

Évaluation du TDAH au cabinet mode d'emploi pour s'en sortir

2

Michel Sirois, Katia Sirois, Simon-Pierre Proulx et Sophie Lemelin

Vous êtes au service de consultation sans rendez-vous. Évidemment, la salle d'attente est pleine. Nathan, 10 ans, est en 5^e année. Il vient vous voir avec son père, M. Harvey, qui vous demande une ordonnance de psychostimulants, car l'école juge que son fils a un TDAH. Il vous remet un rapport d'évaluation du psychologue scolaire. Vous êtes le médecin de famille de Nathan et le connaissez depuis qu'il est nourrisson. Les parents comptent sur vous pour décider s'ils donneront un médicament ou non à leur fils. Comment allez-vous vous en sortir ?

Diagnostic en cabinet... Utopie ou entreprise réaliste ?

Dans un premier temps, vous expliquez au père que le TDAH n'est pas une urgence médicale et qu'il faut se donner le temps de faire une évaluation approfondie. Vous lui précisez que les tests effectués par le psychologue scolaire sont complémentaires à une évaluation médicale approfondie qui permettra de s'assurer que Nathan a bien un TDAH, et non un autre problème pouvant lui ressembler (*tableau I*)¹.

Au moment de planifier la prochaine rencontre, vous réservez 45 minutes dans votre horaire pour une première étape. Vous en profitez pour remettre au père des documents d'information conseillés par la Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA) ainsi que des

questionnaires (*tableau II*)¹ à remplir par les deux parents. Vous lui demandez aussi d'obtenir les observations d'une enseignante qui connaît bien son fils et les derniers bulletins scolaires de celui-ci en lui rappelant que l'opinion des enseignants est primordiale pour vous². Les renseignements ainsi recueillis vous seront utiles pour poser le diagnostic et rechercher des problèmes concomitants.

Le jour du rendez-vous, vous regardez l'information colligée par les parents et l'enseignante dans un premier temps et remarquez que les trois ont fait sensiblement les mêmes observations. Vous faites ensuite entrer la famille dans votre cabinet. Le père a oublié les bulletins scolaires.

Vous procédez à une anamnèse pour établir le développement psychomoteur de Nathan et ses habitudes de vie. Conformément aux recommandations de la CADDRA, vous recherchez les critères diagnostiques connus du TDAH (*tableau III*)^{3,22} ainsi que les répercussions à l'école, à la maison et sur la vie sociale (voir l'article intitulé : « TDAH : vérités et mensonges », dans le présent numéro). Vous établissez le diagnostic différentiel et vérifiez la présence de problèmes qui peuvent compliquer l'évaluation ou la prise en charge (*tableau I*)¹. Vous portez attention aux indices d'un trouble de l'opposition, très fréquent chez les jeunes atteints de TDAH (*tableau IV*)⁴⁻⁷.

En praticien d'expérience, vous avez à cœur de faire

Le Dr Michel Sirois, médecin de famille, exerce au GMF du Centre médical l'Hétrière et à la Clinique Focus de ce centre, à Saint-Augustin-de-Desmaures. La Dr^e Katia Sirois, neuropsychologue, exerce à la Clinique Focus ainsi qu'à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Le Dr Simon-Pierre Proulx, médecin de famille, pratique au GMF de Loretteville, à Québec. La Dr^e Sophie Lemelin, neuropsychologue, exerce à la Clinique Focus et à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Les formulaires d'évaluation de la CADDRA sont des outils utiles pour le diagnostic de TDAH et la recherche des problèmes concomitants.

Repère

Tableau I

Problèmes pouvant compliquer l'évaluation ou la prise en charge du TDAH¹

Médicaux	Psychiatriques	Autres
⦿ Problèmes cardiovasculaires	⦿ Troubles de l'humeur (portant attention à la maladie bipolaire chez l'adulte)	⦿ Troubles d'apprentissage
⦿ Troubles thyroïdiens	⦿ Troubles anxieux	⦿ Dyslexie, dysorthographe
⦿ Anémie grave	⦿ Troubles psychotiques	⦿ Trouble de communication sociale
⦿ Épilepsie et tics	⦿ Troubles des conduites	⦿ Troubles du langage (ex. : dysphasie)
⦿ Traumatisme craniocérébral	⦿ Toxicomanie	⦿ Troubles du développement de la coordination (ex. : dyspraxie)
⦿ Neurofibromatose	⦿ Trouble d'opposition avec provocation	⦿ Déficience intellectuelle
⦿ Obésité	⦿ Troubles de la personnalité	⦿ Douance, haut potentiel
⦿ Apnée du sommeil	⦿ Troubles du spectre autistique	⦿ Dysfonctionnement familial
⦿ Atteinte visuelle ou auditive		⦿ Abus ou négligence
⦿ Syndrome d'alcoolisme fœtal		⦿ Troubles de l'attachement
⦿ Effets indésirables d'un médicament sur les plans cognitifs ou comportementaux		

participer Nathan à l'entrevue. Vous lui posez donc quelques questions pour vérifier sa compréhension de la démarche en cours. Vous recherchez les éléments affectifs qui peuvent être confondus avec le TDAH ou même l'aggraver, comme l'anxiété de performance et les situations familiales complexes (séparations, conflits, anxiété de séparation). Vous terminez votre consultation par un examen physique complet en insistant sur le volet cardiovasculaire, le poids, la taille, la pression artérielle et le pouls. En l'absence de signes d'appel, il n'y a pas d'indication d'effectuer des examens plus approfondis. Votre opinion diagnostique s'éclaircit et vous pensez que Nathan souffre probablement d'un TDAH avec hyperactivité (*DSM-5*: tableau actuel de type combiné). D'ailleurs, pendant la consultation, il n'a cessé de bouger, de manipuler vos instruments ou de couper la parole à ses parents.

Vous avisez les parents de votre diagnostic probable. Vous soulignez l'importance d'entreprendre une démarche thérapeutique pour éviter le plus possible les complications d'un TDAH non traité⁸. Vous planifiez une prochaine rencontre de trente minutes pour leur expliquer le TDAH et la pertinence du traitement médicamenteux. Vous leur remettez quelques références et des adresses de sites Internet qu'ils pourront consulter avant la prochaine rencontre (voir la chronique : « Allez plus loin grâce à Internet » en page 71). Évidemment, Nathan sera présent.

Sur le pas de la porte, M. Harvey vous mentionne qu'il était exactement comme son fils quand il était enfant. Il constate que son problème est encore invalidant, car il ne peut réaliser son plein potentiel sur le plan profes-

sionnel. En outre, les relations avec son épouse sont souvent tumultueuses. Il souhaiterait être évalué à son tour. Vous posez alors à monsieur quelques questions payantes, auxquelles il répond positivement (*tableau V*)⁹.

Vous lui remettez un ensemble de questionnaires adaptés à l'adulte (*tableau II*)¹ à remplir lui-même et à faire remplir par une personne qui l'a connu enfant et un proche qui le côtoie maintenant. À la prochaine rencontre, vous reprenez le processus en insistant sur les particularités de l'adulte. Chez l'adulte, les symptômes doivent être présents depuis l'enfance, avoir persisté sans rémission à l'adolescence et par la suite. Les répercussions fonctionnelles dans la vie quotidienne, sociale, familiale, scolaire ou professionnelle doivent être présentes¹⁰. Les problèmes pouvant compliquer l'évaluation ou la prise en charge du TDAH chez l'adulte doivent être recherchés (*tableau I*)¹. Comme chez l'enfant, les problèmes concomitants demeurent très fréquents, mais changent de visage (*tableau IV*)⁴⁻⁷.

Comme vous en êtes à vos premières expériences dans l'interprétation de tests psychologiques faits en milieu scolaire, vous demandez à une collègue neuropsychologue de vous aider à interpréter l'évaluation faite par le psychologue de l'école de Nathan.

Les tests psychologiques : éléments-clefs

Votre collègue vous explique que l'évaluation en psychologie permet d'établir le fonctionnement intellectuel de l'enfant et le profil de ses fonctions cognitives supérieures (ex. : attention, mémoire, fonctions exécutives ; voir le supplément en page 69 pour la définition des termes), ce qui complètera votre évaluation

Tableau II

Questionnaires d'évaluation du TDAH¹

Enfant	Adulte	Utilité
SNAP-IV-26 ou inventaire des symptômes du TDAH (actuel)	SNAP-IV-26 (rétrospectif) et inventaire des symptômes du TDAH (rétrospectif et actuel) ASRS (actuel)	Recherche des symptômes du TDAH
Weiss Symptom Record*	Weiss Symptom Record*	Inventaire des symptômes psychiatriques (utile pour la recherche de problèmes concomitants)
Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Report (WFIRS-P)*	Weiss Functional Impairment Rating Scale – Self Report (WFIRS-S)*	Recherche des répercussions fonctionnelles
Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant		Renseignements sur le fonctionnement en classe

* Version française non validée

Note : Tous les questionnaires sont accessibles ici :

- http://caddra.ca/cms4/index.php?option=com_content&view=article&id=305&Itemid=396&lang=fr# (rubrique Formulaires)
- www.attentiondeficit-info.com/questionnaire-tdah.php
- www.cliniquefocus.com/portfolios.php

médicale. Dépendamment des résultats et du profil de l'enfant, le psychologue peut émettre des impressions cliniques sur la possibilité d'un TDAH ou encore d'un trouble psychologique, d'un trouble d'apprentissage ou d'un profil non spécifique. Lorsque l'enfant présente entre autres des difficultés d'apprentissage, une évaluation plus poussée de ses fonctions cognitives supérieures par un neuropsychologue peut être indiquée afin de vérifier si son profil correspond plus spécifiquement à des troubles neuropsychologiques (ex. : dyslexie, dysorthographe, dysphasie).

En général, une évaluation en psychologie scolaire comprend au moins une évaluation du fonctionnement intellectuel, de l'attention et des comportements quotidiens à l'aide de questionnaires ou d'observations en classe.

Le test d'intelligence existe pour tous les âges, le plus utilisé étant de type Weschler (WPPSI-III¹¹ pour les 2 à 6 ans, WISC-IV¹² pour les 6 à 17 ans, WAIS-IV¹³ pour les 16 ans et plus). Les échelles les plus utilisées sont les « échelles de Conners »¹⁴, qui évaluent les comportements. Le « Test of Everyday Attention for Children » (TEA-Ch)¹⁵, quant à lui, évalue les tâches d'attention.

Pour obtenir un score d'intelligence global, le « fameux QI », quatre composantes principales (habiletés verbales et perceptives, vitesse de traitement de l'information, mémoire de travail) doivent être évaluées. Cha-

cune comprend des sous-tests spécifiques. Tout comme pour le score global, chaque composante présente un score indicateur d'un niveau de fonctionnement selon la moyenne d'âge de l'individu (*tableau VI*)¹⁶. La plupart du temps, les résultats au test intellectuel permettent d'établir le fonctionnement cognitif et donc le potentiel attendu de l'enfant.

Au test de fonctionnement intellectuel, la mémoire de travail et la vitesse de traitement de l'information sont généralement les composantes les plus sensibles à être rattachées aux difficultés d'attention. Des résultats hétérogènes, c'est-à-dire des composantes variant selon des niveaux différents par rapport à la moyenne, peuvent compliquer l'interprétation globale du fonctionnement intellectuel. Toutefois, l'hétérogénéité des composantes ou une fluctuation importante peut constituer un indicateur de difficultés d'attention ou encore d'apprentissage. Par ailleurs, les résultats aux tests psychométriques mesurant l'attention devraient concorder avec le potentiel intellectuel évalué. Un fonctionnement plus faible aux tests d'attention que le potentiel évalué peut aussi être un indicateur du TDAH^{17,18}.

L'observation des comportements au quotidien est essentielle pour établir le profil de l'enfant. Le questionnaire utilisé en psychologie scolaire est le plus souvent celui de Conners, qui existe en trois versions

Chez l'adulte, les symptômes du TDAH doivent être présents depuis l'enfance et avoir persisté sans rémission à l'adolescence et à l'âge adulte.

Repère

Tableau III

Critères diagnostiques du TDAH^{3,22}

Nous vous proposons de réviser ici les critères diagnostiques du TDAH du *DSM-IV-TR*, qui sont inclus dans le document en ligne *Agir ensemble*²², et de mettre en lumière les différences apportées par la récente parution du *DSM-5*³. La colonne de droite contient des exemples cliniques tirés du *DSM-5* et de l'expérience clinique des auteurs. Nous vous invitons à consulter la version originale anglaise du *DSM-5*³ en attendant la publication de la traduction française, qui devrait paraître en 2015 selon l'American Psychiatric Association.

Le *DSM-5* souligne le fait que les symptômes du TDAH varient en fonction de la tâche et du contexte. Par exemple, gérer une situation d'urgence est plus facile pour une personne atteinte du TDAH que poursuivre une tâche qui demande une attention soutenue, particulièrement lorsqu'elle est peu intéressante ou répétitive. Les symptômes de TDAH sont souvent plus marqués à l'école ou au travail qu'en situation de loisir.

Le *DSM-5*³ propose les mêmes listes de symptômes que la précédente version, mais des exemples de comportements chez l'enfant comme l'adulte ont été ajoutés, ce qui permet aux cliniciens de mieux repérer les symptômes caractéristiques du TDAH à travers les âges.

DSM-IV-TR

Changements du DSM-5³ et exemples de comportement

A Présence soit de 1, soit de 2

1 - Inattention :

Six des symptômes suivants (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Le seuil minimal* du nombre de symptômes exigé pour poser le diagnostic de TDAH varie selon l'âge :

- ≤ 16 ans : 6 symptômes ou plus ;
- ≥ 17 ans : 5 symptômes ou plus.

a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités

Ex. : mal lire une question, écrire sans s'auto-corriger, ne pas signer un chèque, remettre un travail incomplet.

b) souvent, a du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux

Ex. : perdre le fil de sa lecture, d'une conversation ou d'un cours.

c) souvent, semble ne pas écouter quand on lui parle personnellement

Ex. : avoir l'air distrait, « dans la lune ».

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 (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition ni à une incapacité à comprendre les consignes)

Ex. : perdre le fil en cours d'exécution, s'éparpiller pendant la tâche, abandonner avant d'avoir terminé.

e) souvent, a du mal à organiser ses travaux ou ses activités

Ex. : avoir de la difficulté à accomplir des tâches séquentielles et à maintenir un système d'organisation, être désordonné et désorganisé, gérer son temps avec difficulté, être en retard.

f) souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)

Ex. : fonctionner à la dernière minute, pour le travail scolaire ou de bureau, pour commencer ou terminer la rédaction de rapports, remplir les formulaires, faire ses comptes ou tout autre type de « paperasse ».

g) souvent, perd les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (ex. : jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)

Ex. : perdre ou égarer son matériel scolaire ou ses documents de travail, ses lunettes, ses crayons, son agenda, son téléphone cellulaire, son porte-monnaie, ses clés, ses outils.

h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes

Ex. : être facilement distrait par les bruits, les conversations, les stimulus visuels, les messages électroniques (textos, réseaux sociaux). Éprouver des difficultés à ne pas s'égarer dans ses propres idées, phénomène touchant particulièrement les grands.

i) oublis fréquents dans la vie quotidienne

Ex. : ne pas se rappeler la tâche en cours ou à faire, ne pas rappeler les gens, oublier de faire un achat, de payer les comptes à temps ou de se présenter à un rendez-vous.

2 - Hyperactivité-impulsivité :

Six des symptômes suivants (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Le seuil minimal* du nombre de symptômes exigé pour poser le diagnostic de TDAH varie selon l'âge :

- ≤ 16 ans : 6 symptômes ou plus ;
- ≥ 17 ans : 5 symptômes ou plus.

a) souvent, remue les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège

Ex. : pianoter avec les doigts, tortiller une mèche de cheveux, jouer avec son stylo, remuer les pieds, bouger, se tortiller ou se balancer sur son siège, fredonner.

DSM-IV-TR

Changements du DSM-5³ et exemples de comportement

b) souvent, se lève en classe ou dans d'autres situations où il est censé rester assis	Ex. : quitter sa place en classe, se lever de son poste de travail.
c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)	Ex. : bouger de façon excessive lorsque ce n'est pas approprié : le besoin de courir, de grimper des plus jeunes peut se transformer en grandissant en une sensation d'agitation interne ou de bougeotte inconfortable.
d) souvent, a du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir	Ex. : a un besoin d'être en action ou par une difficulté à tolérer les activités plus calmes ou passives.
e) souvent, est « sur la brèche » ou, souvent, agit comme s'il était « monté sur ressorts »	Ex. : présenter un inconfort net en cas d'immobilité prolongée, comme à l'école, au restaurant, au cinéma ou dans une réunion. Donner l'impression d'être pressé, agité ou « être difficile à suivre ».
f) souvent, parle trop	Ex. : parler de façon excessive ou d'un ton qui peut être fort ou dérangent.
g) souvent, laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée	Ex. : répondre avant la fin de la question, compléter les phrases ou couper la parole dans une conversation.
h) souvent, a du mal à attendre son tour	Ex. : être très impatient dans une file ou dans le trafic.
i) souvent, interrompt les autres ou impose sa présence (ex. : fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)	Ex. : se mêler aux conversations, s'imposer ou prendre la place des autres dans des jeux ou des activités, utiliser les objets d'autrui sans leur permission.

Les exemples suivants sont aussi des comportements impulsifs, mais ne sont pas inclus dans un critère spécifique : agir ou prendre des décisions sans réfléchir aux conséquences ultérieures, comme traverser la rue sans regarder, parler ou acheter impulsivement, accepter ou quitter impulsivement un emploi.

B Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans	<ul style="list-style-type: none"> La notion de trouble développemental est maintenue, mais le seuil pour l'apparition des symptômes est déplacé à 12 ans, ce qui permet de poser plus facilement un diagnostic rétrospectif.
C Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnements différents (ex. : à l'école – ou au travail – et à la maison)	<ul style="list-style-type: none"> Il est important de retracer la présence de symptômes dans au moins deux sphères de la vie, telles que la vie quotidienne, l'école ou le travail ou encore les relations interpersonnelles avec la famille ou les amis.
D On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel	<ul style="list-style-type: none"> Les symptômes doivent interférer avec le fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Comme le DSM-5 n'utilise plus le format multiaxial, l'axe 5 est remplacé par un indicatif de gravité du TDAH (léger, modéré ou grave).
E Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (ex. : trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité)	<ul style="list-style-type: none"> Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un comportement de défiance ou une incapacité à comprendre les directives. Le TDAH peut coexister avec le diagnostic d'autisme et de déficience intellectuelle. Le TDAH peut entraîner des difficultés à moduler les émotions (ex. : seuil plus bas de tolérance à la frustration, irritabilité ou humeur labile).

Sous-types^{*} :

- **Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte** : si à la fois les critères A1 et A2 sont remplis pour les six derniers mois.
- **Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante** : si, pour les 6 derniers mois, le critère A1 est rempli, mais pas le critère A2.
- **Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante** : si, pour les six derniers mois, le critère A2 est rempli, mais pas le critère A1.

Tableau clinique actuel :

- La notion de tableau clinique actuel (dans les six derniers mois) a remplacé celle de sous-types. Le type de tableau peut être combiné (inattention plus hyperactivité-impulsivité) ou associé à une prédominance (inattention ou hyperactivité-impulsivité).

* Pour les personnes ayant déjà satisfait aux critères, dont les symptômes résiduels entraînent des répercussions fonctionnelles actuelles mais dont le nombre est inférieur au nombre minimal exigé, le diagnostic est conservé et nous précisons : TDAH en rémission partielle.

Tableau IV

Problèmes concomitants associés au TDAH par groupe d'âge⁴⁻⁷

Enfant^{4,5}

- Trouble d'opposition avec provocation : de 30 % à 50 %
- Trouble des conduites : le tiers des cas (TDAH-H* surtout)
- Trouble anxieux : de 20 % à 30 % (TDAH-I* surtout)
- Dépression : de 6 % à 30 % des formes mixtes. Antécédents familiaux de dépression souvent associés
- Troubles d'apprentissage : l'estimation de la coexistence du TDAH et des troubles d'apprentissage est de 20 % à 60 %. Données insuffisantes sur la coexistence de troubles d'apprentissage spécifiques
- Problèmes plus complexes : syndrome de Gilles de la Tourette, retard mental, trouble du spectre de l'autisme

Adulte^{6,7}

- Troubles de la maîtrise des impulsions, troubles de la personnalité
- Troubles anxieux : 47 %
- Troubles de l'humeur : 38,3 %
- Troubles du sommeil
- Toxicomanies : 18 %
- Troubles d'apprentissage

*TDAH-H : hyperactivité prédominante ; TDAH-I : inattention prédominante

(parent, enseignant, jeune de plus de 10 ans)¹⁵. Les parents, le jeune lui-même et son enseignant doivent répondre à des questions sur son fonctionnement psychologique, son attention et ses fonctions exécutives dans la vie quotidienne du jeune. Les résultats indiquent si le jeune présente des symptômes cliniquement significatifs d'un TDAH ou d'un autre problème de santé mentale (ex. : anxiété).

Dans le cadre d'une évaluation des fonctions cognitives supérieures faite par un neuropsychologue, d'autres tests psychométriques peuvent être utilisés à l'occasion afin de pointer plus spécifiquement les forces et les faiblesses sur le plan de l'attention, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives (tableau VII)^{12,19,20}. Ces tests sont reconnus comme étant discriminants et révèlent des difficultés spécifiques dans une population clinique²¹.

Pour vous aider dans votre évaluation médicale diagnostique, votre collègue vous informe que vous devez vous concentrer sur les sections du rapport du psychologue s'attardant aux fonctionnements attentionnel, intellectuel et comportemental ainsi que sur les répercussions fonctionnelles. Vous reprenez donc le rapport

Tableau V

Questions à poser à un adulte possiblement atteint de TDAH⁹

Étape 1

- Avez-vous déjà reçu un diagnostic de TDAH ?
- Avez-vous des antécédents familiaux de TDAH (fratrie, enfants, parents ou famille élargie) ?
- Avez-vous eu des difficultés scolaires ?
 - Rêvassiez-vous ou aviez-vous de la difficulté à rester attentif ?
 - Faisiez-vous vos devoirs dans les délais requis ?
 - Interrompiez-vous les autres ?

⇓ Pour toute réponse positive, passer à l'étape 2

Étape 2

- Avez-vous actuellement des difficultés importantes liées à l'étourderie, à l'attention, à l'impulsivité ou à l'agitation qui interfèrent avec vos relations et votre réussite professionnelle ?

⇓ Pour toute réponse positive, passer à l'étape 3

Étape 3

- Effectuer le test de dépistage ASRS (www.caddra.ca/cms4/pdfs/fr_caddraGuidelines2011ASRS.pdf) et une évaluation diagnostique complète

Source : McIntosh D, Kutcher S, Binder C et coll. Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2009 ; 5 : 137-50. Reproduction autorisée.

en vous concentrant sur ces éléments et en surlignant ceux qui sont importants (potentiel intellectuel attendu, différences et fluctuations considérables dans le rendement et répercussions fonctionnelles). Le rapport indique que le fonctionnement intellectuel a été évalué avec l'échelle d'intelligence de type Weschler (WISC-IV)¹² et corrigé en fonction des normes québécoises. Nathan présente ainsi un fonctionnement intellectuel global dans la moyenne (rang centile 66) ainsi qu'un fonctionnement homogène dans la haute moyenne à l'échelle perceptive (rang centile 78) et à l'échelle verbale (rang centile 76). Les sous-échelles de vitesse de traitement de l'information (rang centile 7) et de mémoire de travail (rang centile 9) se situent sous la moyenne et affaiblissent son profil global. Votre collègue neuropsychologue vous précise qu'un résultat plus faible à ces deux dernières composantes comparativement au profil global constitue souvent un signe

Tableau VI

Classification du fonctionnement global en fonction du résultat au test intellectuel¹⁶

Score composite QI	Classification par rapport à la moyenne	Rang centile
130 et plus	Très supérieur	98 ^e et +
120–129	Supérieur	91 ^e –97 ^e
110–119	Haute moyenne	75 ^e –90 ^e
90–109	Moyenne	25 ^e –74 ^e
80–89	Basse moyenne	9 ^e –24 ^e
70–79	Frontière	3 ^e –8 ^e
69 et moins	Extrêmement bas (déficience intellectuelle)	2 ^e et moins

de fluctuation des capacités d’attention et peut venir appuyer un diagnostic de TDAH.

Dans la section du rapport sur l’attention, vous constatez que Nathan a des capacités d’attention fluctuantes. Son résultat au test TEA-Ch (*Test of Everyday Attention for Children*)¹³ varie de « sous la moyenne » à « dans la moyenne supérieure ».

Nathan éprouve des difficultés à maintenir son attention de façon soutenue lors de tâches auditives, mais a des habiletés dans la moyenne pour les tâches visuelles simples. Ce résultat signifie qu’il arrive généralement à garder son attention pendant une période de temps adéquate pour une tâche visuelle. Cependant, il éprouve des difficultés à rester concentré sur des tâches auditives. Il est probable qu’en classe son attention soutenue soit plus fluctuante et faiblement sollicitée. Les capacités d’inhibition et d’attention sélective de Nathan se situent légèrement sous la moyenne. Ses capacités d’attention partagée (faire deux choses en même temps) fluctuent encore de « sous la moyenne » à « dans la moyenne supérieure », sauf pour les tâches auditives pour lesquelles son résultat est plus faible. Ses résultats sont cliniquement significatifs aux sous-échelles d’inattention et d’hyperactivité selon les critères du *DSM-IV-TR* et l’échelle de Conners. Aucun autre symptôme de trouble mental (ex. : anxiété, dépression) n’est relevé. Les parents de Nathan vous signalent que leur fils oublie régulièrement à l’école le matériel scolaire dont il a besoin pour faire ses devoirs

Tableau VII

Tests psychométriques permettant d’évaluer les fonctions cognitives supérieures en fonction du TDAH^{12,19,20}

Nom du test	Fonctions mesurées
Delis-Kaplan Executive Function System ¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Plusieurs sous-tests mesurant les fonctions exécutives : ⊕ Trail Making Test : attention alternée ⊕ Stroop : attention visuelle, inhibition, vitesse de traitement de l’information ⊕ Tour : planification, organisation ⊕ Classification de cartes : planification, organisation
Continuous Performance, de Conners (test informatisé), CPT-II ²⁰	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Inhibition ⊕ Attention visuelle soutenue
Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch) ¹²	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Comprend plusieurs sous-tests : ⊕ Attention auditive soutenue ⊕ Attention visuelle sélective ⊕ Attention partagée ⊕ Inhibition

et ses leçons, qu’il ne peut exécuter qu’une consigne à la fois, qu’il est colérique et se fâche très rapidement et que son entraîneur de soccer lui rappelle souvent d’être plus attentif au jeu.

Ces informations complètent votre évaluation médicale et viennent confirmer que les difficultés d’attention de Nathan diminuent son potentiel intellectuel, ce qui peut nuire à ses apprentissages, et entraînent des répercussions fonctionnelles importantes sur ses habitudes de vie.

LA CONSULTATION avec votre collègue neuropsychologue renforce votre diagnostic de TDAH. Nathan a une intelligence dans la normale. Par contre, sa mémoire de travail et sa vitesse de traitement de l’information sont, selon le test intellectuel, dans la moyenne faible, ce qui signifie qu’elles sont inférieures à son potentiel évalué. Vous n’avez noté aucun indice de problèmes comorbides importants. Vous n’avez pas repéré de troubles du spectre de l’autisme ni de maladie physique, comme l’apnée du sommeil ou des séquelles à la suite d’un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.

Au test intellectuel, la mémoire de travail et la vitesse de traitement de l’information sont généralement les composantes les plus sensibles à être rattachées aux difficultés d’attention.

Repère

Le cas échéant, vous auriez orienté votre patient en spécialité. Les difficultés que connaît Nathan influent à la fois sur son rendement scolaire et sur la vie familiale. Convaincu de votre diagnostic, vous trouvez que vous vous en êtes bien sorti compte tenu de votre horaire chargé ! Comme vous avez fragmenté les consultations et utilisé les questionnaires de la CADDRA, la tâche ne vous a pas semblé trop lourde. Confiant, vous entreprenez maintenant la démarche d'évaluation du père. 📄

Date de réception : le 27 janvier 2013

Date d'acceptation : le 21 mars 2013

Le Dr Michel Sirois a été conférencier pour Janssen en 2012-2013 et a été membre des comités consultatifs de Shire et de Janssen en 2012. Les Drs Katia Sirois et Sophie Lemelin n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel. Le Dr Simon-Pierre Proulx est conférencier pour Janssen et Shire et est membre des comités consultatifs de Janssen et de Novo-Nordisk.

Bibliographie

1. CADDRA. *Lignes directrices canadiennes sur le TDAH*. 3^e éd. Toronto : CADDRA; 2011. Site Internet : www.caddra.ca/cms4/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=353&lang=fr (Date de consultation : le 6 février 2013).
2. Subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder, steering committee on quality improvement and management. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Site Internet : <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/14/peds.2011-2654> (Date de consultation : le 7 février 2013).
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5*. 5^e éd. Washington : American Psychiatric Association; 2013.
4. Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9 (3) : 525-40.
5. Shaywitz BA, Fletcher JM, Shaywitz SE. Defining and classifying learning disabilities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Neurol* 1995; 10 (suppl. 1) : S50-S57. Revue.
6. Kooij JJ, Huss M, Asherson P et coll. Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD. *J Atten Disord* 2012; 16 (5 suppl.) : 3S-19S. Site Internet : http://jad.sagepub.com/content/16/5_suppl/3S (Date de consultation : le 7 février 2013).
7. Babcock T, Ornstein CS. Comorbidity and its impact in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: a primary care perspective. *Postgrad Med* 2009; 121 (3) : 73-82.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. 4^e éd. Washington : American Psychiatric Association; 2000.
9. McIntosh D, Kutcher S, Binder C et coll. Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2009; 5 : 137-50.
10. Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attention-deficit hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (10) : 1301-13.
11. Manly T, Anderson V, Nimmo-Smith I et coll. The differential assessment of children's attention: the test of everyday attention for children

Summary

In-Office Assessment of ADHD: Step-by-Step Approach.

This article describes a method for assessing ADHD in the office by dividing the assessment into two or three steps. The task is simplified with the use of forms developed by different authors and by Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). It is possible to make an accurate diagnosis without overlooking medical conditions, such as sleep apnea, or psychiatric conditions that may mimic ADHD. In adults, bipolar disorder may resemble ADHD. In children, learning disorders, such as the different forms of dyslexia, must be considered. Common comorbid disorders in both children and adults are reviewed. In children, oppositional defiant disorder is prevalent. Adults with ADHD more often experience anxiety disorders. A psychological or neuropsychological assessment completes the medical evaluation.

The items concerning working memory and information processing speed found in intelligence tests and those concerning the executive functions found in psychometric tests are generally the most sensitive to attention function deficits.

- (TEA-Ch), normative sample and ADHD performance. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42 (8) : 1065-81
12. Wechsler D. *WPPSI-III. Échelle d'intelligence de Wechsler pour la période préscolaire et primaire*. Version pour francophones du Canada. 3^e éd. Toronto : Pearson Canada Assessment; 2004.
 13. Wechsler D. *WISC-IV. Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants*. Version 4. 4^e éd. Toronto : Pearson Canada Assessment; 2005.
 14. Wechsler D. *WAIS-IV. Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes*. Version pour francophones du Canada. 4^e éd. (édition de recherche). Toronto : Pearson Canada Assessment; 2010.
 15. Conners K. *Échelles (questionnaires) de Conners*. 3^e éd. Toronto : Pearson Canada Assessment; 2008.
 16. Grégoire J. *L'examen clinique de l'intelligence de l'enfant : fondements et pratique du WISC-IV*. 2^e éd. Bruxelles : Éditions Mardaga; 2009.
 17. Park MH, KweonYS, Lee SJ et coll. Differences in performance of ADHD children on a visual and auditory continuous performance test according to IQ. *Psychiatry Invest* 2011; 8 (3) : 227-33.
 18. Katusic MZ, Voigt RG, Colligan RC et coll. Attention-deficit hyperactivity disorder in children with high intelligence quotient: results from a population-based study. *J Dev Behav Pediatr* 2011; 32 (2) : 103-9.
 19. Delis DC, Kaplan E, Kramer JH. *D-Kefs: Delis-Kaplan Executive Function System*. Toronto : Pearson Canada Assessment; 2001.
 20. Conners CK. *Conners' Continuous Performance Test*. 2^e éd. Version 5. Toronto : Pearson Canada Assessment; 2004.
 21. Holmes J, Gathercole SE, Place M et coll. The diagnostic utility of executive function assessments in the identification of ADHD in children. *Child and Adolescent Mental Health* 2010; 15 (1) : 37-43.
 22. Ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux. *TDAH : Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation : connaissances et interventions*. Gouvernement du Québec; 2003. Site Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/formation.pdf> (Date de consultation : juillet 2013).