

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR
JEANNE LAGACÉ LEBLANC

IMPACTS FONCTIONNELS LIÉS AU TROUBLE DE DÉFICIT DE
L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ CHEZ LES ÉTUDIANTS COLLÉGIENS ET
UNIVERSITAIRES ET LIENS AVEC LA PRISE DE MÉDICAMENTS ET DE
SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

JANVIER 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Depuis les dernières années, les collèges et universités du Québec sont confrontés à une augmentation importante d'étudiants fréquentant leurs services adaptés. En raison de l'obligation qu'ils ont d'offrir des mesures de soutien adaptées aux étudiants, cette augmentation apporte un lot de nouveaux défis pour les établissements postsecondaires au Québec (Ducharme et Montminy, 2012). Ces derniers sont de plus en plus sollicités et amenés à revoir leurs offres de services afin de composer avec l'augmentation de la population émergente et de leurs besoins particuliers, qui sont de plus variés et complexes (Association québécoise interuniversitaire des conseillers aux étudiants en situation de handicap [AQICESH], 2016).

Au cours de l'année 2014-2015, c'est plus de 10 000 étudiants qui se sont inscrits dans les services adaptés des universités québécoises. Cette hausse serait essentiellement attribuable à l'augmentation de la population émergente, laquelle est composée d'une proportion importante d'étudiants ayant un trouble déficitaire d'attention/hyperactivité (TDAH). D'ailleurs, entre 2010 et 2015, le nombre d'étudiants ayant un TDAH, soit la population à l'étude, a connu une hausse de 532 % (AQICESH, 2016). Les meilleures procédures diagnostic et l'application de politiques dans les établissements scolaires primaires et secondaires sont des éléments ayant pu contribuer à cet accroissement (Glass et Flory, 2012). Ces étudiants ayant un TDAH qui se rendent à des niveaux d'études supérieures sont plus susceptibles de vivre différentes difficultés dans plusieurs domaines de leur vie (Fleming et McMahon, 2012). L'environnement postsecondaire

propose des exigences académiques et sociales uniques susceptibles d'entraîner des difficultés chez les étudiants ayant un TDAH (Weyandt et DuPaul, 2013). Ces derniers sont aussi plus à risque d'avoir ou de développer des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues (Rooney, Chronis-Tuscano et Yoon, 2012). À notre connaissance, encore peu de travaux sont disponibles au Québec sur les problèmes d'adaptation de ces étudiants.

Cette recherche vise principalement à améliorer les connaissances de la population des étudiants de niveau postsecondaire ayant un TDAH au Québec. D'abord, l'étude se penche sur la prévalence de l'usage de médicament et de la consommation de substances psychoactives chez cette population. Ensuite, elle s'intéresse aux atteintes fonctionnelles qu'ils peuvent vivre dans plusieurs sphères de leur vie. Enfin, la recherche vise à examiner les interactions entre différentes variables et le fonctionnement de ces personnes.

Les participants de cette étude sont des étudiants âgés en moyenne de 24 ans ($M = 24,1$, $ÉT = 7,06$) et provenant de sept collèges et deux universités du Québec. L'échantillon se compose de 243 étudiants, dont 56,4 % étudient dans un collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP) et 43,6 % à l'université. Les étudiants ont été rejoints par courriel via les services adaptés de leur établissement respectif, afin de répondre aux questionnaires suivants à partir d'une plate-forme informatique mise en ligne : le Questionnaire de renseignements généraux, la version française du *Weiss Functional*

Impairment Rating Scale - Self-report (WFIR-S), le questionnaire *DÉBA-A - Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool (version 1.9)* et le questionnaire, *DÉBA-D - Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Drogues (version 1.8)*.

Les résultats concernant l'usage de médicament s'apparentent à ceux rapportés dans des recherches réalisées sur les campus américains. En effet, nos analyses rapportent que 79,4 % des étudiants interrogés prennent une médication pour le TDAH. De plus, ceux ayant rapportés avoir cessé la prise de médication (15,2 %) mentionnent des effets secondaires trop inconfortables. Contrairement à ce qui est observé pour la population générale des jeunes adultes ayant un TDAH dans les recherches précédentes, la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues de notre échantillon est semblable à la population générale.

Les principaux résultats sur les atteintes fonctionnelles liées au TDAH chez les étudiants collégiens et universitaires montrent qu'elles sont généralement faibles. Toutefois, les atteintes significatives retrouvées sur le plan du concept de soi ainsi que pour certains items fonctionnels montrent l'importance d'offrir un soutien concernant ces aspects afin de soutenir la réussite scolaire et favoriser le bien-être de ces étudiants.

Par ailleurs, la médication semble être un important facteur de protection pour les étudiants postsecondaires ayant un TDAH. En effet, l'absence d'une médication pour le trouble serait liée à de plus grandes atteintes fonctionnelles associées au TDAH.

Significativement plus d'atteintes fonctionnelles sont rapportées chez les étudiants sans médication comparativement à ceux bénéficiant d'un traitement. Les résultats indiquent également que la présence ou non d'une médication semble avoir une influence sur le portrait rapporté en regard des difficultés liées au travail ou aux études ainsi que sur les comportements à risque.

Les étudiants ayant un TDAH et rapportant une consommation à risque d'alcool ou de drogues ont de façon générale plus d'atteintes fonctionnelles dans leur vie que ceux ayant une consommation sans ou à faible risque. Par ailleurs, une consommation à risque d'alcool ou de drogues semble influencer les autres comportements à risque.

Ces résultats montrent l'importance de développer des initiatives psychoéducatives auprès de cette population afin d'améliorer leur adaptation fonctionnelle, en particulier en ce qui concerne le concept de soi et les méthodes de travail, notamment la prise de notes en classe et la réalisation efficace des travaux scolaires.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Contexte théorique	5
La description clinique du TDAH	6
Les dimensions et manifestations	6
L'inattention	7
L'hyperactivité/impulsivité	8
Les critères diagnostiques du TDAH	9
L'épidémiologie	13
Les comorbidités et les problèmes associés	15
Les troubles extériorisés	15
Les troubles intériorisés	17
Les problèmes associés	18
Les hypothèses étiologiques	19
Les modèles explicatifs	20
Le modèle de Barkley	21
Le modèle de Brown	23
Les autres modèles	25
Le TDAH chez les étudiants de niveau postsecondaire	26

La transition vers les études postsecondaires	27
Les impacts fonctionnels reliés au trouble	28
Le domaine scolaire	28
Le domaine social	30
Le domaine du concept de soi	31
Le domaine occupationnel	31
Les troubles du sommeil et la conduite dangereuse	31
La consommation de substances psychoactives chez les étudiants	33
L'usage de substances et le TDAH	34
L'automédication	36
Les traitements et interventions	37
Les traitements pharmacologiques : les médicaments stimulants	37
Les médicaments non stimulants	40
Les traitements psychosociaux et les interventions éducatives	41
Les traitements psychosociaux	41
Les interventions éducatives	43
Les accommodements	44
Les objectifs et les hypothèses de recherches	45
Méthode	48
Les participants	49
Les instruments de mesure	52
Les renseignements généraux	52

La mesure de l'impact fonctionnel	53
La mesure de la consommation d'alcool	54
La mesure de la consommation de drogues	55
Les considérations éthiques	56
L'analyse des résultats	57
Résultats	59
Le portrait pharmaceutique et la consommation de substances psychoactives	60
L'usage de la médication	60
L'usage de l'alcool et des drogues	62
Les impacts fonctionnels liés au TDAH	66
Les domaines fonctionnels	66
Analyse détaillée des atteintes fonctionnelles	67
L'influence de différentes variables sur les domaines fonctionnels	69
L'influence du sexe et du niveau d'étude	69
L'influence de l'usage d'une médication sur les atteintes fonctionnelles chez les étudiants TDAH	71
L'influence de la consommation de substances psychoactives sur les atteintes fonctionnelles chez les étudiants TDAH	72
Discussion	79
La prévalence de l'usage de médicament et de la consommation de substances psychoactives chez les étudiants	81
Les impacts fonctionnels liés au TDAH	85
L'influence du sexe	88

L'influence de la prise de médication sur le bon fonctionnement des étudiants ayant un TDAH	89
L'influence de la consommation d'alcool ou de drogues sur le bon fonctionnement des étudiants ayant un TDAH	90
Forces et limites de l'étude	92
Conclusion	96
Références	103
Appendice A. Questionnaire de renseignements généraux	120
Appendice B. Version française du Weiss Functional Impairment Rating Scale – Self report	124
Appendice C. Questionnaire Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool (DÉBA-Alcool), version 1.9	128
Appendice D. Questionnaire Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Drogues (DÉBA-Drogues), version 1.8	131

Liste des tableaux

Tableau

1	Les critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5	10
2	Répartition des participants selon le sexe et le niveau d'étude	50
3	Répartition de l'échantillon selon le régime d'étude, la situation d'habitation et le régime d'emploi	52
4	Prévalence de l'échantillon selon la prise de médication et le niveau d'étude ...	61
5	Type de médicaments utilisés par les étudiants	62
6	Sévérité de la consommation d'alcool selon le niveau d'étude	63
7	Sévérité de la consommation d'alcool selon la situation d'habitation	64
8	Sévérité de la consommation de drogues selon le niveau d'études	65
9	Scores moyens et écarts-types des différentes échelles du WEISS	67
10	Items considérés comme représentant une atteinte fonctionnelle	68
11	Analyses univariées des échelles fonctionnelles selon le sexe	70
12	Moyennes et écarts-types pour les sept échelles fonctionnelles selon la prise de médication.....	72
13	Comparaison des moyennes a posteriori pour les sept échelles fonctionnelles en fonction de la sévérité de la consommation d'alcool	74
14	Analyse univariée et moyennes des sept échelles fonctionnelles selon le sexe, le niveau d'étude et la consommation à risque	76
15	Comparaison a posteriori des moyennes pour les sept échelles fonctionnelles en fonction de la sévérité de consommation de drogues	78
16	Résumé des hypothèses de recherche	81

Remerciements

Je tiens d'abord à témoigner mon immense reconnaissance envers la précieuse équipe de direction derrière moi depuis le début de ce projet de recherche. Je remercie ma directrice Mme Line Massé qui s'est montrée disponible en tout temps et qui a su me guider et m'épauler dans la réalisation de mes objectifs. Grâce à ses bons mots, positifs et motivants, les défis m'ont paru surmontables. Elle a été un modèle et une source d'inspiration tout au long de mon parcours.

Un merci tout aussi particulier à ma codirectrice, Mme Chantal Plourde pour m'avoir transmis sa précieuse expertise. Sa vision et son regard critique ont certes contribué à bonifier mon projet de recherche.

Enfin, merci à ces deux professeures pour l'accompagnement fourni et pour l'enthousiasme démontré à l'égard de mon projet. Elles m'ont poussée à donner le meilleur de moi-même et à être rigoureuse à chacune des étapes.

Merci à mes très importantes amies Maud et Christina pour leurs encouragements. Sans elles, cette étape de ma vie n'aurait pas été aussi plaisante. Je remercie aussi mes chères amies de Rivière-du-Loup pour leur soutien et leur disponibilité lorsqu'il était temps pour moi de me changer les idées.

Enfin, je souhaite également remercier chaleureusement les membres de ma famille pour leurs constants encouragements tout au long de mes études. Leur appui m'a aidé à persévérer et à réaliser avec succès mes études. Tout particulièrement à mes parents et à mon frère, merci d'être présents et de croire en moi.

En terminant, il m'importe d'exprimer mes remerciements les plus sincères aux personnes des différents milieux d'enseignement qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire. Un merci du fond du cœur aux étudiants qui ont accepté de participer à ce projet de recherche.

Introduction

Depuis les dernières années, les collèges et universités du Québec sont confrontés à une augmentation importante du nombre d'étudiants fréquentant leurs services adaptés apportant un lot de nouveaux défis pour ces établissements postsecondaires (Ducharme et Montminy, 2012). Différentes lois et politiques gouvernementales obligent désormais les établissements scolaires à favoriser, à travers différentes mesures, l'intégration des étudiantes et étudiants en situation de handicap et des clientèles émergentes. Il s'agit, entre autres, de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec et de la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (Bonnelli, Ferland-Raymond et Campeau, 2010). Les collèges et universités du Québec se doivent d'offrir des mesures de soutien adaptées aux étudiants. Les établissements sont donc de plus en plus sollicités et ils sont amenés à revoir leurs offres de services afin de composer avec l'augmentation de la population émergente et de ses besoins particuliers, qui sont de plus en plus variés et complexes (AQICESH, 2016). Cette population émergente regroupe principalement les étudiants ayant un trouble d'apprentissage, un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), un trouble de santé mentale et les étudiants ayant un trouble du spectre de l'autisme.

De façon plus précise, on constate que pour la période entre 1995 et 2007, l'accroissement du nombre d'étudiants en situation de handicap (ESH) a été de 330 % dans le réseau collégial (Bonnelli *et al.*, 2010) et de 200 % dans le réseau universitaire (AQICESH, 2013). Au cours de l'année 2014-2015, c'est plus de 10 000 étudiants qui se sont inscrits dans les services adaptés des universités québécoises (AQICESH, 2016). Cette hausse serait essentiellement attribuable à l'augmentation de la population émergente.

Plus particulièrement, en ce qui concerne le TDAH, les statistiques produites par l'Association québécoise interuniversitaire des conseillers aux étudiants en situation de handicap (2016) rapportent qu'entre 2010 et 2015, le nombre d'étudiants ayant un TDAH a connu une hausse de 532 %. Selon Glass et Flory (2012), cet accroissement du nombre d'étudiants ayant un TDAH dans les universités serait possiblement dû, notamment, à de meilleures procédures sur le plan du diagnostic et à l'application de politiques visant à les soutenir dans les établissements scolaires primaires et secondaires. Il apparaît alors que de plus en plus d'étudiants ayant un TDAH persistent dans leurs études pour se rendre à des niveaux supérieurs.

Par ailleurs, ces derniers sont plus susceptibles de vivre différentes difficultés dans plusieurs domaines de leur vie (Fleming *et al.*, 2012). En raison des exigences académiques et sociales uniques des environnements postsecondaires, les étudiants présentant un TDAH rencontrent des difficultés qui sont propres à ce milieu et à la

période de leur vie (Weyandt et DuPaul, 2013). De plus, les risques d'avoir ou de développer des problèmes en lien avec la consommation d'alcool et de drogues semblent plutôt préoccupants (Rooney *et al.*, 2012). Comme les études empiriques concernant les étudiants ayant un TDAH en sont encore à leurs balbutiements, les chercheurs dans le domaine soulèvent la nécessité et la pertinence de recherches scientifiques supplémentaires afin d'établir un portrait rigoureux et plus exhaustif permettant le développement d'offres de service de qualité (Blase *et al.*, 2009; DuPaul, Weyandt, O'Dell et Varejao, 2009; Katz, Petscher et Welles, 2009; Norwalk, Norvilitis et MacLean, 2009; Rabiner *et al.*, 2009a; Weyandt *et al.*, 2009).

Ainsi, la présente étude a pour but de développer les connaissances à propos des étudiants ayant un TDAH dans les établissements postsecondaires du Québec. Elle s'intéresse plus précisément aux connaissances liées aux atteintes fonctionnelles dans plusieurs sphères de vie chez cette population, à la prévalence de l'usage de médicament et de la consommation de substances psychoactives ainsi que l'interaction de ses variables avec le fonctionnement de l'individu.

Le premier chapitre présente le contexte théorique du mémoire. Ensuite, le deuxième chapitre décrit la méthode utilisée pour cette recherche. Le troisième chapitre fait état des résultats, et le quatrième chapitre en fait la discussion. Finalement, la conclusion détaille les principaux résultats se dégageant de l'étude et cible ses limites de cette recherche. Des pistes pour les recherches ultérieures sont également proposées.

Contexte théorique

Dans un premier temps, ce chapitre propose une synthèse des connaissances sur le TDAH. Plus précisément, on y présente la description du trouble avec ses dimensions et manifestations, son épidémiologie, les comorbidités et les problèmes associés, les hypothèses étiologiques ainsi que les modèles explicatifs du TDAH. Dans un deuxième temps, les résultats de recherches portant sur les étudiants de niveau postsecondaire ayant un TDAH et leurs spécificités sont rapportés. Enfin, ce chapitre se termine avec un bref exposé des traitements recommandés concernant le TDAH chez cette population.

La description clinique du TDAH

Les dimensions et manifestations

Le TDAH apparaît comme un trouble commun et bien reconnu affectant des millions d'enfants, d'adolescents et d'adultes (Roberts, Milich et Barkley, 2015). Ce trouble neuro-développemental est décrit par l'American Psychiatric Association (APA, 2015) comme une tendance persistante des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité qui interfère avec le développement de l'individu. Afin de mieux comprendre ces symptômes, ces derniers sont décrits ci-dessous.

L'inattention. Comme le souligne Rouleau (2010), l'attention est une fonction cognitive essentielle à toute activité de la vie quotidienne, puisqu'elle est la base du traitement de l'information. Donc, toute nouvelle tâche à apprendre ou tout nouveau problème à résoudre implique le contrôle cognitif (Lacroix et Giguère, 2010). Le dysfonctionnement de cette fonction est alors plus susceptible de perturber de façon très importante toutes les habiletés cognitives de l'individu. Afin de mieux comprendre les déficits d'attention, il importe de décrire les quatre types d'attention qui sont susceptibles d'être affectés, soit :

- 1) L'attention dirigée : consiste en la capacité à rester focalisé sur une tâche sans se laisser distraire par les stimuli non pertinents provenant de l'environnement ;
- 2) L'attention partagée : s'exprime par la faculté à traiter simultanément plus d'un stimulus ou d'accomplir plus d'une action ;
- 3) La vigilance : aptitude à reconnaître parmi un ensemble de stimuli, un certain type de stimuli désiré ;
- 4) L'attention soutenue : représente l'habileté à soutenir l'état d'éveil afin de traiter en priorité les informations importantes (Massé, Lanaris et Couture, 2014).

Les déficits sur le plan de l'attention peuvent s'exprimer par une incapacité à focaliser ou à persister dans une tâche, surtout lorsque celle-ci n'est pas assez stimulante ou intéressante (Roberts *et al.*, 2015). D'ailleurs, les individus ayant un TDAH sont plus facilement distraits que leurs pairs n'ayant pas le trouble.

L'hyperactivité/impulsivité. Bien que l'hyperactivité et l'impulsivité soient deux concepts distincts, ils s'avèrent particulièrement liés. La corrélation est suffisamment grande entre les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité pour conclure qu'ils forment un seul et même ensemble de symptômes (Roberts *et al.*, 2015), c'est pourquoi les deux dimensions seront discutées conjointement ci-après. Selon Barkley (1998), les résultats d'études portant sur les analyses factorielles sur les comportements associés au TDAH suggèrent qu'un problème d'inhibition comportementale plus global unit ces symptômes. Les problèmes d'attention seraient secondaires aux problèmes de régulation des comportements plutôt qu'un symptôme primaire. Par conséquent, selon cet auteur, si un enfant hyperactif arrivait à mieux maîtriser ses comportements impulsifs, ses problèmes d'inattention pourraient par le fait même diminuer.

L'hyperactivité fait référence à un niveau excessif d'activités motrices ou verbales chez l'individu (Roberts *et al.*, 2015; Berk et Potts, 1991). Comme le décrit Scholl (2008), dans l'hyperactivité, l'organisation de l'attention se porte simultanément sur tous les stimuli. De plus, pour une personne souffrant d'hyperactivité, l'agitation, la bougeotte, les mouvements du corps brusques et le manque de délicatesse sont des caractéristiques communes. Plus précisément, l'agitation semble plus problématique lorsque l'individu est dans une situation ennuyeuse ou à faible stimulation (Antrop, Roeyers, Van Oost et Buysse, 2000).

L'impulsivité quant à elle, peut être cognitive (difficultés dans l'évaluation de l'éventail de réponses possibles dans des situations de résolution de conflits) ou comportementale (incapacité de corriger ou d'inhiber des comportements verbaux ou physiques inadaptés) (Kendall, Zupan et Braswell, 1981). Les personnes ayant cette prédominance répondent plus rapidement aux situations se présentant à eux, et souvent sans attendre les instructions ou sans réfléchir aux conséquences. Ils sont alors plus sujets à agir sur un coup de tête ou à endommager la propriété ou les biens d'autrui. Ces formes d'impulsivité souvent associées au TDAH impliquent un pauvre contrôle du comportement (mauvais fonctionnement exécutif), une inhibition soutenue plutôt faible, et l'incapacité de retarder une réponse ou de reporter sa satisfaction à un moment adéquat (Roberts *et al.*, 2015).

Les critères diagnostiques du TDAH

Les critères diagnostiques du TDAH ont récemment été mis à jour dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)* (APA, 2015). Cet outil diagnostique se base sur d'importantes données empiriques provenant de centaines d'études scientifiques. Les modifications apportées permettent de caractériser plus précisément l'expérience des adolescents et des adultes atteints de TDAH. Le Tableau 1 présente ces critères diagnostiques.

Plus précisément, les changements par rapport au DSM-IV-TR consistent en : 1) l'ajout d'exemples pour mieux repérer les symptômes caractéristiques du TDAH chez

les adultes, 2) le critère C a été renforcé : plusieurs symptômes (plutôt que certains symptômes) doivent être présents dans deux environnements ou plus, 3) le critère B a été élargi : plusieurs symptômes doivent avoir été présents avant l'âge de 12 ans plutôt que 7 ans, 4) les sous-types ont été remplacés par des spécificateurs qui correspondent directement aux sous-types précédents, 5) un diagnostic concomitant de trouble du spectre de l'autisme est désormais autorisé, 6) le nombre de symptômes qui doivent être présents pour un diagnostic chez l'adulte (17 ans et plus) est fixé à 5 plutôt qu'à 6 tels que fixés pour les plus jeunes.

Tableau 1

Les critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5

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

1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a des effets négatifs directs sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une défiance, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les adolescents les plus âgés et les adultes (17 ans et plus), 5 symptômes ou plus sont exigés.

a. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (ex : néglige ou oublie des détails, le travail n'est pas précis).

b. A souvent du mal à soutenir son attention sur des tâches ou dans des activités de jeux (ex : a du mal à rester concentré durant les cours, les conversations, ou la lecture d'un long texte).

c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex. : l'esprit paraît ailleurs, même en l'absence d'une distraction manifeste).

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 (ex : commence le travail, mais perd vite le focus et est facilement distrait).

Tableau 1

Les critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5 (suite)

-
- e. A souvent du mal à organiser ses travaux et ses activités (ex. : difficultés à gérer des tâches séquentielles ; difficultés à conserver son matériel et ses effets personnels en ordre ; travail en désordre et désorganisé ; a une mauvaise gestion du temps ; ne parvient pas à respecter les délais).
 - f. Souvent évite, a en aversion, ou est réticent à s'engager dans des tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (ex : le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; pour les adolescents et les adultes, préparer des rapports, remplir des formulaires, revoir un long article).
 - g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, travaux écrits, lunettes, téléphone mobile).
 - h. Est souvent facilement distrait par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure des pensées non reliées).
 - i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex. : faire les corvées, les courses; pour les adolescents et les adultes, rappeler quelqu'un, payer les factures, respecter les rendez-vous).

2. *Hyperactivité et impulsivité* : Six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un impact négatif direct sur les activités sociales et académiques/professionnelles:

Remarque : les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement d'opposition, d'une défiance, d'une hostilité, ou de l'incompréhension de tâches ou d'instructions. Pour les adolescents les plus âgés et les adultes (17 ans et plus), 5 symptômes ou plus sont exigés.

- a. Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
 - b. Quitte souvent son siège dans des situations où il est supposé rester assis (ex : se lève de sa place en classe, au bureau ou à son travail, ou dans d'autres situations qui nécessitent de rester en place).
 - c. Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (remarque : chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation).
 - d. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
 - e. Est souvent « sur la brèche », agissant comme s'il était « monté sur ressorts » (ex. : est incapable ou inconfortable de se tenir immobile pendant un long moment, comme dans les restaurants, les réunions ; peut être perçu par les autres comme agité, ou comme difficile à suivre).
 - f. Souvent, parle trop.
-

Tableau 1

Les critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5 (suite)

g.	Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (ex. : termine les phrases de ses interlocuteurs ; ne peut attendre son tour dans une conversation).
h.	A souvent du mal à attendre son tour (ex. : dans une file d'attente).
i.	Interrompt souvent les autres ou s'immisce (ex : fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités ; peut commencer à utiliser les biens d'autrui sans demander ou recevoir leur permission ; pour les adolescents et les adultes, peut s'immiscer et reprendre ce que d'autres font).

B. Plusieurs symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.

C. Plusieurs des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux situations ou plus (ex : à la maison, l'école, ou au travail ; avec des amis ou la famille ; dans d'autres activités).

D. Il est clairement évident que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

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

Spécifications :

Présentation combinée : les critères A1 (inattention) et A2 (hyperactivité-impulsivité) sont remplis pour les 6 derniers mois.

Présentation avec inattention prédominante : le critère A1 est rempli pour les 6 derniers mois, mais pas le critère A2.

Présentation hyperactivité/impulsivité prédominante : le critère A2 est rempli pour les 6 derniers mois, mais pas le critère A1.

Note : Tiré de l'APA (2015), p. 67-69.

L'APA (2015) reconnaît trois profils diagnostiques s'appliquant au TDAH, soit la 1) présentation inattentive prédominante ; 2) présentation hyperactive/impulsive prédominante ; et 3) présentation combinée. Pour avoir un de ses diagnostics, les personnes âgées de moins de 17 ans doivent présenter soit, six symptômes ou plus

d'inattention (présentation inattentive prédominante), six symptômes ou plus d'hyperactivité/impulsivité (présentation hyperactive/impulsive) ou à la fois six symptômes ou plus d'inattention et six symptômes ou plus d'hyperactivité/impulsivité (présentation combinée). Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans et plus), au moins cinq symptômes sont requis. De plus, les symptômes doivent être présents depuis l'âge de 12 ans.

L'épidémiologie

De façon générale, plusieurs études s'accordent pour dire que 5 % des enfants et 2,5 % des adultes ont un TDAH (APA, 2015). Les taux de prévalence du trouble peuvent toutefois varier selon certains facteurs comme le sexe, l'âge et les dimensions du trouble.

À l'enfance, le TDAH apparaît un peu plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. La répartition selon le sexe est d'environ 3 garçons pour 1 fille (Owens, Cardoos et Hinshaw, 2015). Ce taux plus élevé chez les garçons peut être attribuable à une plus grande fréquence de comportements perturbateurs en classe et à la maison durant l'enfance et l'adolescence incitant alors les enseignants ou parents à référer davantage. À l'âge adulte, l'écart observé à l'enfance semble diminuer. En effet, une étude épidémiologique rapporte un ratio de 1,6 homme pour 1 femme (Kessler *et al.*, 2006).

La recherche menée par Biederman, Petty, Evans, Small et Faraone (2010) indique qu'une majorité de personnes continue de présenter un nombre important de symptômes liés au TDAH et à des niveaux de dysfonctionnement élevé à un âge moyen de 22 ans. Des études (Barkley, Murphy et Fischer, 2008; Buitelaar, Kan et Asherson, 2011; Kessler *et al.*, 2006; Sharma et Couture, 2014) ont d'ailleurs montré que les symptômes du TDAH présents à l'enfance persistent à l'âge adulte dans 60 % à 80 % des cas. Néanmoins, les manifestations du trouble se modifient au fil des années. Barkley, Murphy et Fisher (2008) précisent que les symptômes d'hyperactivité/impulsivité déclineraient de manière plus significative que les symptômes d'inattention. En vieillissant, les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité s'exprimeraient différemment au quotidien (Biederman *et al.*, 2010). Dans l'ensemble, les adultes ayant un TDAH témoignent avoir un sentiment subjectif d'agitation et de fébrilité (Bange, 2011). Ils peuvent manifester des signes plus subtils d'agitation physique, tels qu'un tremblement de leurs jambes, une tendance à jouer avec des objets dans leurs mains, à avoir une grande activité verbale et à faire des dépenses impulsives (Wilens *et al.*, 2009; Wilens, Biederman et Spencer, 2002). En ce qui concerne les symptômes d'inattention, les recherches (Barkley *et al.*, 2008; Murphy et Barkley, 1996) semblent indiquer que les adultes présentant un TDAH ressentent plusieurs des mêmes problèmes d'inattention rapportés chez les enfants ayant le trouble. Cela se base, en partie, sur des études utilisant les mêmes mesures neuropsychologiques de l'attention, tels que dans les tâches de réponses manuelles et les tâches de mouvements des yeux (*eye-tracking*) (Roberts, Fillmore et Milich, 2011).

Le TDAH avec la prédominance hyperactivité-impulsivité est la moins fréquente des formes de TDAH, affectant moins de 15 % des individus, alors que le TDAH avec inattention prédominante se retrouve chez 20 à 30 % et le TDAH avec présentation combinée chez 50 à 75 % (Wilens *et al.*, 2009; Wilens *et al.*, 2002). Cette dernière présentation s'avère la plus courante en milieu clinique.

Les comorbidités et les problèmes associés

Dns une recension des écrits au sujet des problèmes associés au TDAH, Pliska (2015) rapporte que la plupart des enfants, des adolescents et des adultes qui répondent aux critères diagnostiques du TDAH répondent aussi aux critères d'au moins un trouble psychiatrique supplémentaire. À ce propos, 67 à 80 % des enfants et 80 % des adultes référés dans un milieu clinique ont au moins un autre trouble et la moitié ont deux autres troubles (Barkley *et al.*, 2008). La prochaine section présente les principaux troubles extériorisés et intériorisés liés aux TDAH ainsi que certains des problèmes associés.

Les troubles extériorisés. Les individus chez qui le TDAH persiste jusqu'à l'âge adulte présentent un risque considérable de développer un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et un trouble des conduites (TC) (Barkley, 2015a). De 24 à 50 % des adultes ayant un TDAH sont susceptibles d'avoir un TOP au cours de leur vie et de 7 à 36 % un TC (Barkley *et al.*, 2008). De plus, le trouble d'utilisation d'une substance (TUS) surviendrait plus fréquemment chez les individus chez qui l'hyperactivité ou le

TDAH persisteraient à l'adolescent ou à l'âge adulte, et ce plus particulièrement ceux qui avaient un TOP dans l'enfance ou un TC à l'adolescence (Barkley, 2015a).

. Ainsi, lorsque le trouble n'est pas traité, le TDAH peut devenir un facteur de risque lié à l'abus de substance (Upadhyaya et Carpenter, 2008; Wilens, 2011). Dans la population clinique des adultes ayant un TDAH, de 21 à 53 % rapportent des problèmes de consommation d'alcool et de 8 à 32 % révèlent d'autres problèmes de substances (Barkley *et al.*, 2008). Le tabac, l'alcool et le cannabis sont les principales substances consommées de manière problématique chez les individus ayant un TDAH (Upadhyaya et Carpenter, 2008).

Des différences sont observées selon le type de présentation du TDAH. Les adultes avec la présentation hyperactivité/impulsivité ou la présentation combiné auraient un risque plus élevé d'abus de substances, de s'engager dans l'usage de la cigarette, d'avoir des comportements dangereux en regard de la conduite d'un véhicule à moteur, des comportements oppositionnels ou antisociaux qui peuvent entraîner des problèmes importants sur les plans de la santé, des relations interpersonnelles ou des problèmes légaux (Klein *et al.*, 2012; Wilens *et al.*, 2002). Les individus avec la présentation combinée auraient également tendance à avoir le plus d'atteintes fonctionnelles liées au TDAH (Owens *et al.*, 2015).

Les troubles intériorisés. L'anxiété est l'une des comorbidités affectant le plus couramment les individus ayant un TDAH. En effet, environ 25 % des enfants ayant un TDAH auraient aussi un trouble d'anxiété, et chez les adultes, ce serait la comorbidité la plus commune (Barkley *et al.*, 2008; Kessler *et al.*, 2006). D'ailleurs, la prévalence chez les adultes varie de 24 à 43 % pour le trouble d'anxiété généralisé et est de 52 % pour un historique d'hyperanxiété (Minde *et al.*, 2003). Certains individus développent des symptômes liés au trouble d'anxiété et au TDAH de façon concomitante, toutefois chez d'autres, l'anxiété est secondaire au TDAH. Dans ce dernier cas, Ramsay et Rostain (2015) émettent l'hypothèse que les liens existant entre le TDAH et l'anxiété reflètent les difficultés liées aux efforts compensatoires d'autorégulation que l'individu doit faire pour compenser ses déficits d'attention, par exemple, les efforts plus grands exigés lors de la lecture ou de l'écoute d'un cours et la peur de ne pas retenir tous les éléments importants.

En ce qui concerne la dépression, approximativement 13 à 45 % des adultes ayant un TDAH présentent aussi un trouble dépressif concurrent (Michielsen *et al.*, 2013). Le risque de développer des symptômes dépressifs semble augmenter avec l'âge chez les adultes ayant un TDAH. L'humeur dépressive peut s'intensifier à la suite de frustrations répétées de la vie et de découragement. Ces individus manifestent une extrême sensibilité à la frustration et à l'échec et abandonnent facilement au premier signe de difficulté (Ramsay et Rostain, 2015).

Les problèmes associés. Les individus ayant un TDAH sont également susceptibles de développer d'autres problèmes d'adaptation. Durant l'enfance, les individus ayant un TDAH sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes sur le plan de la réussite scolaire et de présenter également des troubles d'apprentissage. D'ailleurs, ces problèmes s'associent souvent à des difficultés de lecture (Willcutt *et al.*, 2001). Ces enfants s'avèrent aussi plus susceptibles d'avoir des résultats plus faibles aux tests standardisés et de faire une utilisation plus grande des services scolaires (Loe et Feldman, 2007).

Chez les adultes ayant un TDAH, les recherches ont montré que sur le plan occupationnel, la plupart d'entre eux ne possèdent pas de diplôme d'études collégiales et ont plutôt tendance à occuper un travail manuel (Barkley *et al.*, 2008). Des études longitudinales (Barkley, Fischer, Samllish et Fletcher, 2004; Barkley *et al.*, 2008) ont aussi montré que tout comme les adolescents, les adultes ayant le trouble sont plus à risque de vivre des échecs scolaires, de s'engager dans l'utilisation ou l'abus de substances et d'avoir des comportements antisociaux. D'ailleurs, les adultes ayant un TDAH connaissent des difficultés dans l'organisation et la planification, dans le commencement et l'exécution d'une tâche dans le temps demandé, dans l'autorégulation de l'action et dans l'inhibition de leurs comportements (Solanto, 2015). Ces difficultés correspondent à des fonctions cognitives touchées par le TDAH.

Parmi les autres problèmes associés, une récente étude (Barkley et Murphy, 2010) rapporte que les déficits des fonctions exécutives (par ex. : planification, organisation, inhibition) contribueraient aux difficultés sur les plans professionnel, conjugal et interpersonnel. De plus, de nombreuses preuves existent maintenant démontrant que les enfants et les adultes ayant un TDAH manifestent davantage d'impulsivité émotionnelle (IE) et de déficit d'autorégulation émotionnelle (DESR) (Barkley, 2015b). Le IE-DESR peut se manifester par une faible tolérance à la frustration, de l'impatience, des excès de colère, et par une excitabilité émotionnelle plus grande que normale.

Les hypothèses étiologiques

Dans une recension des écrits sur l'étiologie du TDAH, Barkley (2015c) fait état de travaux qui confirment que les facteurs génétiques et neurobiologiques contribuent considérablement aux symptômes du TDAH et à la cooccurrence du trouble. Les facteurs génétiques expliqueraient près de 80 % des différences individuelles dans les symptômes du TDAH. Les gènes impliqués dans le trouble sont nombreux, cependant la plupart seraient associés aux transporteurs et aux récepteurs de dopamine dans le cerveau (Franke *et al.*, 2012). Les zones cérébrales responsables de l'attention, du sens de l'organisation et du contrôle des mouvements s'activeraient différemment que les personnes n'ayant pas de TDAH. À ce propos, Brown (2013) rapporte que la région préfrontale du cerveau se développerait plus lentement chez les individus ayant un TDAH. De plus, une mauvaise interaction entre le cortex préfrontal et le cervelet, qui

trient les informations à traiter en priorité, empêcherait l'inhibition des réponses et des réactions générées par le cerveau (Sharma et Couture, 2014).

Les facteurs environnementaux partagés (classe sociale, environnement familial) expliqueraient de 0 à 6 % des différences individuelles dans les symptômes du TDAH et les facteurs environnementaux non partagés (lésions neurologiques, exposition) de 9 à 20 % (Barkley, 2015c). L'étude de Burt, Larsson, Lichtenstein et Klump (2012) révèle que l'environnement pourrait influencer l'expression des gènes liés au TDAH, c'est-à-dire que la présence de certains facteurs pourrait exacerber leur expression ou au contraire la diminuer (ex. : la classe sociale, la situation familiale sur le plan éducationnel et professionnel, l'environnement familial en général, etc.).

Les modèles explicatifs

Afin de mieux comprendre le trouble et ses difficultés inhérentes, le modèle explicatif du TDAH de Barkley et celui de Brown semblent à propos. Ces deux modèles explicatifs du TDAH sont les plus reconnus en lien avec le trouble (Ramsay et Rostain, 2015). D'abord, les ressemblances et les différences des deux modèles seront exposées. Ensuite, les modèles explicatifs de chacun sont expliqués en détail ainsi que les autres modèles explicatifs du TDAH émergents.

Tout d'abord, Barkley (2001, 2012) et Brown (2013) considèrent que le TDAH n'est pas un trouble du comportement, mais un déficit dans le développement du

système de gestion du cerveau, plus précisément des fonctions exécutives. Ces dernières travaillent continuellement ensemble pour aider chaque individu à gérer de nombreuses tâches de la vie quotidienne (Barkley, 2012; Brown, 2013). Toutefois, lors de l'analyse de leurs modèles respectifs, on constate des différences plus marquées en regard de trois aspects. En effet, le modèle de Barkley ne s'applique pas aux individus ayant seulement la présentation inattentive prédominante, tandis que Brown inclut tous les types de présentation. Ensuite, Barkley met en évidence la capacité d'inhiber comme principal aspect du TDAH, tandis que Brown voit la capacité d'autoréguler l'action comme l'un des six groupes de symptômes, n'ayant pas de préséance sur les autres. Enfin, Barkley décrit les fonctions exécutives comme des actions exigeant un effort conscient. Il relègue les fonctions moins conscientes, comme la vigilance, l'attention et la mémoire à un niveau qu'il nomme « pré-exécutif » et qu'il considère comme différent des fonctions exécutives. En revanche, Brown fait valoir que les fonctions exécutives opèrent principalement automatiquement chez l'individu, sans choix conscient de sa part (Brown, 2013). Ce qui suit présente sommairement chacun de ces modèles explicatifs ainsi que les autres modèles qui commencent à émerger dans les écrits.

Le modèle de Barkley. Barkley (2012) définit les fonctions exécutives comme « les actions dirigées vers soi que l'individu utilise pour s'autoréguler. En d'autres mots, c'est la régulation de soi au cours du temps qui permet de réaliser et de poursuivre des actions vers l'atteinte d'un but. Selon ses plus récentes recherches (Barkley, 2015d), il existe six fonctions exécutives impliquées dans le TDAH, soit :

- 1) la conscience de soi. Elle est essentielle comme point de départ des fonctions exécutives. C'est dans cette fonction que l'individu prend conscience ou connaissance de l'ensemble de ses états internes et externes, de ses désirs et de ses actions. Elle doit être la première à survenir dans le développement et pourrait bien être la plus importante, car elle sert de précurseur à toutes les autres formes d'autorégulation.
- 2) l'inhibition. C'est la capacité d'arrêter l'action en cours pour permettre aux autres fonctions exécutives de prendre en charge et de guider les comportements futurs.
- 3) la mémoire de travail non verbale. C'est la capacité d'utiliser une représentation mentale passée pour guider ses comportements et ses objectifs. C'est donc la capacité d'évaluer et de comprendre les conséquences futures de ses actions avant de s'y engager.
- 4) la mémoire de travail verbal. C'est la capacité de se parler à soi-même dans sa tête, comme avoir des réflexions, se donner des instructions ou se poser des questions pour résoudre un problème. C'est aussi ce qui permet, lors de la lecture silencieuse, de faire ressortir du contenu sémantique lors de la compréhension de la lecture.
- 5) l'inhibition émotionnelle et l'autorégulation. C'est le contrôle de ses émotions et de sa motivation. C'est aussi faire preuve d'autocontrôle de ses émotions et d'avoir les habiletés pour inhiber une forte émotion, afin d'être en accord avec ses objectifs.

- 6) la planification et la résolution de problèmes. Cette fonction est semblable à un jeu mental. C'est une habileté à manipuler les informations, à les associer et à les organiser afin d'accomplir une tâche pour atteindre nos objectifs.

Plus précisément, pour Barkley (2012), les fonctions exécutives sont une partie intégrante d'une théorie qu'il dit unificatrice où les déficits sous-jacents du trouble découlent de déficits dans l'inhibition comportementale et la mémoire de travail.

Le modèle de Brown. Le modèle théorique de Brown (2013) souligne que les problèmes liés au TDAH concernent l'activation et le maintien de six fonctions exécutives importantes, soit :

- 1) l'activation. Elle représente l'organisation des tâches et du matériel nécessaire pour sa réalisation, l'estimation du temps nécessaire pour effectuer une tâche, la capacité à prioriser une tâche plus importante et à commencer une tâche de travail.
- 2) le focus. C'est la concentration, le maintien de la concentration et la capacité de passer d'une tâche à l'autre. Cela pose souvent problème dans la compréhension de textes, où les individus doivent relire plusieurs fois un même texte pour comprendre et se souvenir de ce dernier.
- 3) l'effort. C'est l'état d'alerte, le maintien de l'effort et la vitesse de traitement. Ceux ayant un TDAH rapportent qu'ils peuvent bien réaliser des projets à court terme, mais qu'ils ont plus de difficultés à fournir un effort soutenu pendant de

longues périodes. Ils trouvent également difficile de réaliser des tâches dans le temps demandé, en particulier lorsqu'ils doivent faire une production écrite. Enfin, plusieurs éprouvent des difficultés chroniques dans la régulation de leur sommeil et de leurs états d'éveil. Ils restent souvent éveillés trop tard parce qu'ils ne peuvent pas arrêter leurs pensées et le matin ils ont des problèmes à se lever.

- 4) la régulation des émotions. C'est la gestion des frustrations et la modulation des émotions. Des difficultés dans cette fonction font en sorte que lorsque l'émotion est trop grande, il devient presque impossible pour l'individu de mettre son attention sur autre chose.
- 5) la mémoire. C'est l'utilisation de la mémoire de travail et de l'accès à certains rappels. La plupart du temps, les individus ayant un TDAH rapportent avoir une bonne mémoire à long terme, mais de grandes difficultés à se rappeler de ce qu'ils doivent faire à court terme ou à se rappeler, par exemple, de l'endroit où ils ont rangé leurs choses.
- 6) l'action. C'est le contrôle et la régulation de son action. Ceux ayant un TDAH sont souvent impulsifs dans ce qu'ils disent ou ce qu'ils font ou vont sauter trop rapidement à des conclusions inexactes. Ils peuvent aussi avoir de la difficulté à modifier leur réponse comportementale dans des circonstances particulières, car ils ne remarquent pas le malaise ou la gêne chez les autres personnes.

Comme il a été présenté précédemment, les lésions présentes dans la région préfrontale du cerveau sont, entre autres, associées à des déficits dans la capacité à

s'organiser, dans l'inhibition comportementale et dans le contrôle des impulsions. Ces déficits sont aussi directement en lien avec les fonctions exécutives. Brièvement, les fonctions exécutives peuvent être décrites comme les capacités nécessaires aux individus pour gérer les tâches orientées vers l'objectif et les tâches déterminées de la vie quotidienne (Suchy, 2009). Par exemple, chez les individus ayant un TDAH, la capacité à organiser ses comportements dans le temps est souvent diminuée, ce qui perturbe la capacité d'enchaîner des actions complexes et de se diriger dans le temps, vers un objectif futur toujours plus éloigné (Barkley, 2015d).

Les autres modèles. Mis à part ces deux modèles, plusieurs autres modèles explicatifs existent dans la littérature. La théorie du dysfonctionnement motivationnel suggère que le TDAH est attribuable à une réponse dysfonctionnelle pour récompenser ou pour punir (Luman, Oosterlaan et Sergeant, 2005). Pour sa part, la théorie de l'intolérance au délai propose que les individus avec un TDAH trouvent l'expérience au délai extrêmement frustrant, ce qui mène à faire des choix qui minimisent le délai, même si une autre option avait pour conséquence une plus grande récompense après un délai plus long (Sonuga-Barke, Sergeant, Nigg et Willcutt, 2008). Ensuite, on constate à partir des résultats de recherches sur les études des impacts cognitifs liés au TDAH que les réponses des personnes atteintes du trouble sont plus lentes lors de l'exécution d'une tâche cognitive et que leur performance est plus variable que celles des individus sans le trouble (Kinsbourne, De Quiros et Tocci Rufo, 2001). C'est le modèle théorique de la variabilité de la réponse. Finalement, d'autres recherches (McGrath *et al.*, 2011;

Shanahan *et al.*, 2006) indiquent que les individus ayant un TDAH présentent des déficits importants sur les mesures de la vitesse d'attribution de noms et dans la vitesse générale de traitement, c'est la théorie du TDAH sur la vitesse de traitement.

Le TDAH chez les étudiants de niveau postsecondaire

À ce jour, la prévalence exacte du TDAH chez les étudiants postsecondaires est encore inconnue, ce en grande partie parce que ces derniers ne sont pas tenus de divulguer aux établissements leur trouble. Bien que le pourcentage d'étudiants recevant des services adaptés est sujet à varier entre les universités, on estime aux États-Unis que deux étudiants sur cinq ayant un trouble quelconque, auraient un TDAH ou un problème d'apprentissage (Guthrie, 2002). En dépit du fait que le nombre exact d'étudiants avec un TDAH ne peut être déterminé, Wolf, Simkowitz et Carlson (2009) avancent qu'environ 25 % des étudiants qui reçoivent des accommodements dans les universités américaines présenteraient cette condition. Concernant la prévalence des symptômes du TDAH chez les étudiants américains, DuPaul et ses collègues (2009) rapportent qu'environ 2 à 8 % des étudiants rapportent des symptômes importants caractérisant le trouble. Au Québec, l'AQICESH (2016) rapporte qu'environ 31 % des étudiants universitaires en situation de handicap en 2014-2015) avaient un TDAH, ce qui représente approximativement 1,5 étudiants sur 5 ayant un TDAH recevant des services adaptés. Comme mentionné précédemment, ces pourcentages ne sont toutefois pas le reflet actuel du nombre d'étudiants ayant été diagnostiqué avec un TDAH (Weyandt et DuPaul, 2013), comme les étudiants ne sont pas tenus de déclarer leur diagnostic.

La transition vers l'âge adulte dans un environnement collégial ou universitaire demande une adaptation importante pour les jeunes ayant un TDAH. Ils doivent s'adapter à de nouveaux environnements et à des groupes sociaux différents. Ils font aussi face à de plus grandes exigences pédagogiques et organisationnelles, souvent associées à une perte brusque de la structure familiale et du support parental. L'adaptation à la vie collégiale ou universitaire pour un étudiant ayant un TDAH apporte donc son lot de défis et peut aussi être très déstabilisante (Landry et Goupil, 2010; Nugent et Smart, 2014). Afin de connaître et de mieux cerner les enjeux auxquels ils font face, cette section présente une description détaillée de cette population.

La transition vers les études postsecondaires

La période adolescence-jeune adulte est selon Klein *et al.* (2012) assez critique pour le développement des troubles associés et pour la trajectoire évolutive de la personne atteinte de TDAH. De plus, il apparaît que les adolescents ayant un TDAH qui graduent des études secondaires ont significativement moins de chance de poursuivre leur étude à des niveaux supérieurs comparativement à leurs camarades n'ayant pas le trouble (Weyandt *et al.*, 2013). Plus particulièrement, les difficultés rencontrées par les étudiants ayant un TDAH lors du passage à l'université peuvent être causées par des limitations dans les fonctions exécutives et sur le plan de l'autorégulation (Fleming et McMahan, 2012).

Par ailleurs, Nelson et Gregg (2012) ont recueilli des données sur l'anxiété et la dépression chez les étudiants du secondaire ayant un TDAH qui sont en transition vers l'université et chez les étudiants collégiens ayant un TDAH. D'abord, leurs résultats révèlent que les étudiants présentent des atteintes fonctionnelles modérées liées au TDAH. Ensuite, leurs résultats reflètent une augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression au cours de la transition entre l'école secondaire et le collège comparativement aux étudiants sans TDAH.

Les impacts fonctionnels reliés au trouble

Bien que les étudiants collégiens et universitaires aient atteint le niveau postsecondaire, ils sont également à risque d'avoir des difficultés dans un bon nombre de domaines de la vie (DuPaul *et al.*, 2009; Green et Rabiner, 2012; Weyandt et DuPaul, 2013). Cette section fait la description des principaux domaines fonctionnels dans lesquels les étudiants ayant un TDAH sont susceptibles de vivre des difficultés importantes.

Le domaine scolaire. Bien que les difficultés sur le plan scolaire ne soient pas exclusives aux étudiants de niveau postsecondaire ayant un TDAH, cette sphère s'en trouve plus affectée pour eux que pour la majorité des étudiants du même niveau (DuPaul *et al.*, 2009; Fleming et McMahon, 2012; Weyandt *et al.*, 2013). En effet, il semble que cette population soit plus à risque d'avoir de mauvais résultats scolaires et de faire face à l'échec que les étudiants de la population générale. D'ailleurs, la recherche

sur ce sujet montre de façon constante que les étudiants ayant un TDAH ont tendance à avoir un rendement scolaire plus faible que leurs pairs sans le trouble (Frazier, Youngstrom, Glutting et Watkins, 2007; Rabiner, Anastopoulos, Costello, Hoyle et Swartzwelder, 2008). Ils auraient aussi davantage de comportements de procrastination, de difficultés avec l'organisation et la gestion du temps, notamment lorsqu'ils doivent terminer leurs examens ou remettre leurs travaux à temps (Fleming et McMahon, 2012). L'étude réalisée par DuPaul *et al.* (2009) montre que les difficultés scolaires sont encore plus présentes à l'université que dans les niveaux scolaires précédents, puisque les étudiants sont souvent en perte de la structure et du soutien familiaux en raison de l'éloignement géographique. De plus, étudier à l'université demande un niveau plus élevé d'organisation et de planification qu'au collège et les horaires universitaires donnent une illusion de temps libres qui favorisent la désorganisation (Landry et Goupil, 2010). Ces éléments rendent plus difficiles l'adaptation et la réussite des étudiants ayant un TDAH dans les établissements postsecondaires. Par ailleurs, le soutien offert à l'intérieur des établissements scolaires pour ces étudiants apparaît essentiel. En effet, les risques d'abandonner leurs cours sont plus élevés lorsque des mesures d'aide ne sont pas offertes pour soutenir les étudiants dans leurs études (Weyandt et DuPaul, 2012).

Enfin, deux études (Frazier *et al.*, 2007; Rabiner *et al.*, 2008) ayant examiné indépendamment les symptômes d'inattention et d'hyperactivité chez les étudiants suggèrent que les comportements inattentifs prédisent les difficultés sur le plan scolaire.

Ces résultats sont comparables à ceux obtenus auprès d'une population adulte ayant un TDAH suggérant que les symptômes inattentifs expliquent les difficultés dans le fonctionnement adaptatif (Stavro, Ettenhofer et Nigg, 2007). On propose enfin que les symptômes d'inattention liés au TDAH interfèrent avec les habiletés essentielles menant à la réussite scolaire au collège.

Le domaine social. Sur le plan du fonctionnement social, les étudiants avec un TDAH éprouvent significativement plus de difficultés que leurs pairs n'ayant pas le trouble (Fleming et McMahon, 2012). La recherche de Shaw-Zirt, Popali-Lehane, Chaplin et Bergman (2005) réalisée auprès d'universitaires ayant un TDAH mentionne que ces derniers rapportent une plus faible adaptation sociale et des compétences sociales moins grandes que leurs pairs du même âge, du même sexe et ayant des résultats scolaires semblables. Cela pourrait affecter leur bien-être psychologique au cours de leurs études. En effet, dans une étude s'intéressant aux expériences qui contribuent à l'évolution du bien-être psychologique au cours de la première année d'université des étudiants de la population générale, Bowman (2010) rapporte que le développement des interactions positives avec les pairs contribue positivement au bien-être des étudiants alors que les relations sociales négatives ont un impact négatif sur le bien-être.

Sur le plan des relations amoureuses, l'étude de Bruner, Kuryluk et Whitton (2015) révèle que les étudiants ayant rapportés des niveaux cliniquement significatifs

d'hyperactivité/impulsivité et d'inattention avaient davantage d'impacts négatifs sur la qualité de leurs relations que ceux dont les symptômes auto-rapportés n'indiquaient aucun diagnostic de TDAH. Les différences quant à la qualité des relations étaient principalement liées aux difficultés de régulation émotionnelles et aux relations hostiles lors de conflits.

Le domaine du concept de soi. Chez les étudiants ayant un TDAH, une estime de soi négative est associée avec des problèmes académiques et sociaux (Fleming et McMahon, 2012). Par ailleurs, les étudiants de niveau postsecondaires ayant un TDAH sont plus susceptibles de révéler des scores plus faibles d'estime de soi par rapport aux étudiants sans le trouble (Shaw-Zirt *et al.*, 2005).

Le domaine occupationnel. Tout comme les adultes ayant un TDAH, les étudiants avec ce trouble sont aussi plus prédisposés à avoir des difficultés à garder un emploi et à être efficaces dans la tâche qui leur est demandée (Shifrin, Proctor et Prevatt, 2010). De plus, aux États-Unis et dans d'autres pays comme la Chine, les difficultés dans le choix d'une carrière et les difficultés sociales et scolaires seraient caractéristiques des étudiants présentant des symptômes de TDAH importants (Norvilitis, Ling et Jie, 2010).

Les troubles du sommeil et la conduite dangereuse. Les individus ayant un TDAH sont plus à risque d'éprouver des problèmes liés à la qualité du sommeil et

d'avoir une conduite automobile dangereuse. D'abord, selon le CHADD (2008), les problèmes pour obtenir un sommeil profond chez les étudiants ayant un TDAH ne sont pas nécessairement dus aux effets secondaires de l'utilisation des médicaments psychostimulants. En effet, l'étude de Gaultney (2014) sur le sommeil chez les étudiants universitaires ayant un TDAH démontre que ces derniers sont plus à risque de souffrir d'insomnie et rapportent moins d'heures de sommeil dans une semaine que leurs pairs n'ayant pas le trouble.

Ensuite, il apparaît y avoir une association entre le TDAH et la conduite automobile dangereuse. Jerome, Habinski et Segal (2006a) avancent que l'inattention et l'impulsivité peuvent causer des problèmes liés à la conduite chez la population ayant un TDAH. Dans une étude de Barkley et Cox (2007), les conducteurs ayant un TDAH manifestaient des temps de réaction plus lents et plus variables entraînant donc davantage d'accidents et d'infractions au Code de la route. Les recherches réalisées auprès d'étudiants ayant un TDAH sont semblables. En effet, ils auraient davantage de problèmes liés à la conduite automobile, tels des excès de vitesse, des suspensions du permis de conduire et des accidents avec un véhicule à moteur (Barkley, Murphy, Dupaul et Bush, 2002; Jerome *et al.*, 2006a) et ils auraient aussi des taux élevés d'agressivité au volant (Richards, Deffenbacher et Rosén, 2002). Par contre, l'utilisation de médicaments stimulants par les jeunes adultes ayant un TDAH aurait des effets positifs sur la capacité à conduire (Jerome *et al.*, 2006b).

La consommation de substances psychoactives chez les étudiants

Tout d'abord, avant de s'attarder aux liens entre le TDAH et la consommation de substances psychoactives chez les étudiants, il importe de connaître le portrait de consommation des étudiants en général. Au Québec, la consommation excessive d'alcool chez les jeunes de 14 à 35 ans a connu une progression marquée au cours de la dernière décennie, passant de 25,1 % en 2000-2001 à 34,9 % en 2011-2012. Les jeunes adultes, âgés de 22 à 27 ans, sont ceux ayant connu la plus forte augmentation sur cette même période (20 %) (Tessier, Hamel et April, 2015). Dans cette même étude produite par l'Institut national de santé publique du Québec, les chercheurs ont fait l'analyse des déterminants associés à la consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois. Leurs résultats indiquent que l'association entre le niveau de scolarité et la consommation d'alcool excessive diffère selon le groupe d'âge étudié. En résumé, les jeunes qui poursuivent leurs études jusqu'à la fin de la vingtaine et le début de la trentaine sont moins portés à consommer de façon excessive. Une autre recherche menée aux États-Unis (McCabe, Boyd, Cranford, Morales et Slayden, 2006) indique que 90 % des étudiants des universités ont signalé consommer régulièrement de l'alcool et 35 % rapportent avoir eu une consommation excessive ou « *binge drinking* » dans les 30 derniers jours (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012). Aussi, les étudiants font état d'un taux plus élevé de problèmes liés à l'alcool que leurs pairs du même âge qui ne sont pas inscrits dans un collège ou une université. Plus préoccupant encore, 31 % des étudiants de collèges américains rapportent des habitudes de consommation qui répondent aux critères diagnostiques de l'abus d'alcool du DSM -

IV¹ et entre 6 % et 8 % ont des habitudes de consommation qui répondent aux critères de dépendance à l'alcool (Knight *et al.*, 2002). Certains auteurs (Mallett *et al.*, 2013) associent la consommation d'alcool au collège à des problèmes comme l'agressivité, les idées suicidaires, les difficultés d'adaptation aux exigences académiques et les problèmes interpersonnels. Enfin, d'autres études mentionnent que la liberté associée avec la transition vers les études post-secondaire est une période dans la vie de l'étudiant pouvant contribuer à une augmentation de l'usage d'alcool et de drogues (Arnett, 2005; White et Jackson, 2004).

L'usage de substances et le TDAH. Les liens entre le TDAH et la consommation d'alcool chez les étudiants ne sont pas clairs. Alors que Blase et ses collègues (Blase *et al.*, 2009) rapporte une consommation d'alcool plus élevée chez les étudiants ayant un TDAH ainsi qu'un risque plus grand que leurs pairs de s'engager dans l'usage de cigarettes et de cannabis, Rabiner et ses collègues (Rabiner *et al.*, 2008) n'ont trouvé aucune différence significative quant à la consommation d'alcool entre les deux groupes. L'étude de Janusis et Weyandt (2010) va dans le même sens. En effet, ils ont trouvé de plus faibles taux de « recherche de sensations » et de « consommation d'alcool et de cannabis » chez les étudiants ayant un TDAH comparativement à ceux sans le trouble. Ainsi, les jeunes poursuivant leurs études pourraient avoir un profil différent de ceux ne poursuivant pas leurs études.

¹ Le DSM 5 ne distingue plus l'abus et la dépendance et combine en un seul diagnostic de trouble d'utilisation de substance (TUS).

Dans un autre ordre d'idée, il semble que les types de symptômes présents chez les étudiants ayant un TDAH puissent influencer la consommation problématique de substance. En fait, les symptômes d'inattention seraient un important prédicteur de l'usage de cigarette et de problème de consommation d'alcool (Glass et Flory, 2012; Mesman, 2015). De plus, DuPaul *et al.* (2009) suggèrent que les étudiants affichant un plus faible contrôle de leurs symptômes sont ceux ayant le plus de risque de s'engager dans l'usage de cigarette et dans la consommation de cannabis et d'autres drogues. Les divergences dans les résultats de ces recherches témoignent de la nécessité d'approfondir les connaissances quant à cette relation.

Enfin, l'abus de médicament existe également chez les étudiants postsecondaires ayant un TDAH (Green et Rabiner, 2012). Il semblerait qu'une proportion importante d'étudiants ayant un TDAH prendraient plus fréquemment leur médication ou en consommeraient à plus grande dose, en combinaison avec des drogues ou de l'alcool ou intentionnellement afin de se droguer (McCabe, Cranford, Teter, Rabiner et Boyd, 2012). L'étude de Sepulveda *et al.* (2011) révèle que sur 55 étudiants collégiens ayant un traitement médical pour le TDAH, environ 36 % rapportent en utiliser une trop grande quantité (ex. : prendre des doses plus grandes ou en faire usage plus fréquemment), 19 % en font une utilisation concomitante avec l'alcool et d'autres drogues et 10 % mentionnent qu'ils ont intentionnellement pris leur médication pour se droguer dans la dernière année. D'autres (Arria *et al.*, 2008) ont trouvé que c'est

approximativement 27 % d'étudiants ayant un TDAH qui ont dévié de leur prescription médicale pour le TDAH dans leur vie.

L'automédication

Bien que cela ne concerne pas spécifiquement les étudiants, des travaux (Glass et Flory, 2012; Green et Rabiner, 2012; Rooney *et al.*, 2012; Wilens *et al.*, 2007) indiquent que le TDAH est fréquemment associé à l'usage du tabac. Or, des hypothèses ont été avancées soulevant le fait que les individus atteints du TDAH « s'automédicamenteraient » avec la nicotine. C'est-à-dire qu'ils s'engagent, dans ce cas-ci dans la consommation de cigarette, pour soulager les symptômes reliés au TDAH (l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité) (Young et Sedgwick, 2015). Ce stimulant aurait pour effet d'améliorer l'humeur et la performance sur le plan de l'attention et de la vitesse de traitement de l'information chez les personnes avec et sans TDAH (Rooney *et al.*, 2012). Dans une autre étude, plus du tiers des adolescents et des jeunes adultes ayant un TDAH rapportaient « s'automédicamenter » pour contrôler leur humeur ou leur sommeil avec des cigarettes, de l'alcool ou d'autres drogues (Wilens *et al.*, 2007). Concernant les étudiants de niveau postsecondaires ayant un TDAH, certaines études (Rooney *et al.*, 2012; Upadhyaya et Carpenter, 2008) révèlent une association entre le TDAH et l'augmentation de la fréquence de l'usage de la cigarette.

Les traitements et interventions

La section qui suit résume les principaux traitements et interventions possibles et préconisées pour les étudiants ayant un TDAH. Il est d'abord question des traitements pharmacologiques et de leurs bénéfices. Ensuite, les traitements psychosociaux et les interventions éducatives sont exposés.

Les traitements pharmacologiques : les médicaments stimulants

Les médicaments de type stimulants s'avèrent être le traitement de première ligne le plus commun pour traiter le TDAH chez les individus de tous les âges (Prince, Wilens, Spencer et Biederman, 2015). Le guide du CADDRA (CADDRA, 2016) sur les traitements pharmacologiques du TDAH répertorie huit types de molécules disponibles au Canada, dont six sont des psychostimulants à base d'amphétamines ou de méthylphénidates. La revue systématique de Chan, Fogler et Hammerness (2016) rapporte des données probantes qui appuient l'utilisation du méthylphénidate à libération prolongée et des formules d'amphétamine, l'atomoxétine et la guanfacine à libération prolongée pour améliorer les symptômes du TDAH chez les adolescents. Chez les adultes, les données sont moins nombreuses, mais il apparaît que ces derniers tolèrent les médicaments stimulants de façon comparable aux enfants (Prince, Wilens, Spencer et Biederman, 2015). Toutefois, en contraste avec les réponses significatives des enfants et adolescents aux médicaments stimulants qui est d'environ 70 %, les résultats des études auprès des adultes sont moins convaincants. En effet, pour ces derniers, les réponses aux médicaments stimulants varient de 25 % (Mattes, Boswell et Oliver, 1984) à 88 %

(Ginsberg *et al.*, 2011). Cette variabilité peut, entre autres, être due aux critères diagnostiques utilisés pour déterminer le TDAH, la variabilité des doses de médicaments, la présence d'une comorbidité et les différentes méthodes d'évaluation de la réponse (Prince, Wilens, Spencer et Biederman, 2015).

Les psychostimulants sont efficaces pour la réduction des symptômes de base du TDAH chez les jeunes adultes et les adultes (Fleming et McMahon, 2012) et améliorent la qualité de vie de la personne. Selon l'étude de Weiss, Fleming et McManon (2010), la prise d'une médication pour le traitement du TDAH a un effet direct sur l'amélioration des symptômes du trouble et sur la qualité de vie. Les psychostimulants sont d'ailleurs les types de médicaments qui sont les plus fréquemment prescrits pour les étudiants ayant un TDAH (DuPaul *et al.*, 2009).

Advokat, Lane et Luo (2011), dans une étude réalisée aux États-Unis, observent que la majorité des étudiants ayant un TDAH (78,3 %) prennent un traitement pharmacologique pour leur trouble et que plus de 90 % de ceux-ci affirment que les médicaments les aident sur le plan académique. Selon eux, la médication leur permet de rester concentrés et éveillés, d'être attentifs, d'éviter les distractions et d'organiser leurs études. Toutefois, les résultats de cette étude rapportent que le traitement pharmacologique n'est pas lié à des différences dans les résultats scolaires chez les étudiants ayant un TDAH comparativement aux étudiants sans le trouble. D'autres études (Blase *et al.*, 2009; Rabiner *et al.*, 2008) indiquent également qu'un traitement

pharmaceutique n'est pas lié à une meilleure adaptation chez les étudiants ou à une diminution des symptômes associés au TDAH. Jusqu'à maintenant, les recherches sur l'efficacité de la médication chez les étudiants ayant un TDAH sont plutôt limitées comparativement à celles disponibles chez les enfants et les adolescents. Green et Rabiner (2012) soulèvent que plusieurs raisons pourraient expliquer que le traitement médical soit moins utile pour les jeunes adultes que pour les enfants ou les adolescents. Parmi les raisons, ils rapportent que les étudiants doivent souvent gérer les symptômes liés au trouble sur une période qui s'étend des cours du matin à tard le soir lors des périodes d'étude. Cette période est plus longue que ce que les stimulants à action prolongée peuvent couvrir (Rabiner *et al.*, 2009b).

Certaines études (Advokat, Lane et Luo, 2011 ; Rabiner *et al.*, 2008 ; DuPaul *et al.*, 2012) réalisées auprès des étudiants ayant un TDAH se sont jusqu'ici penchées sur l'association entre le traitement pharmacologique et la diminution des symptômes liés au trouble ainsi qu'à de meilleurs résultats scolaires. D'autres, comme celle de Baker, Prevatt et Proctor (2012) se sont aussi intéressée aux liens existants entre le traitement pharmacologique et la consommation problématique ou non de substances psychoactives. À cet égard, il n'y a pas d'homogénéité dans les résultats. Alors que l'étude de Wilens (2004) révèle que la prise d'une médication pour traiter le TDAH diminuerait le risque de s'engager dans une trajectoire d'utilisation de substances, d'autres recherches (Baker, Prevatt et Proctor, 2012; Green et Rabiner, 2012) montrent que les étudiants ayant un TDAH qui sont sous l'effet d'un traitement pharmacologique

seraient plus susceptibles d'avoir des comportements associés à une consommation problématique que ceux n'ayant pas de traitement.

Lorsqu'il est question de l'adhérence au traitement, Zetterqvist, Asherson, Halldner, Langstrom et Larsson (2013) ont montré l'existence d'un taux d'arrêt de la médication plus élevé chez les individus âgés de 15 à 21 ans que chez les autres groupes d'âges (8-14 ans et 22-45 ans). Les effets secondaires trop incommodes du traitement seraient une cause d'arrêt de la médication chez la population à l'étude. Ces effets secondaires peuvent se manifester, entre autres, par des maux de tête, de l'irritabilité, une augmentation de la fréquence cardiaque, des nausées, des troubles du sommeil ou un sentiment d'être « antisocial ». Des résultats semblables sont rapportés dans l'étude d'Advokat *et al.* (2011). En effet, sur les 92 étudiants de l'étude ayant un TDAH, 40,2 % mentionnent avoir interrompu leur traitement pharmacologique, et ce, principalement à cause des effets secondaires physiques et psychologiques (43,2 %). Ils indiquent aussi ne pas en ressentir le besoin (29,7 %), parce qu'ils n'en font pas l'usage pendant les vacances et l'été (18,9 %) et en raison du coût (8,1 %).

Les médicaments non stimulants

Pour les individus ayant un TDAH, les médicaments stimulants sont la première ligne de traitement. Toutefois, jusqu'à 30 % des enfants et des adolescents peuvent avoir une réponse inadéquate ou partielle aux stimulants ou ne peuvent pas tolérer les effets secondaires (Pliszka, 2007). Les médicaments non stimulants deviennent alors une

bonne option pour traiter le TDAH. D'ailleurs, plusieurs médicaments non stimulants ont montré une diminution significative de symptômes liés aux TDAH chez l'adulte (Wilens, 2003). Aux États-Unis, les médicaments non stimulants pour les adultes ayant un TDAH comprennent principalement l'atomoxétine, parfois le bupropion et les antidépresseurs tricycliques (Kolar *et al.*, 2008). Au Québec, seulement l'atomoxétine et le guanfacine sont disponibles (CADDRA, 2016).

Les traitements psychosociaux et les interventions éducatives

Les traitements psychosociaux. Plusieurs approches de traitements psychosociaux sont recommandées pour le traitement du TDAH chez les étudiants de niveau postsecondaire. Ces interventions incluent principalement le *coaching*, les interventions cognitivo-comportementales (ICC), comprenant entre autres des stratégies de réduction du stress, de gestion de la colère et de la promotion d'une bonne hygiène de vie (Wolf, Simkowitz et Carlson, 2009). Parmi ces dernières, il semble que l'approche de traitement la plus recommandée pour les étudiants ayant un TDAH soit l'intervention cognitivo-comportementale (ICC) (Weyandt et DuPaul, 2013). Cette approche est conçue pour améliorer les conséquences cognitives, émotionnelles et comportementales du TDAH (par ex. : la procrastination dans la réalisation des travaux). Cependant, à ce jour, aucune étude empirique ne s'est intéressée à l'utilisation de cette approche auprès de la population étudiante de niveau postsecondaire. Toutefois, sans l'avoir encore évalué, Ramsay et Rostain (2006) ont élaboré un plan de traitement pour les étudiants ayant un TDAH avec comme approche l'intervention cognitivo-comportementale.

Une autre intervention souvent recommandée pour les étudiants postsecondaires ayant un TDAH est le *coaching* (Weyandt et DuPaul, 2013). Comme c'est le cas pour l'ICC, le *coaching* ne se concentre pas sur la réduction des symptômes du TDAH en soi, mais consiste plutôt à aider les étudiants à faire face à certains aspects de leur trouble qui interfèrent avec le rendement scolaire et leur adaptation au collège (Swartz, Prevatt et Proctor, 2005). Plus précisément, cette approche aide l'individu à apprendre comment gérer sa vie en utilisant une approche de résolution de problèmes. Prevatt et Levrini (2015) ont développé un modèle empirique du coaching avec les personnes ayant un TDAH. Leur approche utilise des éléments de la théorie cognitivo-comportementale et de la psychoéducation pour cibler les déficits des fonctions exécutives et se concentre sur les principales atteintes de la personne. Cette approche a pu être évaluée aux États-Unis auprès de 148 étudiants universitaires (Prevatt et Yelland, 2015). Les étudiants qui ont reçu le programme de coaching de 8 semaines ont montré une amélioration significative dans 10 domaines d'études et de stratégies d'apprentissage, sur l'estime de soi et sur les mesures de la détresse des symptômes et dans la satisfaction à l'école et au travail.

Enfin, la psychoéducation fournit un cadre pour expliquer et mettre en œuvre plusieurs interventions spécifiques, par exemple dans un programme de type *coaching* la psychoéducation peut commencer dès le départ, mais se poursuit souvent pendant toute la durée du traitement (Prevatt et Levrini, 2015). L'objectif principal de la psychoéducation est d'améliorer la compréhension et la prise de conscience du TDAH

par le client (Estrada et al., 2013). En effet, l'étude d'Estrada et ses collègues (2013) réalisée auprès d'un groupe d'adultes a eu comme résultat des améliorations significatives dans l'inattention, l'hyperactivité, l'impulsivité, l'estime de soi, la qualité de vie et la réduction de la dépression. De plus, c'est en partie la bonne compréhension de leur trouble qui les a aidés à avoir une plus grande motivation à changer.

Les travaux antérieurs (Bramham *et al.*, 2009; Young, Bramham, Gray et Rose, 2008) et le Consensus du Réseau européen TDAH adultes (Kooij *et al.*, 2010) s'accordent tous que la psychoéducation peut donner un aperçu des difficultés passées, diminuer les sentiments de culpabilité et améliorer le fonctionnement général de l'adulte. De plus, comme le mentionne Murphy (2005), plus les personnes comprennent comment le TDAH les affecte, plus ils sont préparés à identifier leurs objectifs prioritaires et à prendre des décisions réalistes au sujet de leur traitement.

Les interventions éducatives. Les interventions éducatives consistent à fournir aux étudiants un enseignement sur certaines sphères de compétences spécifiques (par exemple, les compétences directement enseignées dans un cours) (Weyandt et DuPaul, 2013). Plus précisément, il s'agit d'offrir des moyens d'organisation pour les cours ou les examens ou pour la prise de notes de classe. C'est aussi offrir un soutien continu dans la mise en place de stratégies ou pour mettre en pratique des compétences académiques récemment acquises.

Finalement, il est possible d'utiliser une variété d'interventions éducatives auprès des étudiants ayant un TDAH. Les plus recommandées renvoient principalement aux méthodes d'étude et d'organisation (Weyandl et DuPaul, 2013). De plus, l'assistance technologique, comme des logiciels d'aide, semble aussi avoir un grand potentiel pour répondre aux besoins académiques des étudiants (Hecker, Burns, Elkind, Elkind et Katz, 2002).

Les accommodements. Les accommodements possibles pour les étudiants ayant un TDAH comprennent habituellement du temps supplémentaire ou des pauses pendant les examens, l'utilisation de la vérification orthographique pour le traitement de texte au cours des examens, la possibilité d'être dans un environnement sans distraction pendant l'examen, le soutien pour la prise de notes en classe, et enfin pouvoir bénéficier d'une extension dans les délais de remise de travaux (par exemple : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=3746&owa_no_fiche=33, <http://vie-etudiante.uqam.ca/etudiant-situation-handicap/nouvelles-ressources.html>, <http://www.cegep-ste-foy.qc.ca/services/services-adaptes/>). La décision d'offrir des accommodements aux étudiants devrait être prise selon les difficultés et les besoins propres à l'individu (Wolf *et al.*, 2009). Enfin, dans le portrait des accommodements offerts aux étudiants dans les établissements américains (Weyandt et DuPaul, 2013), les auteurs constatent d'une part qu'il semble y avoir une absence de données empiriques concernant l'efficacité des accommodations chez cette population et qu'un bon nombre d'étudiants n'ont pas accès à ces accommodements. Ils estiment que l'absence de

consensus actuel dans la communauté scientifique en regard des accommodements est en cause.

Finalement, le traitement multimodal est souvent recommandé pour pallier les différents domaines de fonctionnement touchés par le TDAH. La combinaison de traitement la plus commune chez les étudiants ayant le TDAH est composée de la pharmacothérapie, d'accommodements scolaires et d'un traitement psychosocial (Ramsay et Rostain, 2006).

Les objectifs et les hypothèses de recherches

Le présent projet de recherche vise à développer les connaissances à propos des étudiants ayant un TDAH dans les établissements postsecondaires du Québec. De façon plus précise, l'étude s'intéresse aux connaissances liées aux atteintes fonctionnelles dans plusieurs sphères de vie chez cette population. De plus, elle se penche sur la prévalence de l'usage de médicament et de la consommation de substances psychoactives ainsi que l'interaction de ses variables avec le fonctionnement de l'individu. Les objectifs de l'étude tiennent compte de la rareté des recherches réalisées auprès des étudiants collégiens et universitaires ayant un TDAH. Cette étude vise, chez une population québécoise d'étudiants collégiaux et universitaires ayant un TDAH, à :

- 1) Explorer la prévalence de l'utilisation de médication ou son arrêt ;
- 2) Vérifier la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues ;

- 3) Examiner les impacts fonctionnels liés au TDAH, ainsi que l'influence du sexe et du niveau d'étude;
- 4) Explorer l'influence de l'usage d'une médication ou de la consommation de substances psychoactives sur les différentes sphères de leur fonctionnement adaptatif.

L'hypothèse de recherche 1.1 stipule que les étudiants ayant un TDAH auront des atteintes fonctionnelles significatives dans le domaine des études, du fonctionnement social et des comportements à risque. De plus, l'hypothèse 1.2 avance que le sexe et le niveau d'étude influencent le niveau d'atteintes fonctionnelles chez les étudiants. Plus en détail, les étudiants de sexe féminin et les étudiants de niveau universitaires auraient plus d'atteintes fonctionnelles que ceux de sexe masculin et de niveau scolaire collégial.

Enfin, bien que peu de preuves dans la littérature nous permettent jusqu'à maintenant de nous positionner sur l'effet possible de la médication chez les étudiants sur l'amélioration des symptômes, l'hypothèse 2.1 soutient une influence entre la prise d'une médication pour le TDAH et un meilleur fonctionnement global chez l'étudiant ayant un TDAH. Les étudiants ayant un TDAH qui prennent une médication pour leur trouble présenteront un meilleur fonctionnement que ceux sans médication. De plus, l'hypothèse 2.2 stipule que la consommation d'alcool ou de drogues à risque influence le bon fonctionnement chez les étudiants. Donc, que les étudiants ayant un TDAH qui

présentent une consommation d'alcool ou de drogues à risque ont un moins bon fonctionnement que ceux dont la consommation est non à risque ou à faible risque.

La vérification de ces hypothèses contribuera certainement à l'amélioration de nos connaissances sur la population à l'étude et permettra de recueillir quelques pistes d'intervention afin de favoriser un meilleur soutien et un meilleur accompagnement aux étudiants collégiens et universitaires ayant un TDAH.

Méthode

Le présent chapitre présente la méthode utilisée dans le cadre de cette recherche. Les informations pertinentes relatives aux participants, aux instruments de mesure utilisés, aux considérations éthiques ainsi qu'au plan d'analyse font l'objet des prochaines pages.

Les participants

L'échantillon de l'étude a été choisi par convenance. Le recrutement des étudiants collégiaux et universitaires fut réalisé dans neuf établissements postsecondaires québécois, dont sept collèges et deux universités¹. Les établissements proviennent de la région de la Mauricie-Centre du Québec, de Montréal, de La Capitale nationale et du Bas-Saint-Laurent. Aussi, afin de joindre le plus d'étudiants ayant un TDAH, des affiches promotionnelles ont été placées à différents endroits dans les établissements participants. De plus, tous les participants ayant rempli l'ensemble du questionnaire avaient la possibilité de participer à un tirage de deux iPad-mini. Par souci de confidentialité, le contact avec les étudiants s'est fait par le biais des responsables des services adaptés qui ont invités les étudiants à se rendre sur le site Internet du projet de recherche.

¹ Université du Québec à Montréal; Université du Québec à Trois-Rivières; Cégep de Saint-Laurent; Collège de Maisonneuve; Collège Laflèche; Collège Shawinigan; Cégep de Trois-Rivières; Cégep de Sainte-Foy; Cégep de Rivière-du-Loup.

Les participants devaient répondre à trois critères d'admissibilité, soit : 1) être âgé de 16 ans et plus; 2) avoir un diagnostic officiel de TDAH ; 3) être étudiant dans un collège ou une université participante. Au total, 1 398 étudiants ont été rejoints par courriel et invités à participer.

Durant la période de recrutement (mars 2015 à mai 2015), 256 participants ont répondu positivement à notre invitation, soit un taux de réponse de 18,3 %. De ce nombre, 13 personnes ont été retirées de l'échantillon soit parce qu'elles n'avaient pas de diagnostic officiel de TDAH ($n = 6$) ou encore en raison du trop grand nombre de données manquantes ($n = 7$). L'échantillon final se compose de 243 étudiants, dont 56,4 % étudient au CÉGEP et 43,6 % à l'université (âge moyen = 24,1 ans ; $ÉT = 7,06$). Le Tableau 2 présente la répartition de l'échantillon selon le sexe et le niveau scolaire. On constate que pour l'ensemble de l'échantillon, les hommes sont représentés en moins grand nombre (27,6 %) comparativement aux femmes (72,4 %).

Tableau 2

Répartition des participants selon le sexe et le niveau d'étude

	CÉGEP ($n = 137$)		Université ($n = 106$)		Total ($N = 243$)	
	n	%	n	%	n	%
Femmes	106	77,4	70	66,0	176	72,4
Hommes	31	22,6	36	34,0	67	27,6

De plus, l'étude des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (Tableau 3) permet de constater que parmi l'ensemble des répondants, 91,4 % étudient à temps plein, alors que 8,6 % sont aux études à temps partiel. Plus particulièrement parmi ceux à temps partiel, on retrouve davantage d'étudiants universitaires (15,1%) que d'étudiants collégiens (3,6 %).

Parmi les répondants inscrits dans un programme universitaire, 81,1 % évoluent dans un programme de premier cycle (19,8 % au certificat et 61,3 % au baccalauréat) et 18,9 % dans un programme de cycle supérieur (13,2 % à la maîtrise et 5,7 % au doctorat). Parmi les femmes, 85,7 % sont dans un programme de premier cycle et 14,3 % aux cycles supérieurs. Pour ce qui est des hommes, 72,2 % cheminent dans un programme de premier cycle et 27,8 % dans un programme de cycle supérieur.

Sur le plan du travail, 64,2 % des répondants occupaient un emploi lors de la période du recrutement. Parmi ceux-ci, une grande proportion l'occupait à temps partiel (88,9 %). Enfin, les données indiquent que près de la moitié des étudiants habitaient en appartement (42,8 %) ou encore chez leurs parents (41,9 %).

Tableau 3

*Répartition de l'échantillon selon le régime d'étude,
la situation d'habitation et le régime d'emploi*

	<i>n</i>	%
Régime d'étude		
Temps plein	222	91,4
Temps partiel	21	8,6
Régime d'emploi		
Occupe un emploi	156	64,2
Temps plein	17	11,1
Temps partiel	136	88,9
Aucun emploi	87	35,8
Situation d'habitation		
Appartement	104	42,8
Parents	103	42,4
Propriétaire/maison	23	9,5
Chambre	8	3,3
Autre	3	1,2
Résidence universitaire	2	0,8

N = 243

Les instruments de mesure

Quatre instruments de mesure ont été utilisés afin de documenter les variables à l'étude. Ceux-ci sont détaillés ci-dessous.

Les renseignements généraux

Ce premier questionnaire est un questionnaire maison, inspiré de la collecte de donnée d'Advokat, Lane et Luo (2011). Il contient 10 questions à choix de réponses, qui porte sur des renseignements généraux en lien avec le sexe des étudiants, leur âge, leur situation d'habitation, leur niveau scolaire, leur régime d'emploi, la prise de médication

pour le traitement du TDAH ainsi que leur usage de cigarettes, de boissons énergétiques et de café (voir l'Appendice A pour une copie du questionnaire).

La mesure de l'impact fonctionnel

La version française du *Weiss Functional Impairment Rating Scale - Self-report (WFIR-S)* (Weiss, 2011), ci-après nommé WEISS, mesure les impacts fonctionnels du TDAH chez un individu dans différents domaines de fonctionnement. Il comporte 69 items devant être répondus sur une échelle de type Likert à quatre points allant de 0 (« jamais ou pas du tout ») à 3 (« très souvent ou de façon grave »). Une copie de l'instrument se retrouve à l'Appendice B. Les qualités psychométriques rapportées ci-dessous proviennent de l'échantillon francophone¹. La consistance interne est jugée très bonne (*Alpha de Cronbach* = 0,828). Ces résultats sont similaires à la version anglophone (*Alpha de Cronbach* = 0,9) (Weiss, 2011). Les items se répartissent en sept échelles de domaine fonctionnel : famille (8 items, $\alpha = 0,814$), travail (11 items, $\alpha = 0,799$), études (10 items, $\alpha = 0,804$), aptitudes à la vie quotidienne (12 items, $\alpha = 0,780$), concept de soi (5 items, $\alpha = 0,814$), fonctionnement social (9 items, $\alpha = 0,797$) et comportements à risque (14 items, $\alpha = 0,825$). Enfin, le domaine évalué est considéré comme représentant un impact fonctionnel si ce domaine comprend au moins deux items notés 2 ou un item noté 3 ou une moyenne supérieure à 1,5. Tout item noté 2 ou 3 représente cliniquement un impact fonctionnel. L'échelle *comportements à risque* est l'exception, une moyenne supérieure à 1 est représentative d'une atteinte fonctionnelle.

¹ La cohérence interne des échelles de la version francophone a été calculé à partir de l'échantillon de cette étude. N = 243.

Cette échelle comprend notamment des items liés à la conduite automobile, à l'utilisation de cigarette, de drogues et d'alcool, à des comportements sexuels à risque et à des manifestations d'agressivité.

La mesure de la consommation d'alcool

Le questionnaire *DÉBA-A - Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool (version 1.9)* (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2009a) (Appendice C) permet de détecter et d'identifier le degré de sévérité de la consommation d'alcool chez un individu. Il se compose de 28 items et de trois échelles de mesure : 1) détection d'une consommation à risque ou problématique d'alcool ; 2) évaluation du degré de dépendance - questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool ; 3) évaluation de la consommation problématique ou abusive - échelle des conséquences de la consommation d'alcool. La cohérence interne (moitié-moitié) se révèle bonne avec un *Alpha de Cronbach* de 0,85 (Raistrick, Dunbar et Davidson, 1983). Les analyses de la présente étude tiennent compte seulement des items liés à la détection d'une consommation à risque ou problématique d'alcool. Selon les normes établies par Tremblay et Blanchette-Martin (2012), la consommation d'alcool a été divisée en trois niveaux de sévérité de consommations, soit « aucun risque », « généralement à faible risque » et « généralement à risque ». Pour avoir une consommation à risque d'alcool, les femmes doivent prendre 10 consommations et plus par semaine et les hommes 15 consommations et plus par semaine ou avoir 12 épisodes et plus de consommation intensive (*binge drinking*) par année (hommes et femmes). Dans le cadre de l'étude, elle constitue ainsi une variable catégorielle.

La mesure de la consommation de drogues

Enfin, le questionnaire, *DÉBA-D - Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Drogues (version 1.8)* (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2009b) (Appendice D) permet de détecter et d'identifier le degré de sévérité de la consommation de drogues chez un individu. Il comporte 24 items et trois échelles de mesure : 1) détection d'une consommation à risque ou problématique de drogues ; 2) évaluation du degré de dépendance - échelle de sévérité de la dépendance ; 3) évaluation de la consommation problématique ou abusive - échelle des conséquences de la consommation de drogues. Les analyses de la présente étude considèrent uniquement la première partie sur la détection d'une consommation à risque ou problématique de drogues. La consistance interne de l'instrument apparaît de bonne à excellente selon les échelles avec un *Alpha de Cronbach* variant de 0,80 à 0,90 (Gossop *et al.*, 1995).

Comme pour la consommation d'alcool, les normes établies (Tremblay et Blanchette-Martin, 2012) divisent la consommation de drogues en trois niveaux de sévérité de consommations, soit « aucun risque », « généralement à faible risque » et « généralement à risque ». Lorsqu'il est question de la consommation à risque ou non de drogues, cela s'avère un peu plus complexe, car la composition chimique peut être très fluctuante. Pour les médicaments sédatifs la consommation est considérée à risque lorsqu'ils sont consommés une fois par semaine et plus si au moins un des trois critères suivants soit présent : 1) dépasse la posologie, 2) se procure des médicaments chez plus d'un médecin et 3) consomme des médicaments non prescrits. Pour le cannabis, le seuil

est établi à une fois et plus par semaine. En ce qui concerne le PCP, la cocaïne et les opiacés, la consommation s'avère à risque si l'une de ces drogues est consommée une fois par mois et plus ou si elle est injectée. Enfin, si les hallucinogènes, les autres stimulants et les produits inhalant sont pris une fois par mois et plus, c'est une consommation à risque.

Les considérations éthiques

Le projet de recherche a préalablement été présenté aux responsables des services adaptés des différents établissements scolaires collégiaux et universitaires contactés pour l'étude. Ceux-ci ont été informés des buts de la recherche et de son déroulement. Par la suite, par souci de confidentialité, le contact avec les étudiants s'est fait par le biais des responsables des services adaptés.

Avant d'avoir accès aux questionnaires, les étudiants ont également été informés sur le portail Internet du projet des objectifs du projet ainsi que des implications de leur participation. Ils étaient aussi assurés de la confidentialité des données. Toutes les procédures ont été approuvées par les comités d'éthique l'ayant demandé, soit l'Université du Québec à Trois-Rivières², le Collège Laflèche, le Collège Maisonneuve ainsi que le CÉGEP Saint-Laurent³.

² CER-15-210-07.05

³ SL-2015-16

L'analyse des résultats

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 23. Dans un premier temps, la prévalence de l'usage de la médication chez les étudiants et les principales raisons de l'arrêt de celle-ci est vérifiée par des analyses descriptives. De plus, une série de tests *t* pour observations appariées a été effectuée sur les scores moyens des différentes échelles du WEISS afin de vérifier si ces derniers qui diffèrent significativement les unes des autres.

Par la suite, pour connaître quels domaines représentent des atteintes fonctionnelles chez les étudiants, des analyses descriptives sont aussi réalisées. L'hypothèse de recherche 1.1 stipulant que les étudiants ayant un TDAH auront des atteintes fonctionnelles significatives dans le domaine des études, du fonctionnement social et des comportements à risque pourra être vérifié. De plus, pour examiner l'hypothèse 1.2 avançant que le sexe et le niveau d'étude influencent le niveau d'atteintes fonctionnelles chez les étudiants se fera part des analyses de variances multivariées (MANOVA).

L'hypothèse 2.1 supposant que la prise d'une médication est associée à un meilleur fonctionnement chez l'étudiant ayant un TDAH est vérifiée grâce à des analyses de variances multivariées (MANOVA). Les différentes échelles du WEISS constituent les variables dépendantes et la prise ou non de médication, la variable dépendante. Une variable dichotomique a donc été créée concernant la prise de

médication et des scores moyens ont été calculés pour l'ensemble des échelles fonctionnelles. Enfin, l'hypothèse 2.2 à propos de l'influence de la sévérité de la consommation d'alcool ou de drogues sur le bon fonctionnement des étudiants est vérifiée en utilisant des analyses de variances multivariées (MANOVA). Pour tous les effets significatifs observés, des analyses de variance univariées suivie d'analyses *a posteriori* de Bonferroni ont été réalisées pour vérifier où se situaient ces différences.

Résultats

Ce chapitre présente les principaux résultats de l'étude. Il est divisé en deux sections, la première présente les résultats des analyses descriptives permettant de dresser le portrait de la population à l'étude. La deuxième expose les résultats des analyses multivariées et univariées dans le but de découvrir l'existence ou non de l'influence de certaines variables sur le fonctionnement de l'étudiant ayant un TDAH.

Le portrait pharmaceutique et la consommation de substances psychoactives

L'usage de la médication

Plus de 79 % des étudiants prennent actuellement une médication pour le TDAH et très peu d'étudiants (5,3 %) n'en n'ont jamais pris au cours de leur vie (voir le Tableau 4). La proportion des étudiants collégiens et universitaires qui ont déclaré prendre une médication, en avoir pris par le passé ou n'en avoir jamais pris est très similaire ($\chi^2(2) = 0,037, p = 0,982$). Parmi les répondants ayant cessé de prendre leur médication (15,2 %), 59,5 % expliquent cet arrêt par des effets secondaires du traitement trop inconfortables, 8,1 % par l'arrêt d'un suivi médical et 32,4 % mentionnent d'autres raisons plus spécifiques. Parmi celles-ci, lesquelles ont été documentées qualitativement, on retrouve des raisons très variées dont « le désir de faire sans », « l'impression de ne plus être soi-même », « une période d'essai non concluante », « le prix élevé de la médication », « un usage abusif de la médication », « le développement de techniques pour mieux fonctionner ».

Tableau 4

Prévalence de l'échantillon selon la prise de médication et le niveau d'étude

Prise de médication	CÉGEP (<i>n</i> = 137)	Université (<i>n</i> = 106)	Total (<i>N</i> = 243)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Actuelle	109 (79,6)	84 (79,2)	193 (79,4)
Passée	21 (15,3)	16 (15,1)	37 (15,2)
Jamais	7 (5,1)	6 (5,7)	13 (5,3)

Pour ce qui est des participants n'ayant jamais pris de médication pour le TDAH (5,3 %), plusieurs affirment avoir le sentiment d'être capables de faire face au trouble sans le recours à une médication (*n* = 7). Aussi, un certain nombre d'étudiants ont une aversion pour la médication (*n* = 4) et un autre stipule que la médication est mal vue par leurs parents. Enfin, un étudiant mentionne ne pas prendre de médication en raison d'oublis trop fréquents au quotidien.

Le Tableau 5 présente les médicaments utilisés par les étudiants pour le traitement du TDAH. Certains participants (9,8 %) ont indiqué prendre deux produits pharmacologiques pour le traitement du TDAH. Selon les informations présentées, les psychostimulants sont les molécules les plus utilisées, en particulier le Concerta (42,5 %), le Ritalin (22,2 %) et le Vyvance (22,2 %).

Tableau 5

Types de médicaments utilisés par les étudiants

Type de molécule	<i>n</i>	%
Psychostimulants à base d'amphétamines		
Vyvance	47	22,2
Dexédrine	9	4,2
Adderall	8	3,8
Psychostimulants à base de méthylphénidates		
Concerta	90	42,5
Ritalin	24	22,2
Biphentin	14	6,6
Non psychostimulant – inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline		
Strattera	20	11,3

L'usage de l'alcool et des drogues

Les résultats concernant la consommation d'alcool montrent qu'une grande proportion des étudiants (70,2 %) se situe dans la catégorie de consommation « généralement à faible risque » (Tableau 6). Selon les résultats d'un chi-carré, $\chi^2(2) = 7,65, p = 0,022$, la consommation d'alcool varie significativement selon le niveau d'études (Tableau 6). On retrouve une plus grande proportion d'étudiants universitaires présentant une consommation généralement à risque comparativement aux étudiants collégiens.

Tableau 6

Sévérité de la consommation d'alcool selon le niveau d'étude

Sévérité de la consommation d'alcool	CÉGEP	Université	Total
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Aucun risque	11 (8,1)	8 (7,5)	19 (7,9)
Généralement à faible risque	104 (76,5)	66 (62,3)	170 (70,2)
Généralement à risque	21 (15,4)	32 (30,2)	53 (21,9)

Note. Selon les résultats des analyses chi-carrés, il a des différences significatives à $*p < 0,05$.

Enfin, une analyse descriptive entre la consommation d'alcool et les différentes situations d'habitation des participants a été réalisée (Tableau 7). D'abord, 63,1 % des étudiants n'ayant aucun risque sur le plan de la consommation d'alcool habitent chez leurs parents. On découvre aussi qu'un nombre important d'étudiants ayant une consommation à risque d'alcool sont locataires (56,6 %), c'est-à-dire qu'ils habitent en résidence, en appartement ou sont locataires d'une chambre. Par ailleurs, les résultats des analyses chi-carrés ne montrent pas de différences significatives entre la situation d'habitation et le type de consommation d'alcool ($\chi^2(4) = 5,910, p = 0,206$).

Tableau 7

Sévérité de la consommation d'alcool selon la situation d'habitation

Sévérité de la consommation d'alcool	Situations d'habitation		
	Avec parents	Locataires	Propriétaire ou autres
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
À risque (<i>n</i> = 53)	17 (32,1)	30 (56,6)	6 (11,3)
Faible risque (<i>n</i> = 170)	73 (42,9)	78 (45,9)	19 (11,2)
Aucun risque (<i>n</i> = 19)	12 (63,1)	6 (31,6)	1 (5,3)

Note. Selon les résultats des analyses chi-carrés, il n'y a pas de différences significatives selon la situation d'habitation.

N = 242.

Concernant la consommation de drogues, comme le démontre le Tableau 8, les étudiants se retrouvent en grande partie dans la catégorie de consommation à « aucun risque » (56,6 %). Tout comme pour la consommation d'alcool, le pourcentage d'étudiants universitaires avec une consommation de drogues « généralement à risque » est plus grand comparativement aux étudiants collégiens. Toutefois, les résultats du chi-carré révèlent que cette différence n'est pas significative ($\chi^2(2) = 2,987, p = 0,225$).

Tableau 8

Sévérité de la consommation de drogues selon le niveau d'études

Sévérité de la consommation de drogues	CÉGEP	Université	Total
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Aucun risque	79 (58,1)	58 (54,7)	137 (56,6)
Généralement à faible risque	45 (33,1)	31 (29,2)	76 (31,4)
Généralement à risque	12 (8,8)	17 (16,0)	29 (12,0)

Note. Selon les résultats des analyses chi-carrés, il n'y a pas de différences significatives selon la situation d'habitation.

Bien que plusieurs types de drogues soient répertoriées dans le questionnaire de l'étude, nous nous attarderons davantage sur la consommation de cannabis chez les étudiants ayant un TDAH. Plus en détail, les résultats sur la fréquence de consommation de cannabis indiquent que 67,5 % de l'échantillon n'a pas consommé cette drogue au cours de la dernière année alors que 32,5 % l'a fait. Les résultats indiquent que 6,6 % des étudiants de l'échantillon total ont une consommation à risque de cannabis (c'est-à-dire, qu'ils consomment du cannabis 1 fois et plus par semaine). Finalement, 3,4 % des étudiants consomment du cannabis 3 à 6 fois par semaine alors que 1,6 % en consomment quotidiennement.

Les impacts fonctionnels liés au TDAH

Les domaines fonctionnels

Afin de mieux comparer les échelles entre elles et considérant qu'elles ne comptent pas le même nombre d'items, nous avons calculé un score moyen pour chacune d'entre elles. Le Tableau 9 présente les scores moyens et les écarts-types des différentes échelles de la version française du WEISS ainsi que les résultats des tests *t* pour observations appariées. Selon les résultats des tests *t* appariés, les moyennes des différentes échelles diffèrent significativement les unes des autres ($p < 0,001$), à l'exception de l'échelle fonctionnement social qui ne diffère pas significativement des échelles famille ($p = 0,231$) et travail ($p = 0,109$). Selon les résultats, le concept de soi est le domaine de vie présentant le plus d'atteintes fonctionnelles chez les étudiants ($M = 1,54$; $ÉT = 0,80$) et le domaine du travail semble celui ayant le moins d'atteintes ($M = 0,70$; $ÉT = 0,49$).

Tableau 9

Scores moyens et écarts-types des différentes échelles du WEISS

Échelles	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Concept de soi	1,54	0,80
Aptitudes à la vie quotidienne	1,16	0,56
Étude	0,97	0,48
Famille	<u>0,78</u>	0,53
Fonctionnement social	0,74	0,53
Travail	<u>0,70</u>	0,49
Comportements à risque	0,49	0,35

Note. Selon les tests t appariés, la moyenne en caractères gras ne diffère pas significativement des moyennes en caractères soulignés à $p < 0,05$.

Analyse détaillée des atteintes fonctionnelles

Afin d'examiner plus en détail les atteintes fonctionnelles, une analyse par item a également été effectuée. Comme le précise les consignes de l'instrument (Weiss, 2011), il y a une atteinte fonctionnelle chez l'individu lorsque l'item a une moyenne supérieure à 1,5, à l'exception de l'échelle *comportement à risque* où une moyenne supérieure à un représente une atteinte. Le Tableau 10 présente les moyennes et écarts-types des items qui répondent à ces critères d'atteinte fonctionnelle selon le domaine auquel ils sont liés. Dans ce dernier, aucun de ces items n'est lié au domaine de la famille, du travail et du fonctionnement social. En s'appuyant sur les résultats obtenus, il apparaît que les étudiants ont, entre autres, des difficultés importantes dans la prise de notes en classe et

dans l'efficacité de la réalisation de leurs travaux scolaires. De plus, les difficultés sur le plan du sommeil, le sentiment de découragement et la distractibilité au volant émergent comme étant des difficultés prédominantes ressenties par les étudiants.

Tableau 10

Items considérés comme représentant une atteinte fonctionnelle

Domaines	Items	M	ÉT
Études			
	Vous avez de la difficulté à prendre des notes.	1,83	0,85
	Vous n'êtes pas efficace dans la réalisation de vos travaux.	1,70	0,91
	Vos résultats scolaires varient beaucoup.	1,52	0,94
Aptitudes à la vie quotidienne			
	Vous souffrez de troubles du sommeil.	1,57	1,08
	Vous arrivez difficilement à accomplir toutes vos tâches ménagères.	1,51	1,04
Concept de soi			
	Vous éprouvez du découragement	1,84	0,88
	Vous n'avez pas une bonne opinion de vous-même.	1,53	0,90
	Vous ressentez de la colère envers vous-même.	1,54	0,96
	Vous avez l'impression d'être incompetent.	1,50	0,99
Comportements à risque			
	Vous êtes distrait au volant.	1,21	0,81
	Vous consommez de l'alcool.	1,06	0,72

L'influence de différentes variables sur les domaines fonctionnels

L'influence du sexe et du niveau d'étude

Afin de déterminer les distinctions selon le sexe et le niveau d'étude postsecondaire, les sept domaines fonctionnels ont été examinés avec chacune des variables via une analyse de la variance multivariée (MANOVA). Par le fait même, cela permettra de vérifier l'hypothèse 1.2 avançant que le sexe et le niveau d'étude influencent le niveau d'atteintes fonctionnelles chez l'étudiant ayant un TDAH. Tout d'abord, l'analyse a été réalisée avec la variable sexe. À cet égard, les résultats révèlent un effet principal multivarié important ($F(7,222) = 2,938, p = 0,006, \eta^2 = 0,085$). Les analyses subséquentes en lien avec ces résultats permettent de dire que de façon générale ce sont les étudiantes ($M = 0,92; \acute{E}T = 0,39$) qui présentent davantage de difficultés fonctionnelles comparativement aux étudiants ($M = 0,87; \acute{E}T = 0,37$). Cet indice de taille des effets est plutôt grand (Cohen, 1988), ce qui propose une association entre les sept échelles fonctionnelles et le sexe des étudiants. En d'autres mots, les variations observées quant aux atteintes fonctionnelles sont expliquées à 8,5 % par le sexe.

L'analyse univariée révèle un effet significatif pour l'échelle concept de soi ($F(1, 241), 5,867, p = 0,016, \eta^2 = 0,025$) (Tableau 11). Plus précisément, il s'avère que la moyenne de cette échelle est plus élevée chez les étudiantes ($M = 1,62; \acute{E}T = 0,81$) que chez les étudiants ($M = 1,33; \acute{E}T = 0,74$), ce qui signifie que les femmes de l'étude ressentent plus d'atteintes sur le plan du concept de soi comparativement aux hommes.

Finalement, les résultats avec le niveau d'étude indiquent l'absence d'effet principal significatif ($F(7, 222) = 1,547, p = 0,153, \eta^2 = 0,046$) (voir Tableau 11). Par conséquent, il n'est pas possible de dire qu'il y a une différence globale entre le fonctionnement des cégépiens et des universitaires.

Enfin, lorsque le sexe et le niveau d'étude sont mis en interaction, aucun effet principal significatif n'est observé ($F(7, 222) = 1,015, p = 0,421, \eta^2 = 0,031$). Cela suggère qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre le sexe et le niveau d'étude sur les domaines fonctionnels.

Tableau 11

*Analyses univariées des échelles fonctionnelles
selon le sexe*

	Univarié		
	F^a	p	η^2
Famille	0,600	0,439	0,003
Travail	0,676	0,412	0,003
Étude	2,922	0,089	0,013
Aptitudes à la vie quotidienne	0,761	0,384	0,003
Concept de soi	5,867	0,016	0,025
Fonctionnement social	0,131	0,717	0,001
Comportements à risque	0,181	0,671	0,001

^a $F(1,241)$

L'influence de l'usage d'une médication sur les atteintes fonctionnelles chez les étudiants TDAH

Dans le but de découvrir s'il existe une distinction entre les étudiants ayant une médication et ceux non médicamenteux et d'ainsi se positionner concernant l'hypothèse 2.1 soutenant un lien entre la prise d'une médication et un meilleur fonctionnement chez l'étudiant ayant un TDAH, une MANOVA a été réalisée avec comme variables dépendantes les sept échelles fonctionnelles. Dans un premier temps, l'analyse des résultats montre un effet principal multivarié significatif avec la prise de médication ($F(7,224), 3,480, p < 0,001, \eta^2 = 0,098$). En d'autres mots, cela signifie que peu importe le domaine fonctionnel, les étudiants non médicamenteux ont des scores plus élevés aux items ($M = 0,94; \acute{E}T = 0,35$) comparativement aux étudiants prenant une médication pour le trouble ($M = 0,90; \acute{E}T = 0,40$). L'indice de la taille de l'effet de cette relation est grande, ce qui démontre une association significative entre les atteintes fonctionnelles des étudiants ayant un TDAH et la prise d'une médication (explique 9,8 % de la variance).

D'autres différences significatives sont aussi observées pour certaines échelles (Tableau 12). En effet, les analyses univariées montrent des différences significatives pour les échelles travail ($F(1,231), 3,988, p < 0,05, \eta^2 = 0,017$), études ($F(1,231), 7,620, p = 0,006, \eta^2 = 0,032$) et comportements à risque ($F(1,231), 4,285, p < 0,05, \eta^2 = 0,018$). Cela suggère que pour ces trois échelles, les étudiants non médicamenteux vivent davantage d'atteintes fonctionnelles que les étudiants prenant une médication.

Tableau 12

Moyennes et écarts-types pour les sept échelles fonctionnelles selon la prise de médication

Échelles fonctionnelles	Médicamenté (<i>n</i> = 193)		Non médicamenté (<i>n</i> = 50)		<i>F</i> (1,231)
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Famille	0,78	0,54	0,81	0,48	0,125
Travail	0,65	0,48	0,81	0,47	3,988*
Études	0,93	0,47	1,14	0,49	7,620**
Aptitudes à la vie quotidienne	1,18	0,55	1,14	0,56	0,190
Concept de soi	1,58	0,81	1,45	0,75	1,113
Fonctionnement social	0,74	0,53	0,73	0,51	0,037
Comportements à risque	0,47	0,34	0,58	0,37	4,285*

p* < 0,05, *p* < 0,01

L'influence de la consommation de substances psychoactives sur les atteintes fonctionnelles chez les étudiants TDAH

Afin de vérifier l'hypothèse 2.2 stipulant que la consommation d'alcool ou de drogues influence le bon fonctionnement chez les étudiants postsecondaires, des MANOVA ont été exécutées. Tout d'abord, les analyses ci-après vont se concentrer en premier lieu sur l'influence de la consommation d'alcool et ensuite sur l'influence de la consommation de drogues sur le fonctionnement des étudiants.

Les résultats indiquent qu'il y a un effet principal multivarié significatif de la consommation d'alcool ($F(14,446)$, 3,119, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,089$) concernant le fonctionnement des étudiants. De façon générale, les étudiants ayant une consommation à risque d'alcool ($M = 0,99$; $ÉT = 0,37$) fournissent des réponses aux items du WEISS plus élevées comparativement aux étudiants ayant une consommation à risque faible ($M = 0,88$; $ÉT = 0,38$) ou à aucun risque ($M = 0,88$; $ÉT = 0,45$). De plus, sur le plan des comportements à risque, les analyses *a posteriori* de Bonferroni (Tableau 13) témoignent de l'existence de différences significatives entre les étudiants ayant une consommation à risque d'alcool et ceux n'ayant aucun risque ou un faible risque. En effet, il apparaît que ceux ayant une sévérité de consommation d'alcool à risque manifestent davantage de comportements à risque que les autres. Enfin, l'indice de taille de l'effet est grand, ce qui indique une association entre les atteintes fonctionnelles sur les sept échelles et la consommation d'alcool (explique 8,9 % de la variance).

Tableau 13

Comparaison des moyennes a posteriori pour les sept échelles fonctionnelles en fonction de la sévérité de la consommation d'alcool

Échelles fonctionnelles	Aucun risque (<i>n</i> = 15)	Faible risque (<i>n</i> = 164)	À risque (<i>n</i> = 53)	<i>F</i> (2, 231)
	<i>M</i> (ÉT)	<i>M</i> (ÉT)	<i>M</i> (ÉT)	
Famille	0,81 (0,44)	0,78 (0,53)	0,80 (0,56)	0,053
Travail	0,90 (0,72)	0,66 (0,48)	0,73 (0,39)	1,973
Étude	0,93 (0,49)	0,95 (0,45)	1,06 (0,55)	1,029
Aptitudes à la vie quotidienne	1,20 (0,69)	1,14 (0,55)	1,23 (0,54)	0,513
Concept de soi	1,28 (0,92)	1,55 (0,80)	1,63 (0,76)	1,122
Fonctionnement social	0,90 (0,63)	0,70 (0,52)	0,82 (0,50)	1,688
Comportements à risque	0,31 ^a (0,21)	0,44 ^b (0,34)	0,70 ^{a,b} (0,32)	14,530**

Note. Les moyennes sur les mêmes lignes partageant une même lettre en exposant sont significativement différentes les unes des autres au test *a posteriori* de Bonferroni.

** $p < 0,001$

De plus, des ANOVA ont été réalisées afin de connaître s'il existe des différences de moyennes pour les sept échelles fonctionnelles selon la sévérité de la consommation d'alcool, le niveau d'étude et le sexe. Les résultats révèlent des différences de moyennes seulement pour l'échelle aptitudes à la vie quotidienne ($F(2, 231) = 3,142, p = 0,045, \eta^2 = 0,028$). Les difficultés rencontrées chez les étudiants dans ce domaine de vie varient donc en fonction du sexe, du niveau d'étude et de la

consommation à risque d'alcool. Plus précisément, comme le présente le Tableau 14, les répondantes en provenance du CÉGEP ayant une consommation à risque d'alcool ressentent davantage d'atteintes sur le plan des aptitudes à la vie quotidienne comparativement à leurs pairs masculins ayant les mêmes conditions de consommation. À l'opposé, on constate que ce sont les étudiants masculins en provenance de l'université et ayant une consommation à risque d'alcool qui éprouvent le plus de problèmes dans cette sphère de vie comparativement à aux étudiantes universitaires ayant les mêmes conditions de consommation.

Tableau 14

Analyse univariée et moyennes des sept échelles fonctionnelles selon le sexe, le niveau d'étude et la consommation à risque

Échelles fonctionnelles	Consommation à risque					Univarié		
	CÉGEP		Université		F^a	p	η^2	
	H	F	H	F				
Famille	0,82	< 1,02	0,60	< 0,74	0,231	0,794	0,002	
Travail	0,68	< 0,95	0,71	> 0,58	0,958	0,385	0,009	
Étude	1,12	< 1,35	1,20	> 0,75	2,264	0,106	0,020	
Aptitudes à la vie quotidienne	1,08	< 1,42	1,47	> 1,00	3,142	< 0,05	0,028	
Concept de soi	0,96	< 2,02	1,52	< 1,54	1,958	0,144	0,017	
Fonctionnement social	0,62	< 1,09	0,77	> 0,67	2,086	0,127	0,019	
Comportements à risque	0,58	< 0,92	0,69	> 0,55	1,593	0,206	0,014	

^a $F(2,229)$

Ensuite, pour connaître l'influence de la sévérité de la consommation de drogues sur les sept échelles fonctionnelles, une MANOVA a aussi été utilisée. L'effet principal multivarié est significatif pour la consommation de drogues ($F(14,446)$, 4,441, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,122$). Relativement à ce résultat, il s'avère que les étudiants ayant une consommation à risque de drogues ont généralement des scores plus élevés aux items ($M = 1,01$; $ÉT = 0,35$), peu importe le domaine examiné, que les étudiants ayant une

consommation de drogue à faible risque ($M = 0,94$; $ÉT = 0,37$) ou à aucun risque ($M = 0,87$; $ÉT = 0,39$). L'indice de taille de l'effet est plutôt grande. Elle témoigne que les atteintes fonctionnelles sur les sept domaines fonctionnels sont associées à la sévérité de la consommation de drogues. En fait, ces atteintes sont expliquées à 12,2 % par la consommation de drogues.

Ensuite, les résultats révèlent des différences de moyennes pour l'échelle des études ($F(2, 231) = 3,256, p = 0,040, \eta^2 = 0,028$) et l'échelle des comportements à risque ($F(2, 231) = 24,092, p < 0,001, \eta^2 = 0,174$). Plus précisément, les analyses *a posteriori* de Bonferroni (Tableau 15) soulignent la présence de différences significatives entre les étudiants ayant une consommation à risque de drogues et ceux n'ayant aucun risque ou un faible risque. Tout comme les résultats concernant la consommation d'alcool chez les étudiants, il semble que ces derniers ont davantage de comportements à risque lorsqu'ils ont une consommation à risque de drogues que ceux ayant les autres types de consommation (faible ou aucun risque). De plus, ces conclusions sont aussi vraies pour le domaine des études. Les étudiants qui ont une consommation à risque de drogues ont aussi plus de difficultés dans leurs études que ceux ayant une consommation sans risque.

Tableau 15

Comparaison a posteriori des moyennes pour les sept échelles fonctionnelles en fonction de la sévérité de consommation de drogues

	Aucun risque (<i>n</i> = 129)	Faible risque (<i>n</i> = 75)	À risque (<i>n</i> = 28)	
Échelles fonctionnelles	<i>M</i> (<i>ÉT</i>)	<i>M</i> (<i>ÉT</i>)	<i>M</i> (<i>ÉT</i>)	<i>F</i> (2, 231)
Famille	0,79 (0,04)	0,77 (0,06)	0,80 (0,10)	0,040
Travail	0,68 (0,04)	0,66 (0,05)	0,80 (0,09)	0,799
Études	0,91 ^a (0,48)	1,03 (0,48)	1,13 ^a (0,46)	3,256*
Aptitudes à la vie quotidienne	1,14 (0,5)	1,18 (0,06)	1,25 (0,10)	0,480
Concept de soi	1,49 (0,07)	1,66 (0,09)	1,58 (0,15)	1,102
Fonctionnement social	0,74 (0,04)	0,75 (0,06)	0,71 (0,10)	0,045
Comportements à risque	0,39 ^a (0,26)	0,54 ^b (0,36)	0,84 ^{a b} (0,41)	24,09**

Note. Les moyennes sur les mêmes lignes partageant une même lettre en exposant sont significativement différentes les unes des autres au test *a posteriori* de Bonferroni.

**p* < 0,05; ** *p* < 0, 001

Enfin, les résultats de l'ANOVA selon la sévérité de la consommation de drogues, le niveau d'étude et le sexe ne révèlent aucune différence de moyennes pour les échelles fonctionnelles.

Discussion

Dans ce chapitre, les résultats sont discutés plus en détail afin d'en connaître davantage sur l'usage de la médication et sur la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues chez ces derniers. De plus, les résultats concernant les impacts fonctionnels reliés au trouble chez cette population sont présentés ainsi que l'influence d'un traitement pharmacologique et de la consommation d'alcool ou de drogues chez les étudiants postsecondaires vivant avec un TDAH. Dans un premier temps, les résultats les plus importants seront rapportés et commentés, et par la suite les forces et les limites de cette recherche sont exposées.

Tout d'abord, avant de discuter des résultats, le Tableau 16 fait un récapitulatif des hypothèses de notre étude. Parmi les quatre hypothèses avancées, deux d'entre elles sont confirmées, une est partiellement confirmée et l'autre est infirmée. Chacune sera discutée dans les sections subséquentes.

Tableau 16

Résumé des hypothèses de recherche

Hypothèses de recherche	Confirmées	Partiellement confirmées	Infirmées
Hypothèse 1.1 Les étudiants ayant un TDAH auront des atteintes fonctionnelles significatives dans le domaine des études, du fonctionnement social et des comportements à risque.			X
Hypothèse 1.2 Les étudiants de sexe féminin et les étudiants universitaires auront plus d'atteintes fonctionnelles que ceux de sexe masculin et de niveau collégial.		X	
Hypothèse 2.1 Il y aura une relation entre le traitement pharmacologique et le meilleur fonctionnement chez l'étudiant ayant un TDAH.	X		
Hypothèse 2.2 La consommation d'alcool ou de drogues à risque influence le bon fonctionnement chez les étudiants ayant un TDAH.	X		

La prévalence de l'usage de médicament et de la consommation de substances psychoactives chez les étudiants ayant un TDAH

Les résultats quant à l'usage de la médication par les étudiants ayant un TDAH et les raisons qui mènent à l'arrêt de celle-ci sont cohérents avec la littérature sur ce sujet. En effet, dans notre échantillon, 79,4 % prennent une médication pour traiter le TDAH comparativement à 78,3 % dans la recherche d'Advokat *et al.* (2011). Ensuite, 15,2 % des étudiants de notre étude mentionnent avoir cessé de prendre leur médication. Cet arrêt est dû selon eux aux effets secondaires du traitement trop inconfortable dans

58,5 % des cas. Cette raison s'applique à 43,2 % des individus ayant interrompu leur médication dans l'étude d'Advokat *et al.* (2011). Par ailleurs, dans le portrait pharmacologique du présent échantillon, on observe que parmi ceux ne faisant pas l'usage de médicament pour traiter le TDAH ($n = 13$; 5,3 %), un bon nombre ($n = 7$; 53,8 %) se disent capables de faire face à leur trouble sans avoir recours à un traitement pharmacologique. Ce constat soutient la possibilité que les étudiants de l'étude aient suffisamment de bonnes habiletés leur permettant de passer à travers les obstacles que peuvent amener les études postsecondaires.

Les résultats sur la consommation de substances chez les étudiants de l'étude indiquent que la consommation d'alcool est similaire comparativement aux étudiants sans le trouble, mais supérieure pour ce qui est de la consommation de cannabis. Effectivement, chez les étudiants de notre étude, la consommation de cannabis est semblable à celle des étudiants sans le trouble et la consommation d'alcool est inférieure.

Plus en détail, dans la présente étude, le pourcentage d'étudiants ayant une consommation à risque d'alcool (21,9 %) est inférieur aux données de l'Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens, où on rapporte que 36,1 % des jeunes Canadiens âgés de 15 à 24 ans ont une consommation à risque d'alcool (Adlaf, Begin et Sawka, 2005). Récemment, Janusis et Weyandt (2010) ont rapporté des résultats similaires à notre étude concernant la consommation d'alcool.

Ils avancent que les étudiants ayant un TDAH consomment significativement moins d'alcool que les étudiants sans le trouble. Selon eux, un des facteurs pouvant influencer la consommation pourrait être lié à l'anticipation des effets de la gueule de bois chez l'étudiant. D'ailleurs, Rodriguez et Span (2008) ont constaté une forte corrélation entre les symptômes du TDAH, la fréquence de la consommation d'alcool, et l'anticipation des effets de la gueule de bois. Plus précisément, les résultats ont révélé que les étudiants ayant un TDAH et qui n'anticipent pas les symptômes de la gueule de bois sont significativement plus susceptibles de consommer de l'alcool que les étudiants qui anticipent ces effets. En d'autres mots, la capacité à anticiper les conséquences d'un comportement, comme la consommation d'alcool, serait un facteur influençant la sévérité de la consommation.

Les difficultés à s'autoréguler apparaissent également comme un facteur pouvant influencer sur la consommation d'alcool. À cet égard, les étudiants ayant un TDAH et éprouvant des déficits dans la régulation de soi ont un plus grand risque que leurs pairs sans le trouble d'avoir une consommation d'alcool problématique ainsi qu'un risque ultérieur de développer un trouble d'abus de substances (Baker *et al.*, 2012). En tenant compte de ces données, on peut croire que les étudiants participants à notre étude éprouvent peut-être moins de difficulté à anticiper les effets de la gueule de bois et de difficultés à s'autoréguler.

Ensuite, la consommation d'alcool chez les étudiants de notre recherche s'avère différente selon le niveau d'études. Plus précisément, on retrouve une plus grande proportion d'étudiants universitaires présentant une consommation d'alcool généralement à risque comparativement aux étudiants collégiens. Ce constat est en contradiction avec les résultats d'analyses de l'Institut national de santé publique du Québec (Tessier *et al.*, 2015), rapportant le fait que les jeunes qui poursuivent leurs études jusqu'à la fin vingtaine et début trentaine sont moins portés à consommer de façon excessive. Cette différence pourrait s'expliquer par des facteurs environnementaux et individuels favorisant la consommation d'alcool chez les étudiants (Vergés et Sher, 2012). Parmi les principaux facteurs, on retrouve la taille de l'établissement scolaire, l'horaire de cours, la situation d'habitation, le niveau de maturation et le niveau d'impulsivité de l'étudiant.

Puis, en ce qui concerne le pourcentage d'étudiants ayant rapporté avoir fait l'usage du cannabis au cours de la dernière année, les résultats sont similaires à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008). En effet, chez les étudiants de notre étude, 32,5 % ont consommé du cannabis dans la dernière année et chez les individus de 15 à 24 ans de l'étude de Kairouz *et al.* (2008), 38,9 % ont fait l'usage du cannabis dans la dernière année. De plus, dans une étude menée par Wilens *et al.* (2007), les analyses ont démontré que la majorité des jeunes adultes ayant un TDAH mentionnent faire l'usage du cannabis pour d'autres raisons que la recherche d'euphorie, ce qui démontrait une

possible automédication. Cette hypothèse peut aussi s'avérer plausible en ce qui concerne notre population à l'étude.

Les impacts fonctionnels liés au TDAH

Parmi l'ensemble des domaines d'impacts fonctionnels examinés dans cette recherche, il se dégage que les étudiants démontrent généralement un bon fonctionnement. Les moyennes calculées pour les échelles du WEISS sont toutes en dessous du seuil d'atteintes fonctionnelles, à l'exception de l'échelle du concept de soi. Ce résultat signifie que les étudiants de notre étude éprouvent seulement des atteintes fonctionnelles dans le domaine du concept de soi. Ces résultats se révèlent différents de ceux rapportés dans la littérature, ne permettant pas de confirmer l'hypothèse de recherche 1.1. En effet, les précédentes études s'étant intéressées aux impacts fonctionnels pouvant être vécus par les étudiants ayant un TDAH mettent de l'avant des atteintes évidentes sur les plans scolaire (Dupaul *et al.*, 2009; Flemming et McMahon, 2012), social (Bruner *et al.*, 2015; Weyandt et DuPaul, 2006) et des comportements à risque (DuPaul *et al.*, 2009; Jerome *et al.*, 2006a). En ce qui concerne le concept de soi, peu d'études se sont intéressées à cette sphère chez cette population. Les quelques études sur ce sujet mentionnent que l'estime de soi est significativement plus faible chez les étudiants avec un TDAH comparativement à ceux n'ayant pas le trouble (Dooling-Litfin et Rosén, 1997; Shaw-Zirt *et al.*, 2005; Tse, 2012). Il existe également une corrélation positive avec l'estime de soi et de plus grandes compétences sociales chez les étudiants ayant un TDAH et une corrélation négative avec les symptômes liés au

trouble. Tsé (2012) a aussi trouvé que les compétences sociales et l'estime de soi sont des facteurs affectant les interactions sociales et la réussite scolaire au collège.

D'abord, ces résultats nous permettent d'émettre l'hypothèse que les étudiants de la présente étude auraient, entre autres, de bonnes habiletés cognitives et des stratégies de *coping* efficaces leur permettant de s'adapter aux défis des études postsecondaires (Frazier *et al.*, 2007). Les réussites scolaires vécues auparavant par les étudiants de l'étude peuvent aussi être un facteur de protection expliquant les faibles atteintes fonctionnelles détectées (Glutting, Youngstrom et Watkins, 2005). Il est également possible d'expliquer ces résultats par l'existence de facteurs de protection relationnels. Meaux, Green et Broussard (2009) ont en effet constaté que les relations entre les pairs sont perçues par les étudiants ayant un TDAH, comme un facteur d'adaptation favorable, au même titre que l'usage d'une médication, que la planification, que l'utilisation de réveil et de méthode de rappel et que l'élimination des distractions. Il apparaît aussi qu'un bon soutien parental, affectif et scolaire est relié à un bon fonctionnement académique et émotionnel chez l'étudiant vivant avec le TDAH (Wilmshurst, Peele et Wilmshurst, 2011).

Ensuite, il importe de s'attarder aux quelques items fonctionnels spécifiques apparaissant comme problématiques pour les étudiants ayant un TDAH. D'abord, les problèmes observés sur le plan du sommeil concordent avec les résultats d'études associant les difficultés de sommeil avec le TDAH. Chez l'adulte, cette problématique

est plus particulièrement associée avec la dimension hyperactivité/impulsivité (Mahajan, Hong, Wigal et Gehricke, 2010). C'est toutefois le sentiment de découragement chez les étudiants, les difficultés à prendre des notes en classe et l'inefficacité dans la réalisation de travaux scolaires qui sont les aspects affectant le plus les étudiants de notre étude. Nos résultats concordent avec la récente étude de Fleming et McMahon (2012) soutenant que les étudiants ayant un TDAH ont des difficultés marquées dans l'organisation et la gestion du temps de leurs examens ou de leurs travaux.

De plus, les difficultés dans la régulation de soi, qui caractérisent le TDAH, se traduisent généralement par une baisse de productivité, d'efficacité, de délais non respectés, d'une mauvaise planification, d'erreurs d'inattention et de perte ou d'oubli d'objets entraînés souvent par une désorganisation (Barkley, 2015b). Ces difficultés peuvent amener l'individu à l'échec de l'atteinte de certains objectifs, qu'ils soient personnels, académiques ou professionnels et peuvent devenir un facteur contributif au sentiment de découragement. Comme Landry et Goupil (2010) le mentionnent, pour réussir à l'université, l'étudiant doit développer sa pensée conceptuelle et critique, il doit aussi fournir un effort mental soutenu, être flexible, persévérer, gérer son temps de lecture, d'écriture et de rédaction. Toutefois, le TDAH affecte certaines de ces habiletés cognitives. Il est alors fort probable que les difficultés dans la prise de notes et dans la réalisation des travaux scolaires soient parmi les raisons du profond sentiment de découragement.

L'influence du sexe

L'hypothèse 1.2 stipulait que les participants de sexe féminins et ceux de niveaux universitaires auraient plus de difficultés fonctionnelles que les étudiants de sexe masculin et de niveau collégial. Les résultats démontrent des atteintes significatives seulement en ce qui concerne le sexe féminin, ce qui confirme partiellement l'hypothèse. Plus précisément, les impacts fonctionnels vécus sont généralement plus grands pour les participants de sexe féminin. Cela pourrait être relié aux différences liées au sexe observées aussi par Fedele, Lefler et Hartung (2012). En effet, ils rapportent que les étudiantes ayant un TDAH montrent des taux plus élevés d'inattention, d'hyperactivité et de problèmes comparativement aux étudiants ayant un TDAH. Par ailleurs, cette étude révèle des niveaux plus élevés de difficultés dans les domaines de la vie familiale, de la vie sociale, de l'éducation, de la gestion de l'argent, et des activités de la vie quotidienne, tandis que nos analyses montrent plutôt des problèmes significatifs dans la sphère de vie du concept de soi chez les femmes.

Ce résultat pourrait aussi être expliqué par le fait que plus de femmes que d'hommes persisteraient dans des études post-secondaire. Il serait pertinent d'étudier cette question afin d'obtenir un portrait plus clair de l'influence du sexe chez les étudiants ayant un TDAH aux études supérieures.

L'influence de la prise de médication sur le bon fonctionnement des étudiants ayant un TDAH

Comme attendu les étudiants médicamenteux manifestent une adaptation supérieure à celle des étudiants non médicamenteux. En effet, selon nos analyses, la médication peut apparaître comme un facteur de protection chez les étudiants de l'étude. Plus précisément, il est possible que les étudiants médicamenteux vivent significativement moins de difficultés fonctionnelles que les étudiants non médicamenteux pour le trouble. Ce résultat nous permet de confirmer l'hypothèse 2.1 soutenant une relation entre le traitement pharmacologique et un meilleur fonctionnement chez l'étudiant ayant un TDAH.

Par ailleurs, nos résultats permettent d'avancer que les étudiants sans traitement pharmacologique sont davantage à risque de ressentir des difficultés dans les domaines du travail, des études et des comportements à risque comparativement aux étudiants médicamenteux. Cela appuie la pertinence de la médication chez les étudiants.

Il est intéressant d'observer que le domaine du concept de soi ne varie pas selon la prise d'une médication dans notre étude, alors que certaines recherches auprès d'enfants ou d'adultes ayant un TDAH rapportent une amélioration de l'estime de soi (Biederman, Spencer et Wilens, 2004) et du concept de soi (Edel *et al.*, 2009) avec un traitement psychostimulant. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'une approche combinant un traitement psychosocial et pharmacologique aurait mieux expliqué la présence de cette influence, car un traitement combiné est plus recommandé qu'un

traitement seul (Smith et Shapiro, 2015). Cette hypothèse ne peut être vérifiée puisqu'aucune donnée n'a été recueillie afin de savoir si les étudiants de l'étude avaient reçu par le passé un traitement psychosocial ou s'ils en bénéficiaient actuellement. Il se peut également que cette situation soit liée à la cristallisation du concept de soi à l'âge adulte et à la difficulté de le modifier (Hay, 2005).

L'influence de la consommation d'alcool ou de drogues sur le bon fonctionnement des étudiants ayant un TDAH

Comme mentionné précédemment, les résultats des recherches ne sont pas clairs en ce qui concerne la relation entre le TDAH et la consommation de substances psychoactives chez les étudiants. À la lumière de nos résultats, l'hypothèse 2.2 stipulant que la sévérité de la consommation d'alcool ou de drogues à risque influence le bon fonctionnement chez les étudiants ayant un TDAH est confirmée. En effet, les résultats de nos analyses vont dans le même sens que certaines études établissant un lien entre ces variables.

D'abord, il s'avère que peu importe les domaines fonctionnels examinés, les étudiants qui ont une consommation à risque d'alcool ont de façon générale plus d'atteintes fonctionnelles dans leur vie que ceux à aucun ou faible risque. Les résultats concernant l'influence de la consommation de drogues sont identiques à ceux de l'alcool. Donc, une consommation à risque de drogues engendre aussi plus d'impacts fonctionnels dans la vie de l'étudiant. Rooney Chronis-Tuscano et Huggins (2015) identifient les traits de désinhibition comme un facteur pouvant contribuer à des taux

plus élevés de conséquences négatives liées à l'alcool chez les étudiants avec le TDAH. Cela n'a toutefois pu être vérifié dans notre étude, mais il serait intéressant que ce sujet fasse l'objet d'études plus approfondies.

Aussi, les analyses permettent d'avancer qu'une consommation à risque d'alcool ou de drogues a des effets importants sur les comportements à risque. C'est donc dire que les étudiants postsecondaires ayant une consommation à risque, sur le plan de l'alcool ou des drogues, manifesteront significativement plus de comportements à risque (par exemple : conduite automobile dangereuse, avoir des ennuis avec la police, avoir des relations sexuelles non protégées, manifester de l'agressivité physique ou verbale, etc.) que ceux à aucun ou faible risque. Par contre, il se peut que la puissance de ce lien soit en partie augmenter par la composition des items reliés à ce domaine. En effet, un des items a trait à la consommation de drogues illicites. D'ailleurs, dans une étude réalisée auprès d'étudiants universitaires ayant un TDAH, Graziano (2015) a démontré que les symptômes du TDAH, en plus de diminuer la capacité à gérer et à contrôler les réponses impulsives, peuvent augmenter la probabilité de s'engager dans des habitudes de vie plus à risque, d'avoir une conduite de véhicules moteurs dangereuse ainsi que des comportements financiers risqués. Par ailleurs, le domaine des études est aussi affecté par les étudiants qui ont une consommation de drogues à risque, comparativement à ceux à aucun ou faible risque. À ce propos, la consommation à risque de l'alcool et des drogues a des effets nuisibles sur le bon fonctionnement scolaire des étudiants ayant un TDAH.

Enfin, il semble important de relever les différences recueillies sur le plan des aptitudes à la vie quotidienne selon le sexe chez les étudiants de notre étude ayant une consommation à risque de drogues. Il émerge des analyses que les étudiants cégépiens et universitaires qui ont une consommation à risque de drogues diffèrent sur ce plan. En effet, au CÉGEP, ce sont les étudiantes ayant une consommation à risque qui éprouvent le plus d'atteintes fonctionnelles au quotidien, tandis qu'à l'université ce sont les étudiants. Il n'y a pas de données dans la littérature nous permettant d'expliquer cette différence. Il serait pertinent d'explorer cette question dans des recherches futures, notamment par des études qualitatives qui permettraient d'étudier plus en profondeur le vécu des étudiants.

Forces et limites de l'étude

Il va sans dire que le développement des connaissances sur la population étudiante ayant un TDAH au Québec n'est qu'à ses débuts. Les résultats de notre recherche représentent donc une avancée modeste, mais qui nous l'espérons sera significative dans ce domaine. Le grand nombre de domaines fonctionnels examinés permet de mieux cibler les sphères problématiques chez les étudiants ayant un TDAH.

La collaboration des services adaptés des établissements postsecondaires participants a été d'une grande importance pour notre recherche et a permis de recruter un nombre acceptable d'étudiants. De plus, le fait que ces étudiants proviennent de

CÉGEPS et d'universités de plusieurs régions du Québec ajoute un certain poids aux résultats. Par ailleurs, les résultats permettent de recueillir un éventail de données concernant sept domaines d'impacts fonctionnels, une description du portrait pharmaceutique et de son influence sur les étudiants ainsi que des données sur la consommation d'alcool et de drogues et des impacts de cette consommation sur le fonctionnement des participants.

La grande majorité des études répertoriées qui se sont intéressées à la population des étudiants postsecondaires ayant un TDAH mentionnent d'importantes limites méthodologiques. D'ailleurs, notre recherche n'en fait pas exception. D'abord, l'étude actuelle représente une première étape exploratoire dans la compréhension des impacts fonctionnels associés au TDAH chez les étudiants québécois dans les établissements postsecondaires et des influences de la médication et de la consommation d'alcool et de drogues. Il est donc essentiel de rester prudent quant à la généralisation que nous pouvons faire des résultats de cette étude. D'ailleurs, le faible taux de participation à notre recherche justifie cette vigilance. L'échantillon composé d'étudiants ayant un TDAH utilisant le service adapté n'est pas nécessairement représentatif de tous les étudiants fréquentant un établissement postsecondaire québécois. De plus, des différences existent possiblement entre les participants ayant accepté de participer et ceux ayant refusé.

Malgré la difficulté à recruter la population étudiante avec un TDAH, le nombre de participants était suffisant pour procéder aux analyses statistiques planifiées. Toutefois, plusieurs facteurs n'ont pu être contrôlés dans l'étude. En effet, les variables telles que l'intelligence, la fatigue cognitive consécutive à la longueur du questionnaire, les informations quant au diagnostic complet n'ont pu être recueillies. De plus, aucune information n'a été collectée afin de savoir si les étudiants sous médication respectaient leur posologie ou s'ils en font l'usage seulement la semaine ou lors de période d'examens.

Comme Fisher et Watkins (2008) le spécifient, les cliniciens doivent faire face de plus en plus à des données d'auto-évaluation truquées intentionnellement. Cette situation est d'ailleurs une préoccupation lors de l'évaluation du trouble chez la population universitaire en raison de la perception qu'il y a des avantages à avoir un diagnostic, tel que des accommodements et une médication. Ce phénomène n'est toutefois pas documenté au Québec.

Aussi, l'utilisation d'un questionnaire Web comme moyen de collecte de données compte plusieurs avantages, mais également quelques inconvénients. D'abord, il permet un accès facile à un grand nombre de participants, et ce, à un faible coût. De plus, il réduit l'effet de désirabilité sociale. Ensuite, l'exactitude des informations fournies (données autorévélees) ne peut être vérifiée ainsi que la compréhension exacte des questions par le participant.

Enfin, depuis juillet 2016, les versions 2.0 sont disponibles pour les questionnaires DEBA-Alcool et DEBA-Drogues sur le site du RISQ (Recherche et interventions sur les substances psychoactives - Québec). Les normes ont été ajustées pour une consommation à risque d'alcool à 11 et plus pour les femmes à 16 et plus pour les hommes. Le GHB a également été ajouté pour les drogues dans le DEBA-Drogues. Évidemment, si les analyses étaient reprises, il est possible que le nombre de consommateurs à risque d'alcool puisse diminuer. Il aurait aussi été très intéressant de connaître la consommation « volontaire » de GHB, laquelle semble gagner en popularité au cours des dernières années.

Conclusion

Ce mémoire avait comme principal intérêt d'examiner les impacts fonctionnels liés au TDAH chez les étudiants collégiens et universitaires, ainsi que l'influence du sexe et du niveau d'étude. Cette étude visait également à examiner la prévalence de l'usage de médicament et son arrêt ainsi que la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues au sein de l'échantillon. Enfin, il s'agissait de déterminer l'influence d'un traitement pharmacologique ou de la consommation de substances psychoactives sur les différentes sphères du fonctionnement adaptatif de l'étudiant.

D'abord, le portrait de l'usage de médicament de notre échantillon est semblable à celui rapporté sur les campus universitaires américains. En effet, plus de la majorité font usage de la médication, un nombre plus restreint interrompent leur médication principalement en raison des effets secondaires trop inconfortables du traitement et une autre proportion plus petite d'étudiants n'ont jamais pris de médicaments en raison de leur sentiment d'être capables de fonctionner sans la médication. De plus, il est intéressant de constater que la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues de notre échantillon est moindre ou semblable à celle rapportée dans les études réalisées auprès de la population générale. En effet, la consommation d'alcool des étudiants ayant un TDAH de cette présente recherche est en dessous des résultats rapportés par la population générale alors que la consommation de cannabis est comparable.

Ensuite, les résultats de cette étude démontrent que les impacts fonctionnels liés au TDAH chez les étudiants collégiens et universitaires sont généralement faibles. Bien que ces étudiants représentent une sous-population du TDAH ayant un niveau de fonctionnement relativement élevé, ils sont tout de même susceptibles d'éprouver des difficultés dans certaines sphères de fonctionnement. À ce propos, les atteintes significatives sur le plan du concept de soi montrent l'importance d'offrir un soutien concernant ce domaine de vie, de même que pour certains items fonctionnels (par ex. : « Vous avez de la difficulté à prendre des notes », « Vous souffrez de troubles du sommeil », « Vous éprouvez du découragement ») qui semblent plus importants chez les étudiants ayant un TDAH, afin de soutenir leur réussite scolaire.

Plus précisément au sujet du concept de soi, il semble qu'à l'enfance les enfants ayant un TDAH peuvent avoir une faible estime d'eux-mêmes, due aux nombreux défis des activités de la vie quotidienne (Weyandt et Gudmundsdottir, 2015). De plus, les individus ayant une faible estime à l'enfance sont plus vulnérables à l'adolescence (Edbom, Lichtenstein, Granlund et Larsson, 2006). Nos résultats ainsi que les autres études réalisées auprès des étudiants ayant un TDAH (Dooling-Litfin et Rosén, 1997; Tse, 2012) suggèrent que les atteintes significatives sur le plan de l'estime de soi sont possiblement une difficulté qui est présente depuis l'enfance et qui peut perdurer dans le temps. À cet égard, les interventions auprès des étudiants avec le trouble doivent être réfléchies par les services adaptés des établissements en tenant compte de la difficulté à modifier les perceptions que les étudiants ont d'eux-mêmes. En plus, nos résultats

indiquent que le concept de soi n'est pas influencé par la médication, d'où l'importance d'offrir des services psychosociaux à cette population.

Par ailleurs, tout comme les résultats de recherches obtenus chez les jeunes ayant un TDAH, l'absence d'une médication pour le trouble chez notre population à l'étude est liée à des impacts fonctionnels plus grands associés au TDAH. Comparativement aux étudiants médicamenteux, les étudiants sans médication rapportent significativement plus d'atteintes fonctionnelles. Ce résultat montre que la médication joue certainement un rôle important dans la vie d'un étudiant avec le TDAH dans un environnement postsecondaire. D'ailleurs, il est possible d'avancer que les étudiants sans traitement médical sont davantage à risque de ressentir des difficultés dans les domaines du travail, des études et des comportements à risque comparativement aux étudiants médicamenteux. Une fois de plus, cela démontre la pertinence de la médication chez les étudiants, celle-ci pouvant agir comme un facteur de protection. Les résultats appuient l'importance de développer des initiatives psychoéducatives afin de promouvoir les bénéfices de la médication auprès de cette population. Il est donc suggéré que dans sa pratique auprès de l'étudiant de niveau postsecondaire ayant un TDAH, le psychoéducateur, en plus d'offrir un suivi à ce dernier, qu'il informe l'étudiant sur la médication ainsi que sur les bénéfices d'en faire l'usage.

Les résultats concernant l'influence de la consommation d'alcool ou de drogues sur les différents domaines de fonctionnement chez les étudiants ayant un TDAH

apportent un angle nouveau aux résultats déjà existants. Alors que la littérature s'attarde principalement à trouver la nature de la relation entre la consommation et la diminution ou l'augmentation des symptômes du TDAH (inattention, hyperactivité/impulsivité), notre recherche se concentre plutôt sur les atteintes fonctionnelles reliées au trouble. À ce propos, il s'avère que peu importe les domaines fonctionnels examinés, les étudiants qui ont une consommation à risque d'alcool ont de façon générale plus d'atteintes fonctionnelles dans leur vie que ceux à aucun ou faible risque. Les résultats concernant l'influence de la consommation de drogues sont identiques à ceux de l'alcool. Donc, une consommation à risque de drogues engendre aussi plus d'impacts fonctionnels dans la vie de l'étudiant.

De plus, une consommation à risque d'alcool ou de drogues a des effets importants sur les comportements à risque de l'étudiant ayant un TDAH. C'est donc dire que les étudiants de niveau postsecondaires ayant une consommation à risque, sur le plan de l'alcool ou des drogues, manifesteront significativement plus de comportements à risque que ceux à aucun ou faible risque. De plus, le domaine des études est aussi affecté par les étudiants qui ont une consommation de drogues à risque, comparativement à ceux à aucun ou faible risque. À ce propos, la consommation à risque de l'alcool ou des drogues a des effets nuisibles sur le bon fonctionnement scolaire des étudiants ayant un TDAH. La consommation à risque d'alcool semble influencer les aptitudes à la vie quotidienne des étudiants de l'étude. Plus en détail, au

CÉGEP, ce sont les étudiantes qui éprouvent le plus de difficultés à fonctionner au quotidien, tandis qu'à l'université, ce sont les étudiants.

Il apparaît essentiel que d'autres recherches auprès des étudiants collégiens et universitaires soient réalisées afin d'étayer davantage les connaissances à leur sujet. Les recherches futures sur les étudiants postsecondaires ayant un TDAH devraient, entre autres, comporter un échantillon plus grand permettant une meilleure généralisation. De plus, l'étude de l'impact des accommodements sur le rendement scolaire et de l'efficacité des interventions psychosociales et académiques semble nécessaire pour guider les cliniciens et le personnel scolaire afin de mieux soutenir ceux avec le TDAH. De plus, il pourrait être pertinent que ces autres études puissent déterminer si les étudiants ayant un TDAH sont en effet plus susceptibles d'utiliser ou d'abuser de substances psychoactives ainsi que les facteurs de protection et de risque associé. Il serait également intéressant d'explorer plus en profondeur l'impact du soutien de l'entourage chez la population à l'étude. Finalement, d'autres études doivent être menées afin de corroborer les atteintes sur le plan du concept de soi chez les étudiants postsecondaires ayant un TDAH.

Dans le but de maximiser le succès et le bien-être des étudiants ayant le TDAH dans nos établissements postsecondaires au Québec, les résultats de nos analyses suggèrent des pistes de réflexion intéressantes pour les gestionnaires des services adaptés. D'abord, l'importance de faire part aux étudiants ayant un TDAH des bénéfices pouvant être associés à un traitement pharmacologique. Ensuite, il est impératif que des

réflexions soient faites afin de venir en aide aux étudiants en ce qui concerne les aptitudes à la vie quotidienne et plus spécifiquement sur le plan du sommeil. D'ailleurs, suite à l'analyse de ses résultats sur le sommeil, Gaultney (2014) avance que traiter les problèmes de sommeil chez cette population pourrait aussi permettre d'améliorer la réussite scolaire des étudiants. Enfin, comme mentionné précédemment, il est primordial de réfléchir à une façon d'aider les étudiants sur le plan du concept de soi.

Pour terminer, plusieurs éléments restent encore inconnus et doivent être explorés afin de connaître plus en profondeur les difficultés des étudiants de niveau postsecondaire ayant un TDAH. En effet, il serait intéressant d'explorer les trajectoires développementales des étudiants afin de dégager s'il existe des profils plus ou moins à risque d'éprouver des difficultés dans la poursuite de leurs études ou d'autres difficultés d'adaptation, notamment sur le plan de la consommation. À cet égard, comparer les étudiants ayant un TDAH qui persévèrent à des niveaux supérieurs à ceux qui ne poursuivent pas ainsi que comparer les adultes ayant un TDAH qui retournent aux études après un arrêt à ceux n'ayant pas interrompu leur scolarité serait certes pertinent. Enfin, pour déterminer les profils des étudiants ayant un TDAH dans les établissements postsecondaires ainsi que ce qui caractérise les trajectoires empruntées par ces derniers, un devis plus qualitatif serait à propos.

Références

- Adlaf, E. M., Begin, P. et Sawka, E. (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Advokat, C., Lane, S. M. et Luo, C. (2011). College students with and without ADHD: comparison of self-report of medication usage, study habits, and academic achievement. *Journal of Attention Disorders*, 15 (8), 656-666. doi : 10.1177/1087054710371168
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM 5 (5^e éd.)*. Washington, DC : Auteurs.
- Antrop, I., Roeyers, H., Van Oost, P. et Buysse, A. (2000). Stimulation seeking and hyperactivity in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 225-231.
- Arnett, J. J. (2005). The Developmental Context of Substance use in Emerging Adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235-254.
- Arria, A. M., Caldeira, L. M., O'Grady, K. E., Vincent, K. B., Johnson, E. P. et Wish, E. D. (2008). Nonmedical use of prescription stimulants among college students: associations with attention-deficit-hyperactivity disorder and polydrug use. *Pharmacotherapy*, 28 (2), 156-169. doi : 10.1592/phco.28.2.156
- Association québécoise interuniversitaire des conseillers aux étudiants en situation de handicap (AQICESH). (2013). *Statistiques concernant les étudiants en situation de handicap dans les universités québécoises (2012-2013)*. Récupéré du site de l'association : http://aqicesh.ca/docs/STATS_AQICESH_-2012-13.pdf.
- Association québécoise interuniversitaire des conseillers aux étudiants en situation de handicap (AQICESH). (2016). *Statistiques concernant les étudiants en situation de handicap dans les universités québécoises – 2014-2015*. Récupéré du site de l'association : http://aqicesh.ca/docs/STATS_AQICESH_2014-15.pdf.
- Baker, L., Prevatt, F. et Proctor, B. (2012). Drug and alcohol use in college students with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16 (3), 255-263. doi : 10.1177/1087054711416314

- Bange, F. (2011). Le devenir du trouble déficit de l'attention/hyperactivité chez l'adulte. *Archives de pédiatrie*, 18 (7), 831-834.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2001). *ADHD and the nature of self-control*. New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015a). Comorbid psychiatric disorders and psychological maladjustment in adult with ADHD. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.) (p. 343-355). New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015b). Emotional dysregulation is a core component of ADHD. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.) (p. 81-115). New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015c). Etiologies of ADHD. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.) (p. 356-390). New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015d). Executive functioning and self-regulation viewed as an extended phenotype. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.) (p. 405-434). New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. et Cox, D. (2007). A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of Safety Research*, 38 (1), 113-128. doi: 10.1016/j.jsr.2006.09.004
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. et Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (2), 195-211. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00214.x
- Barkley, R. A. et Murphy, K. R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: The predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25 (3), 157-173. doi: 10.1093/arclin/acq014

- Barkley, R. A., Murphy, K. R., DuPaul, G. I. et Bush, T. (2002). Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. *Journal Of The International Neuropsychological Society*, 8 (5), 655-672. doi: 10.1037/0021-843X.111.2.279
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. et Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York, NY : Guilford Press.
- Berk, L. E. et Potts, M. K. (1991). Development and functional significance of private speech among attention-deficit hyperactivity disorder and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 357-377.
- Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J. et Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Res*, 177 (3), 299-304. doi: 10.1016/j.psychres.2009.12.010
- Biederman, J., Spencer, T. et Wilens, T. (2004). "Evidence-based pharmacotherapy for attention-deficit hyperactivity disorder." *The International Journal Of Neuropsychopharmacology / Official Scientific Journal Of The Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)*, 7 (1), 77-97.
- Blase, S. L., Gilbert, A. N., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., Swartzwelder, H. S. et Rabiner, D. L. (2009). Self-reported ADHD and adjustment in college: cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Attention Disorders*, 13 (3), 297-309. doi : 10.1177/1087054709334446
- Bonnelli, H., Ferland-Raymond, A.-E. et Campeau, S. (2010). *Portrait des étudiantes et étudiants en situation de handicap et des besoins émergents à l'enseignement postsecondaire. Une synthèse des recherches et de la consultation*. Québec, QC : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Direction des affaires étudiantes universitaires et collégiales.
- Bowman, N. A. (2010). The development of psychological well-being among first-year college students. *Journal of College Student Development*, 51 (2), 180-200. doi: 10.1353/csd.0.0118
- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D. et Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12, 434-441. doi :10.1177/1087054708314596
- Brown, T. E. (2013). *A New Understanding of ADHD in Children and Adults : Executive Function Impairments*. New York, NY: Routledge.

- Bruner, M. R., Kuryluk, A. D. et Whitton, S. W. (2015). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptom Levels and Romantic Relationship Quality in College Students. *Journal of American College Health*, 63 (2), 98-108.
- Buitelaar, J. K., Kan, C. C. et Asherson, P. (2011). *ADHD in adults : characterization, diagnosis, and treatment*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Burt, S. A., Larsson, H., Lichtenstein, P. et Klump, K. L. (2012). Additional evidence against shared environmental contributions to attention-deficit/hyperactivity problems. *Behavior Genetics*, 42 (5), 711-721. doi : 10.1007/s10519-012-9545-y
- CADDRA. (2016, avril). *Guide de CADDRA pour les traitements pharmacologiques du TDAH au Québec – 2016*. Récupéré du site de CADDRA : http://caddra.ca/pdfs/Medication_Chart_French_QUEBEC.pdf
- Chan, E., Fogler, J. M. et Hammerness, P. G. (2016). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 315 (18), 1997-2008. doi: 10.1001/jama.2016.5453
- Children Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). (2008). *AD/HD, sleep, and sleep disorders*. Récupéré sur le site du CHADD: <http://www.chadd.org/Portals/0/Content/CHADD/NRC/Factsheets/sleep.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dooling-Litfin, J. K. et Rosén, L. A. (1997). Self-esteem in college students with a childhood history of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of College Student Psychotherapy*, 11 (4), 69-82. doi : 10.1300/J035v11n04_06
- Ducharme, D. et Montminy, K. (2012). L'accomodement des étudiants en situation de handicap dans les collèges. Avis de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. *Pédagogie collégiale*, 15 (4), 9-15.
- DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., O'Dell, S. M. et Varejao, M. (2009). College students with ADHD: current status and future directions. *Journal of Attention Disorders*, 13 (3), 234-250. doi: 10.1177/1087054709340650
- Edbom, T., Lichtenstein, P., Granlund, M. et Larsson, J. (2006). Long-term relationships between symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatrica*, 95 (6), 650-657. doi : 10.1080/08035250500449866

- Edel, M. A., Pfützte, E. M., Lieder, A., Assion, H. J., Ribbert, H., Juckel, G et Brüne, M. (2009). Self concept, action control and ADHD symptoms under methylphenidate treatment in adults with ADHD. *Pharmacopsychiatry*, 42 (3), 109-113. doi : 10.1055/s-0028-1112130
- Estrada, R. V., Bosch, R., Nogueira, M., Gómez-Barros, N., Valero, S., Palomar, G., ...Ramos-Quiroga, J. A. (2013). Psychoeducation for Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder vs Cognitive Behavioral Group Therapy: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201 (10), 894-900. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182a5c2c5
- Fedele, D. A., Lefler, E. K., Hartung, C. M. et Canu, W. H. (2012). Sex Differences in the Manifestation of ADHD in Emerging Adults. *Journal of Attention Disorders*, 16 (2), 109-117.
- Fisher, A. et Watkins, M. W. (2008). ADHD Rating Scales' Susceptibility to Faking in a College Student Sample. *Journal of Postsecondary Education & Disability*, 20 (2), 81-92.
- Fleming, A. et McMahon, R. (2012). Developmental Context and Treatment Principles for ADHD Among College Students. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 15 (4), 303-329. doi: 10.1007/s10567-012-0121-z
- Franke, B., Faraone, S. V., Asherson, P., Buitelaar, J., Bau, C. H. D., Ramos-Quiroga, J. A., ...Reif, A. (2012). The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Molecular Psychiatry*, 17 (10), 960-987. doi: 10.1038/mp.2011.138
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J. et Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, 40 (1), 49-65. doi: 10.1177/00222194070400010401
- Gaultney, J. F. (2014). College Students with ADHD at Greater Risk for Sleep Disorders. *Journal of Postsecondary Education & Disability*, 27 (1), 5-18.
- Ginsberg, L., Katic, A., Adeyi, B., Dirks, B., Babcock, T., Lasser, R., ... Adler, L. A. (2011). Long-term treatment outcomes with lisdexamfetamine dimesylate for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder stratified by baseline severity. *Current Medical Research and Opinion*, 27 (6), 1097-1107. doi: 10.1185/03007995.2011.567256

- Glass, K. et Flory, K. (2012). Are symptoms of ADHD related to substance use among college students? *Psychology of Addictive Behaviors*, 26 (1), 124-132. doi: 10.1037/a0024215
- Glutting, J. J., Youngstrom, E. A. et Watkins, M. W. (2005). ADHD and College Students: Exploratory and Confirmatory Factor Structures With Student and Parent Data. *Psychological Assessment*, 17 (1), 44-55. doi : 10.1037/1040-3590.17.1.44
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. et Strang, J. (1995). The *Severity of Dependence Scale* (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607-614.
- Graziano, P. A., Reid, A., Slavec, J., Paneto, A., McNamara, J. P. et Geffken, G. R. (2015). ADHD symptomatology and risky health, driving, and financial behaviors in college: The mediating role of sensation seeking and effortful control. *Journal of Attention Disorders*, 19 (3), 179-190. doi : 10.1177/1087054714527792
- Green, A. L. et Rabiner, D. L. (2012). What do we really know about ADHD in college students? *Neurotherapeutics*, 9 (3), 559-568. doi: 10.1007/s13311-012-0127-8
- Guthrie, B. (2002). The college experience. Dans K. G. Nadeau, P. O. Quinn, K. G. Nadeau et P. O. Quinn (dir.), *Understanding women with AD/HD* (p. 288-312). Silver Spring, MD: Advantage Books.
- Hay, I. (2005). Facilitating Children's Self-Concept: A Rationale and Evaluative Study. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 15 (1), 60-67.
- Hecker, L., Burns, L., Elkind, J., Elkind, K. et Katz, L. (2002). Benefits of assistive reading software for students with attention disorders. *Annals of Dyslexia*, 52, 243-272.
- Janusis, G. M. et Weyandt, L. L. (2010). An exploratory study of substance use and misuse among college students with and without ADHD and other disabilities. *Journal of Attention Disorders*, 14 (3), 205-215. doi: 10.1177/1087054710367600
- Jerome, L., Habinski, L. et Segal, A. (2006a). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and driving risk: a review of the literature and a methodological critique. *Current Psychiatry Reports*, 8 (5), 416-426.

- Jerome, L., Segal, A. et Habinski, L. (2006b). What We Know About ADHD and Driving Risk: A Literature Review, Meta-Analysis and Critique. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15 (3), 105-125.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec, QC : Institut de la statistique du Québec.
- Katz, N., Petscher, Y. et Welles, T. (2009). Diagnosing Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in College Students: An Investigation of the Impact of Informant Ratings on Diagnosis and Subjective Impairment. *Journal of Attention Disorders*, 13 (3), 277-283.
- Kendall, P. C., Zupan, B. A. et Braswell, L. (1981). Self-control in children: Further analyses of the Self-Control Rating Scale. *Behavior Therapy*, 12 (5), 667-681.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ...Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey replication. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (4), 716-723. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.716
- Kinsbourne, M., De Quiros, G. B. et Tocci Rufo, D. (2001). Adult ADHD: Controlled medication assessment. Dans J. Wasserstein, L. E. Wolf, F. F. LeFever, J. Wasserstein, L. E. Wolf et F. F. LeFever (dir.), *Adult attention deficit disorder: Brain mechanisms and life outcomes* (vol. 931, p. 287-296). New York, NY: New York Academy of Sciences.
- Klein, R. G., Mannuzza, S., Olazagasti, M. A. R., Roizen, E., Hutchison, J. A., Lashua, E. C. et Castellanos, F. X. (2012). Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 69 (12), 1295-1303.
- Knight, J. R., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring, M., Weitzman, E. R. et Schuckit, M. A. (2002). Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (3), 263-270.
- Kolar, D., Keller, A., Golfinopoulos, M., Cumyn, L., Syer, C. et Hechtman, L. (2008). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4 (1A), 107-121.

- Kooij, S. J. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., . . . Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry, 10*, 67. doi:10.1186/1471-244X-10-67
- Lacroix, G. L. et Giguère, G. (2010). Concepts fondamentaux de l'attention, 2e partie: Le contrôle cognitif et la conscience. *Revue Québécoise de Psychologie, 31* (1), 39-66.
- Landry, F. et Goupil, G. (2010). Trouble déficitaire de l'attention à l'université. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur, 26* (2).
- Loe, I. M. et Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology, 32* (6), 643-654. doi: 10.1093/jpepsy/jsl054
- Luman, M., Oosterlaan, J. et Sergeant, J. A. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: A review and theoretical appraisal. *Clinical Psychology Review, 25*, 183-213.
- Mahajan, N., Hong, N., Wigal, T. L. et Gehricke, J.-G. (2010). Hyperactive-impulsive symptoms associated with self-reported sleep quality in nonmedicated adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 14* (2), 132-137. doi: 10.1177/1087054709347170
- Mallett, K. A., Varvil-Weld, L., Borsari, B., Read, J. P., Neighbors, C. et White, H. R. (2013). An update of research examining college student alcohol-related consequences: New perspectives and implications for interventions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 37* (5), 709-716. doi : 10.1111/acer.12031
- Massé, L., Lanaris, C. et Couture, C. (2014). Le trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH). Dans L. Massé, Desbiens, N. et Lanaris, C. (dir), *Les troubles de comportements à l'école. Prévention, évaluation et intervention* (2^e éd.). Montréal, QC : Gaëtan Morin éditeur.
- Mattes, J. A., Boswell, L. et Oliver, H. (1984). Methylphenidate effects on symptoms of attention deficit disorder in adults. *Archives of General Psychiatry, 41* (11), 1059-1063.
- McCabe, S. E., Boyd, C. J., Cranford, J. A., Morales, M. et Slayden, J. (2006). A modified version of the Drug Abuse Screening Test among undergraduate students. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31* (3), 297-303. doi : 10.1016/j.jsat.2006.04.010

- McCabe, S. E., Cranford, J. A., Teter, C. J., Rabiner, D. L. et Boyd, C. J. (2012). Use, misuse, and diversion of scheduled prescription medications by college students. Dans H. R. White, D. L. Rabiner et H. R. White, *College drinking and drug use* (p. 36-59). New York, NY : Guilford Press
- McGrath, L. M., Pennington, B. F., Shanahan, M. A., Santerre-Lemmon, L. E., Barnard, H. D., Willcut, E. G., et al. (2011). A multiple deficit model of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: Searching for shared cognitive deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*, 547-557.
- McQuade, J. D. et Hoza, B. (2015). Peer relationships of children with ADHD. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)* (p. 210-222). New York, NY: Guilford Press.
- Meaux, J. B., Green, A. et Broussard, L. (2009). ADHD in the college student: A block in the road. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16* (3), 248-256. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01349.x
- Mesman, G. R. (2015). The relation between ADHD symptoms and alcohol use in college students. *Journal of Attention Disorders*, *19* (8), 694-702. doi: 10.1177/1087054713498931
- Michielsen, M., Comijs, H. C., Semeijn, E. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H. et Kooij, J. J. S. (2013). The comorbidity of anxiety and depressive symptoms in older adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, *148* (2-3), 220-227. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.063
- Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B. et Looper, K. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44* (4), 637-646. doi: 10.1111/1469-7610.00150
- Murphy, K. et Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, *37* (6), 393-401. doi: 10.1016/S0010-440X(96)90022-X
- Murphy, K. (2005). Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: A practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 607-619. doi :10.1002/jclp.20123
- Nelson, J. M. et Gregg, N. (2012). Depression and anxiety among transitioning adolescents and college students with ADHD, dyslexia, or comorbid

- ADHD/dyslexia. *Journal of Attention Disorders*, 16 (3), 244-254. doi: 10.1177/1087054710385783
- Norvilitis, J. M., Ling, S. et Jie, Z. (2010). ADHD Symptomatology and Adjustment to College in China and the United States. *Journal of Learning Disabilities*, 43 (1), 86-94.
- Norwalk, K., Norvilitis, J. M. et MacLean, M. G. (2009). ADHD symptomatology and its relationship to factors associated with college adjustment. *Journal of Attention Disorders*, 13 (3), 251-258. doi: 10.1177/1087054708320441
- Nugent, K. et Smart, W. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder in postsecondary students. *Neuropsychiatric Disease & Treatment*, 10, 1781-1791. doi: 10.2147/NDT.S64136
- Owens, E. B., Cardoos, S. L. et Hinshaw, S. P. (2015). Developmental progression and gender differences among individuals with ADHD. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)* (p. 223-255). New York, NY: Guilford Press.
- Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46 (7), 894-921. doi: 10.1097/chi.0b013e318054e724
- Pliszka, S. R. (2015). Comorbid psychiatric disorders in children with ADHD. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)* (p. 140-168). New York, NY: Guilford Press.
- Prevatt, F. et Levrini, A. (2015). *ADHD coaching: A guide for mental health professionals*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prevatt, F. et Yelland, S. (2015). An empirical evaluation of ADHD coaching in college students. *Journal of Attention Disorders*, 19 (8), 666-677.
- Prince, J. B., Wilens, T. E., Spencer, T. J. et Biederman, J. (2015). Pharmacotherapy of ADHD in adults. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)* (p. 836-860). New York, NY: Guilford Press.
- Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., McCabe, S. E. et Swartzwelder, H. S. (2009a). Motives and perceived consequences of nonmedical ADHD medication use by college students: Are students treating themselves for attention problems? *Journal of Attention Disorders*, 13 (3), 259-270. doi: 10.1177/1087054708320399

- Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., McCabe, S. E. et Swartzwelder, H. S. (2009b). The Misuse and Diversion of Prescribed ADHD Medications by College Students. *Journal of Attention Disorder*, 13 (2), 144-153. doi: 10.1177/1087054708320414
- Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, J., Hoyle, R. H. et Swartzwelder, H. S. (2008). Adjustment to College in Students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 689-699.
- Raistrick, D. S., Dunbar, G. et Davidson, R. J. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78, 89-95.
- Ramsay, J. R. et Rostain, A. L. (2006). Cognitive Behavior Therapy for College Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of College Student Psychotherapy*, 21 (1), 3-20.
- Ramsay, J. R. et Rostain, A. L. (2015). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD : an integrative psychosocial and medical approach* (2e ed.). New York, NY: Routledge.
- Richards, T. L., Deffenbacher, J. L. et Rosén, L. A. (2002). Driving anger and other driving-related behaviors in high and low ADHD symptom college students. *Journal of Attention Disorders*, 6 (1), 25-38. doi: 10.1177/108705470200600104
- Roberts, W., Milich, R. et Barkley, R. A. (2015). Primary symptoms, diagnostic criteria, subtyping, and prevalence of ADHD. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.) (p. 51-80). New York, NY: Guilford Press.
- Roberts, W., Fillmore, M. T. et Milich, R. (2011). Separating automatic and intentional inhibitory mechanisms of attention in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 223-233. doi: 10.1037/a0021408
- Rodriguez, C. A. et Span, S. A. (2008). ADHD symptoms, anticipated hangover symptoms, and drinking habits in female college students. *Addictive Behaviors*, 33 (8), 1031-1038. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.03.013
- Rooney, M., Chronis-Tuscano, A. et Yoon, Y. (2012). Substance use in college students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16 (3), 221-234. doi : 10.1177/10870547110392536
- Rooney, M., Chronis-Tuscano, A. M. et Huggins, S. (2015). Disinhibition mediates the relationship between ADHD and problematic alcohol use in college students.

Journal of Attention Disorders, 19 (4), 313-327. doi: 10.1177/1087054712459885

Rouleau, N. (2010). Manifestations cliniques des dysfonctions attentionnelles chez l'enfant. Clinical indicators of attentional dysfunctions in children. *Revue Québécoise de Psychologie*, 31 (1), 67-92.

Scholl, J-M. (2008) Les troubles de l'attention – avec ou sans hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte. *Recueil Annuelle d'ergothérapie*, 1, 9-23.

Sepúlveda, D. R., Thomas, L. M., McCabe, S. E., Cranford, J. A., Boyd, C. J. et Teter, C. J. (2011). Misuse of prescribed stimulant medication for ADHD and associated patterns of substance use: Preliminary analysis among college students. *Journal of Pharmacy Practice*, 24 (6), 551-560. doi: 10.1177/0897190011426558

Shanahan, M. A., Pennington, B. F., Yerys, B. E., Scott, A., Boada, R., Willcutt, E. G., et al. (2006). Preprocessing speed deficits in attention deficit/hyperactivity disorder and reading disability. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 585-602.

Sharma, A. et Couture, J. (2014). A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Ann Pharmacother*, 48 (2), 209-225. doi : 10.1177/1060028013510699

Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W. et Bergman, A. (2005). Adjustment, Social Skills, and Self-Esteem in College Students with Symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 8 (3), 109-120.

Shifrin, J. G., Proctor, B. E. et Prevatt, F. F. (2010). Work performance differences between college students with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 13 (5), 489-496. doi: 10.1177/1087054709332376

Smith, B. H. et Shapiro, C. J. (2015). Combined treatments for ADHD. Dans R. A. Barkley (dir.). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)* (p. 686-704). New York, NY: Guilford Press.

Solanto, M. V. (2015). Executive function deficits in adults with ADHD. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)* (p. 256-266). New York, NY: Guilford Press.

Sonuga-Barke, E. J. S., Sergeant, J. A., Nigg, J. et Willcutt, E. (2008). Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: Nosologic and diagnostic implications. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17 (2), 367-384. doi: 10.1016/j.chc.2007.11.008

- Stavro, G. M., Ettenhofer, M. L. et Nigg, J. T. (2007). Executive functions and adaptive functioning in young adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13 (2), 324-334. doi: 10.1017/S1355617707070348
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*. Rockville, MD: Office of Applied Studies.
- Suchy, Y. (2009). Executive functioning: Overview, assessment, and research issues for non-neuropsychologists. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 106–116. doi: 10.1007/s12160-009-9097-4
- Swartz, S. L., Prevatt, F. et Proctor, B. E. (2005). A Coaching Intervention for College Students With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 42 (6), 647-656. doi: 10.1002/pits.20101
- Tessier, S., Hamel, D. et April, N. (2015). *La consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois : déterminants et problèmes liés*. Récupéré du site de l'Institut nationale de la santé publique du Québec : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2023_Consummation_Excessive_Alcool.pdf.
- Tremblay, J. et Blanchette-Martin, N. (2012). *Manuel d'utilisation du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu*. Québec, QC : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2009a). *Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool (version 1.9)*. Québec, QC : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- Tremblay, J. Rouillard, P. et Sirois, M. (2009b). *Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Drogues (version 1.8)*. Québec, QC : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- Tse, M. (2012). *Social Skills and Self-Esteem of College Students with ADHD*. ProQuest LLC.
- Upadhyaya, H. P. et Carpenter, M. J. (2008). Is attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptom severity associated with tobacco use? *The American Journal on Addictions*, 17 (3), 195-198. doi: 10.1080/10550490802021937
- Vergés, A. et Sher, K. J. (2012). Personality and Contextual Factors in College Students' Drinking. Dans H. Raskin White et Rabiner, D. L., *College Drinking and Drug Use* (p.140-158). New York, NY: The Guilford Press.

- Weiss, M. D. (2011). *Weiss Functional Impairment Rating Scale – Self Report Scale (WFIRS-S)(version française – non validée)*. Vancouver, C-B: University of British Columbia. Récupéré le 1^{er} mai 2014 du site du CADDRA : http://caddra.ca/cms4/pdfs/fr_caddraGuidelines2011WFIRS_S.pdf
- Weiss, M. D., Gibbins, C., Goodman, D. W., Hodgkins, P. S., Landgraf, J. M. et Faraone, S. V. (2010). Moderators and mediators of symptoms and quality of life outcomes in an open-label study of adults treated for attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71* (4), 381-390. doi: 10.4088/JCP.08m04709pur
- Weyandt, L. L. et DuPaul, G. J. (2006). ADHD in college students. *Journal of Attention Disorders*, *10* (1), 9-19. doi: 10.1177/1087054705286061
- Weyandt, L. L. et DuPaul G. J. (2008). ADHD in college students: Developmental findings. *Developmental Disabilities Research Reviews*, *14* (4), 311-319. doi : 10.1002/ddrr.38
- Weyandt, L. L. et DuPaul, G. J. (2012). Introduction to special series on college students with ADHD: Psychosocial issues, comorbidity, and treatment. *Journal of Attention Disorders*, *16* (3), 199-201. doi: 10.1177/1087054711427300
- Weyandt, L. L. et DuPaul, G. J. (2013). *College students with ADHD: Current issues and future directions*. New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Weyandt, L., DuPaul, G. J., Verdi, G., Rossi, J. S., Swentosky, A. J., Vilardo, B. S., ...Carson, K. S. (2013). The Performance of College Students with and without ADHD: Neuropsychological, Academic, and Psychosocial Functioning. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *35* (4), 421-435. doi: 10.1007/s10862-013-9351-8
- Weyandt, L. L. et Gudmundsdottir, B. G. (2015). Developmental and neuropsychological deficits in children with ADHD. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.)* (p. 116-139). New York, NY: Guilford Press.
- Weyandt, L. L., Janusis, G., Wilson, K. G., Verdi, G., Paquin, G., Lopes, J., ...Dussault, C. (2009). Nonmedical prescription stimulant use among a sample of college students: relationship with psychological variables. *Journal of Attention Disorders*, *13* (3), 284-296. doi: 10.1177/1087054709342212
- White, H. R. et Jackson, K. M. (2004). Social and psychological influences on emerging adult drinking behavior. *Alcohol Research & Health*, *28* (4), 182-190.

- Wilens, T. E. (2003). Drug therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Drugs*, 63, 2395-2411.
- Wilens, T. E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: The nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 27 (2), 283-301. doi: 10.1016/S0193-953X(03)00113-8
- Wilens, T. E. (2011). A sobering fact: ADHD leads to substance abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50 (1), 6-8. doi: 10.1016/j.jaac.2010.10.002
- Wilens, T. E., Adamson, J., Sgambati, S., Whitley, J., Santry, A., Monuteaux, M. C. et Biederman, J. (2007). Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. *The American Journal on Addictions*, 16 (Suppl. 1), 14-21. doi: 10.1080/10550490601082742
- Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D. et Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (11), 1557-1562. doi: 10.4088/JCP.08m04785pur
- Wilens, T. E., Biederman, J. et Spencer, T. J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53, 113-131. doi: 10.1146/annurev.med.53.082901.103945
- Willcutt, E. G., Olson, R. K., Pennington, B. F., Boada, R., Ogline, J. S., Tunick, R. A. et Chhabildas, N. A. (2001). A comparison of the cognitive deficits in reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (1), 157.
- Wilmshurst, L., Peele, M. et Wilmshurst, L. (2011). Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15 (1), 11-17. doi: 10.1177/1087054709347261
- Wolf, L. E., Simkowitz, P. et Carlson, H. (2009). College students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 11 (5), 415-421.
- Young, S. et Sedgwick, O. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder and substance misuse: An evaluation of causal hypotheses and treatment considerations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 15 (9), 1005-1014. doi: 10.1586/14737175.2015.1059756

- Young, S., Bramham, J., Gray, K. et Rose, E. (2008). The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: A qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Attention Disorders, 11*, 493–503. doi:10.1177/1087054707305172
- Zetterqvist, J., Asherson, P., Halldner, L., Langstrom, N. et Larsson, H. (2013). Stimulant and non-stimulant attention deficit/hyperactivity disorder drug use: total population study of trends and discontinuation patterns 2006-2009. *Acta Psychiatr Scand, 128* (1), 70-77. doi: 10.1111/acps.12004

Appendice A
Questionnaire de renseignement généraux



**LETTRE D'INFORMATION
(POUR QUESTIONNAIRE ÉLECTRONIQUE)**

Impacts fonctionnels du trouble de déficit d'attention/hyperactivité chez les collégiens et universitaires et relations avec la prise de médicaments ou de substances psychoactives.

Jeanne Lagacé Leblanc, candidate à la maîtrise
Sous la direction de Line Massé et Chantal Plourde, professeures, Département de
psychoéducation, UQTR

Nous apprécierions grandement votre collaboration à participer à ce projet de recherche.

Voici quelques informations pour vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre participation à ce projet afin que vous puissiez prendre une décision éclairée. N'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utile, en contactant par [courriel](#) les responsables de la recherche.

Objectifs du projet

Cette étude vise à étudier les impacts fonctionnels liés au trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) chez les étudiants collégiens et universitaire et les relations avec la prise de médicaments ou de substances psychoactives.

Votre participation à ce projet de recherche consiste à :

- Remplir un court questionnaire d'identification (sexe, âge, niveau d'étude, etc.);
- Remplir trois questionnaires au sujet des impacts fonctionnels liés au TDAH, de la consommation de substances psychoactive, ainsi que de l'usage de médicaments.

Ces tâches prennent environ de **20 à 35 minutes**.

Bénéfices

Tous les participants ayant fourni leur adresse électronique pourront profiter des bénéfices suivants :

- Recevoir gratuitement différents documents pouvant les aider à mieux composer avec leur TDAH;
- Participer à un tirage de deux minis iPad ;

- Participer à un atelier-conférence sur les stratégies gagnantes pour mieux réussir ses études qui sera offert dans leur institution à l'automne 2015.
- Recevoir un résumé des faits saillants de la recherche avant le 30 août 2016.

Risques et inconvénients

La participation au projet de recherche entraîne des inconvénients liés au temps nécessaire pour la passation du questionnaire. Le questionnaire demande également de la concentration. De plus, il est possible que vous preniez connaissance de certains problèmes dont vous n'aviez pas conscience. Si c'est le cas, une liste de ressources vous sera suggérée sur le site Internet du projet de recherche.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles. La diffusion des résultats ne pourra en aucun cas permettre d'identifier les participants.

- Les données recueillies seront conservées dans une banque de données électronique accessible seulement avec un mot de passe.
- Seuls les responsables de la recherche auront accès aux formulaires de consentement où apparaît l'adresse de courriel. Celles-ci seront détruites de façon sécuritaire trois ans après la fin du processus de recherche.
- Les réponses aux questionnaires seront anonymisées (seul un code apparaîtra) et seront conservées électroniquement pour utilisation future dans le cadre d'autres projets de recherche.

Participation volontaire

Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudices et sans avoir à fournir d'explications. Cela n'aura aucune conséquence sur votre dossier académique.

Responsable de la recherche

Pour de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec :

- Jeanne Lagacé Leblanc au 819-376-5011, poste 4071 ou par courriel au jeanne.lagace.leblanc@uqtr.ca;
- Line Massé, au 819-266-3110 ou par courriel au line.masse@uqtr.ca.

Remerciement

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR et un certificat portant le numéro [no de certificat] a été émis le [date d'émission].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

En cliquant sur le bouton de participation, vous indiquez

- avoir lu l'information
- être d'accord pour participer

Oui, j'accepte de participer

Appendice B

Version française du Weiss Functional Impairment Rating Scale – Self report

Questionnaire de renseignements généraux

1. Quel est votre sexe ? a) Femme b) Homme
2. Quel est votre âge ? _____
3. Quelle est votre situation d'habitation actuellement ?
 - a) Parents
 - b) Résidence étudiante
 - c) Chambre
 - d) Appartement
 - e) Autre. Précisez : _____
4. Quel est votre niveau d'étude ?
 - a) Collégial
 - b) Universitaire
 - a. Précisez :
 - i. Certificat
 - ii. Baccalauréat
 - iii. Maitrise
 - iv. Doctorat
5. Quel est votre régime d'étude?
 - a) Temps plein
 - b) Temps partiel
6. Occupez-vous un emploi actuellement ?
 - a) Oui. Précisez :
 - a. Temps partiel
 - b. Temps plein
 - b) Non

7. Au sujet de la médication pour le traitement du TDAH, quel scénario vous représente le mieux?

a) Je prends actuellement de la médication

- Si oui, précisez :
 - Adderall
 - Biphentin
 - Concerta
 - Dexédrine
 - Intuniv
 - Méthylphénidate
 - Strattera
 - Vyvanse

b) J'ai déjà pris de la médication, mais j'ai cessé de la prendre

- Précisez pourquoi :
 - a) Les effets secondaires étaient trop inconfortables.
 - b) J'ai cessé, car je n'ai plus de suivi médical.
 - c) La médication était mal vue par mes parents.
 - d) La médication était mal vue par mes pairs.

c) Je n'ai jamais pris de médication

- Précisez pourquoi :
 - a) En raison de contre-indications médicales.
 - b) J'ai une aversion pour la médication.
 - c) J'ai le sentiment d'être capable de faire face sans traitement pharmacologique.
 - d) Je ne bénéficie pas d'une assurance médicament.
 - e) La médication était mal vue par mes parents.
 - f) La médication était mal vue par mes pairs.

8. Je fume la cigarette

a) Oui

- Préciser quelles sont les raisons pour lesquelles vous fumez. (Les 3 raisons les plus importantes en ordre de priorité, 1 étant la plus prioritaire.)
 - Pour essayer.
 - Pour faire comme les autres.
 - Pour le plaisir.
 - Pour me calmer ou m'endormir.

- Pour me sentir mieux dans ma peau.
- Pour me stimuler (école, travail, loisirs, etc.).
- Pour être davantage concentré dans mes tâches.

b) Non

9. Je bois des boissons énergétiques

a) Oui

- Préciser quelles sont les raisons pour lesquelles vous en consommez. (Les 3 raisons les plus importantes en ordre de priorité, 1 étant la plus importante.)
 - Pour faire comme les autres
 - Pour le plaisir
 - Pour me calmer ou m'endormir
 - Pour me sentir mieux dans ma peau
 - Pour me stimuler (école, travail, loisirs, etc.)
 - Pour être davantage concentré dans mes tâches

b) Non

10. Je bois du café

a) Oui

- Préciser quelles sont les raisons pour lesquelles vous en consommez. (Les 3 raisons les plus importantes en ordre de priorité, 1 étant la plus importante.)
 - Pour faire comme les autres
 - Pour le plaisir
 - Pour me calmer ou m'endormir
 - Pour me sentir mieux dans ma peau
 - Pour me stimuler (école, travail, loisirs, etc.)
 - Pour être davantage concentré dans mes tâches

b) Non

Appendice C
Questionnaire Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool
(DÉBA-Alcool), version 1.9

Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool (DÉBA-Alcool) v1.9p

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000, rév. 13 janvier 2014

Prénom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.) Age Femme Homme
 Nom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)
 No. tél. résidence - Autre no. téléphone - No. dossier:

Question #1

Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la bière, du vin, du "fort" ou d'autres boissons alcoolisées?

- Jamais consommé
- Moins d'une fois par mois i.e total de 11 fois ou moins/an
- 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois)
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine

Terminer ici

Passer aux quest. 2 et 3

Question #2 Depuis un an, lors d'une semaine typique de consommation d'alcool ...

... combien de journées par semaine buvez-vous? X ... les journées où vous buvez, combien de consommations prenez-vous habituellement? =

Calculez le nombre de consommations lors d'une semaine typique

Si cons./sem. est de 11 et + pour les femmes et 16 et + pour les hommes OU Si nombre d'épisodes de forte cons. au cours de la dernière année est de 12 et +, passer aux quest. 4 à 19. Sinon, terminer ici.

Question #3 (Épisodes de forte consommation)

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu ...

- FEMMES → ... 4 verres ou plus en une seule occasion?
- HOMMES → ... 5 verres ou plus en une seule occasion?

Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)

Traduction par Tremblay J. (1999) du "Short Alcohol Dependence Data Questionnaire" (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983)

"Je vais vous poser quelques questions liées à la consommation d'alcool. Pensez à vos habitudes de consommation d'alcool DEPUIS UN AN et répondez-moi sans réfléchir trop longtemps." Noircir la case appropriée.

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
4. Avez-vous de la difficulté à chasser de votre esprit l'idée de boire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Est-ce que boire est plus important pour vous que de prendre votre prochain repas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Organisez-vous votre journée en fonction du moment et du lieu où vous pouvez boire?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Buvez-vous du matin au soir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Buvez-vous pour l'effet de l'alcool, peu importe le type de boisson?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Buvez-vous autant que vous voulez sans vous soucier de ce que vous ferez le lendemain?....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Continuez-vous à beaucoup boire, tout en sachant que l'alcool peut causer plusieurs problèmes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pensez-vous qu'après avoir commencé à boire vous ne serez pas capable d'arrêter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Essayez-vous de contrôler votre consommation d'alcool en arrêtant complètement de boire durant plusieurs journées ou plusieurs semaines d'affilées?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, avez-vous besoin de prendre un premier verre pour commencer la journée?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, est-ce que vos mains tremblent à votre réveil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Au réveil, après avoir beaucoup bu, avez-vous des maux de coeur ou des vomissements?....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, faites-vous des efforts pour éviter de rencontrer des gens?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Après avoir beaucoup bu, voyez-vous des choses effrayantes en vous rendant compte, plus tard, qu'elles sont imaginaires?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Vous arrive-t-il de boire et de constater, le lendemain, que vous avez oublié ce qui s'est passé la veille?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation d'alcool? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non				

QBDA Total 4 à 18

Date - -
 Année Mois Jour

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres majuscules s.v.p.)

DÉBA-A, v1.9p 2014-01-13

5226488780

DÉBA-Alcool v1.9p

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000, révisé 13 janvier 2014

No. dossier:

-2-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

"FORT" (40%)	BIÈRE (5%)	VIN (12%)
43 ml (≅ 1 1/2 once) = 1 cons.	1 petite (341 ml) = 1 cons.	1 coupe (5 oz/142 ml) = 1 cons.
375 ml (≅ 13 onces) = 9 cons.	1 grosse (625 ml) = 2 cons.	1/2 litre = 3,5 cons.
750 ml (≅ 26 onces) = 18 cons.	1 King can (750 ml) = 2 cons.	Bout. (750 ml) = 5 cons.
1,141 (≅ 40 onces) = 27 cons.	1 Boss (950 ml) = 3 cons.	Bout. (1 litre) = 7 cons.
60 ml de Listerine = 1 cons.	1 Max Bull (1,18 l) = 3,5 cons.	"VIN FORTIFIÉ (20%)"
30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.	1 pichet = 4 à 6 cons.	
	1 petit baril = 15 cons.	1 petite coupe (85 ml) = 1 cons.
	1 cidre/cooler (341 ml) = 1 cons.	

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X 0,05)

Interprétation des scores du QBDA	J'autorise _____ à faire
0-9 Intervention première ligne en CSSS	parvenir la présente évaluation à _____
10-17 Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter le clinicien du centre de réadaptation en dépendance (CRD) pour discussion concernant l'orientation	et à en discuter pour fin d'orientation.
18-45 Intervention en CRD	Date: _____ Signature usager _____
	Valide jusqu'au _____

Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)

Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA, poser les questions suivantes avant de contacter le clinicien du CRD.

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères? 20.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? 21.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille? 22.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool? 23.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? 24.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08? 25.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies? 26.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool? 27.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants? 28.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RISQ au www.risqtoxico.ca. Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@sss.gouv.qc.ca

Appendice D
Questionnaire Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Drogues
(DÉBA-Drogues), version 1.8

0133542200

Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Drogues (DÉBA-Drogues) v1.8p

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 18 décembre 2009

Age

No. dossier:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Femme Homme

Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Dans la liste de produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci depuis un an.

- Questionner sur chacun des produits
- Liste des noms de produits les plus communs au verso

Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.
--------	-----------------	-------------------	-------------------	--------------------

No. tél. résidence

Autre no. téléphone

1. Médicaments sédatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si prend méd. sédatifs à toutes les semaines, demander les 3 quest. suivantes	<input type="radio"/> Dépasse posologie	<input type="radio"/> De plus d'un médecin	<input type="radio"/> Non-prescrits	
2. Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Oral	Nasal "sniffé"	Fumé	Injecté
3. PCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hallucinogènes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Autres stimulants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inhalants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Fréquence cumulée des drogues 2 à 8 confondues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si a consommé plus d'une des drogues 2 à 8, demander la question 9 →

Si l'usager a recours à plus d'un mode de consommation pour un seul produit, les noter tous.

Si vous avez coché dans une zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon, terminez ici.

Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD)

Traduction par Tremblay, J. (1999) du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J. Powis, B., Hall, W. & Strang, J., (1995)

Choisir la drogue la plus consommée ou celle causant problèmes et poser les quest. 10 à 14 uniquement pour cette drogue.

Méd. sédatifs Cocaïne
 Cannabis Autres stimulants
 PCP Opiacés
 Hallucinogènes Inhalants

Répondez aux 5 questions suivantes en pensant à votre consommation de _____, DEPUIS UN AN...

10. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____ ?..... 10.
11. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux? 11.
12. Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupée? 12.
13. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____ ?.. 13.
14. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans _____ ? 14. Facile (0) Très difficile (2)
 Assez difficile (1) Impossible (3)

Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de médicaments ou de drogues? Oui Non

ÉSD / Total =

Interprétation au verso

Date

Année			Mois		Jour				

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres moulées s.v.p.)

Initiales intervenant(e)

DÉBA-D, v1.8p 18 déc09

4050542202

DÉBA-Drogues v1.8p (verso)

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 18 décembre 2009

No. dossier:

_____ -2-

1. Médicaments sédatifs		5. Cocaïne	6. Autres stimulants	8. Inhalants
Anxiolytiques Alprazolam® (Xanax®) Bromazépam® (Lectopam®) Buspirone (Buspar®) Chlordiazépoxide (Librax®, Librium) Clonazépam® (Rivotril®) Clonazépate® (Tranxene (D)) Diazépam® (Valium®) Hydroxyzine (Atarax®) Lorazépam® (Ativan®) Meprobamate (282 MEP®) Oxazépam® (Serax(D))	Hypnotiques Flunitrazépam (Rohypnol) Flurazépam® (Dalmane (D)) Hydrate de Chloral Nitrazépam® (Mogador®) Ténazépam® (Restoril®) Triazolam (Halcion(D)) Zapelon (Sarmoc (D)) Zopiclone (Imovane®)	Cocaïne (prise + I.V.) Crack (fumé) Freebase (fumé)	Amphétamine (Dexedrine®, Benzadrine, Adderall®, Crystal) Métamphétamine (Crystalmeth, Méthédrine) Méthylphénidate (Ritalin®, Concerta®) Phentermine (Ionamin® (D), Fastin) Phénothérazine (Precludine (D))	Aérosol Colle Chloroforme Décapant Dissolvant Essence Peinture Poppers
2. Cannabis Pot Hash Huile de haschich	3. PCP Kétamine Ketalar® PCP (souvent vendu sous le nom de mess ou mescaline)	4. Hallucinogènes Acide Champignons (psilocybine) Ecstasy (MDMA/MDA) L.S.D. Mescaline Salvia	7. Opiacés Buprénorphine (Suboxone®) Codéine (Empracet®, 222®, Tylenol-C®, Fiorinal-C®, Robaxacet-®®) Diphénoxylate (Lomotil®) Fentanyl (Duragesic®) Héroïne (Smack) Hydrocodone (Tussionex®) Hydromorphone (Dilaudid®) Morphine (MS-Contio®, Statex®, MS IR®)	Strops avec codéine ou hydrocodone (Ces sirops sont en vente libre mais derrière le comptoir) Benlyl® codéine 3,3 mg D-E Dalmaco® Dimétane-Expectorant-C-DC® Novahistex C et DH® Tussaminio® DH Triaminic® C et DH

Légende:
® = Type benzodiazépine
® = Nom commercial
Italique = Nom de rue
D = Discontinué

0-2 Intervention première ligne en CSSS	J'autorise _____ à faire
3-5 Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation	parvenir la présente évaluation à _____ et à en discuter pour fin d'orientation.
6-15 Intervention par centre spécialisé en toxicomanie	Date: _____ Signature usager _____
	Valide jusqu'au _____

Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)

Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	16. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	17. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	18. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues?	19. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ...	20. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue?	21. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues?	22. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues? Si oui, spécifiez : _____	23. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	24. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RISQ au www.risqtoxico.ca. Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

DÉBA-D, v1.8p 466c99