P. et Rubat, C. (2011). Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. *Actualités pharmaceutiques*, 508, 23-28.

- Courtois, R., Champion, M., Lamy, C. et Bréchon, G. (2007). Hyperactivité chez l'enfant : réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 420-427.
- Daoust, J-P.É. (2014, juin). Être attentif au TDAH : Quelques pistes pour s'y retrouver. Aspects évaluatifs [Présentation Power Point]. Communication présentée à la conférence des Journées Montfort 2014, Ottawa, Canada. Récupéré le 4 août 2014 du site de l'Hôpital Montfort : [http://www.hopitalmontfort.com/sites/default/files/PDF/v0205\\_a\\_daoust\\_v2.pdf](http://www.hopitalmontfort.com/sites/default/files/PDF/v0205_a_daoust_v2.pdf)
- Dryer, R., Kiernan, M.J. et Tyson, G.A. (2006). Implicit Theories of the Characteristics and Causes of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Held by Parents and Professionals in the Psychological, Educational, Medical and Allied Health Fields. *Australian Journal of Psychology*, 58(2), 70-82. doi : 10.1080/00049530600730443
- Elia, J., Ambrosini, P. et Berrettini, W. (2008). ADHD Characteristics : I. Concurrent Comorbidity Patterns in Children & Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(15). doi : 10.1186/1753-2000-2-15
- Faculté de Pharmacie de l'Université de Montréal (UdeM). (2014). *OUTIL TDAH en milieu scolaire*. Récupéré du site de l'Université de Montréal dans Papyrus, le dépôt institutionnel numérique : <http://hdl.handle.net/1866/10475>
- Faraone, S.V., Perlis, R.H, Doyle, A.E, Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A. et Sklar, P. (2004). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, (57)11, 1313-1323.
- Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., Epstein, J.N., Barbaresi W.J., Slavica K.K. et Kahn, R.S. (2007). Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US Children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(9), 857-864.
- Gonon, F., Guilé, J.-M. et 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, 273-281.
- Guay, M-C., Lageix, P. et Parent, V. (2006). Proposition d'une démarche évaluative du TDAH. Dans Chevalier, N., Guay, M-C., Achim, A., Lageix P. et Poissant, H. (Dir.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser* (p.4). Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Guay, M-C. et Laporte, P. (2006). Profil cognitif des jeunes avec un TDAH. Dans Chevalier, N., Guay, M-C., Achim, A., Lageix P. et Poissant, H. (Dir.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser* (p.38). Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Juneau, J. et Boucher, L-P. (2004). Le déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) et les comportements violents des jeunes en milieu scolaire : l'état de la question. *Association canadienne d'éducation de la langue française*, 32(1).

- Konofal, E., Lecendreux, M., Arnulf, I. et Mouren, M-C. (2004). Iron Deficiency in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(12). 1113-1115. doi : 10.1001/archpedi.158.12.1113
- Lecendreux, M. (2003). *L'Hyperactivité*. Paris, France : Solar.
- Lecomte, S. et Poissant, H. (2006). Facteurs de risque du TDAH. Dans Chevalier, N., Guay, M-C., Achim, A., Lageix P. et Poissant, H. (Dir.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser* (p.17-18). Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Lemelin, G., Lafortune, D., Fortier, I., Simard, L. et Robaey, P. (2009). Étude du fonctionnement familial et de la symptomatologie des enfants présentant un TDA/H. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 392-403.
- Letarte, M-J., Nadeau, M-F., Lessard, J., Normandeau, S. et Allard, J. (2011). Le rôle de la collaboration famille-école dans la réussite scolaire d'enfants ayant un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. *Service social*, 57(2), 20-36. doi : 10.7202/1006291ar
- Massé, L., Couture, C. et Anciaux, V. (2010). Connaissances et croyances des intervenants des milieux scolaires, de la santé et des services sociaux à l'égard du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 153-179. doi : 10.7202/044802ar
- McGowan, P., Sasaki, A., D'alessio, A.C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G. et Meaney, M.J. (2009). Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor in Human Brain Associates with Childhood Abuse. *Nature neuroscience*, 12, 342-348. doi : 10.1038/nn.2270
- Ministère de l'Éducation de la Colombie-Britannique (MECB). (1995). *Sensibilisation aux problèmes de santé chroniques. Tout ce que l'enseignant doit savoir. Vol. 1 et 2*. Colombie-Britannique : Auteur.
- Ministère de l'Éducation de la Colombie-Britannique (MECB). (2008a) *Cadre d'intervention auprès des enfants et des adolescents ayant des besoins particuliers*. Colombie-Britannique : Auteur.
- Ministère de l'Éducation de la Colombie-Britannique (MECB). (2008b). *La diversité dans les écoles de la Colombie-Britannique. Document-cadre*. Colombie-Britannique : Auteur.
- Ministère de l'Éducation de la Colombie-Britannique (MECB). (2014). *Teaching Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. How Can AD/HD Be Effectively Managed ?* Récupéré le 18 juillet 2014 du site du ministère : <http://www.bced.gov.bc.ca/specialed/adhd/managed.htm>
- Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MEQ-MSSS). (2003). *Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, document de soutien à la formation : connaissances et interventions*. Québec : Auteur.

- Multi-health Systems inc. (2014). Psychological Assessments and Services. Connors 3rd Edition. Récupéré le 28 juillet 2014 du site de la compagnie : <http://www.mhs.com/product.aspx?gr=edu&prod=connors3&id=overview>
- Nadeau, M-F., Normandeau, S. et Massé, L. (2011). Efficacité d'un programme de consultation pour les enseignants du primaire visant à favoriser l'inclusion scolaire des enfants ayant un TDAH. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(2), 146-157. doi : 10.1037/a0024655
- Nazari, M.A., Querne, L., De Broca, A. et Berquin, P. (2011). Effectiveness of EEG Biofeedback as Compared with Methylphenidate in the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : A Clinical Outcome Study. *Neuroscience & Medecine*, 2, 78-86. doi : 10.4236/nm.2011.22012
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Récupéré du site de l'organisation : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr/#/F90-F98>
- Revel-Delhom, C., Blondet, E. et Lefèvre, M. (2012). Conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent ayant un déficit de l'Attention et/ou un problème d'agitation. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis la Plaine, France : *Haute Autorité de santé (HAS)*.
- Richardson, A.J. (2004). Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acids in Childhood Developmental and Psychaitric Disorders. *Lipids*, 39(12), 1215-1222.
- Roskam, I., Stiévenart, M., Meunier, J.-C., Van de Moortele, G., Kinoo, P. et Nassogne, M.-C. (2009). Comment les parents, les enseignants et les cliniciens évaluent les troubles du comportement externalité du jeune enfant? Étude de la variabilité des jugements évaluatifs et de son impact sur le développement de l'enfant. *Pratiques psychologiques*, 16, 389-401.
- Sirois, M., Sirois, K., Proulx, S-P. et Lemelin, S. (2013). Évaluation du TDAH au cabinet : mode l'emploi pour s'en sortir. *Le Médecin du Québec*, 48(8).
- The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073-1086. doi : 10.1001/archpsyc.56.12.1073
- Victoor, L. (2006). Les enfants hyperkinétiques, mythe ou réalité ? *La Revue de la Médecine Générale*, 238, 496-500.