

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
LA PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE	4
1.1 L'AMPLEUR DU TDAH	5
1.1.1 L'ampleur chez les enfants d'âge préscolaire	5
1.1.2 L'ampleur chez les enfants d'âge primaire	6
1.1.3 L'ampleur chez les adolescents	6
1.1.4 L'ampleur chez les adultes et les personnes âgées	7
1.2 L'ÉTIOLOGIE DU TDAH	8
1.3 L'ÉVOLUTION ET LES CRITÈRES DU TDAH CHEZ LES ADULTES : DU DSM-II AU DSM-V	11
1.4 LE TDAH ET SES MANIFESTATIONS CHEZ L'ADULTE	14
1.4.1 Manifestations de l'hyperactivité	14
1.4.2 Manifestations de l'impulsivité	16
1.4.3 Manifestations du déficit attentionnel	16
1.4.4 Manifestations du défaut de mémoire	18
1.4.5 Manifestations du manque d'organisation	18
1.5 LES COMORBIDITÉS ASSOCIÉES AU TDAH CHEZ L'ADULTE	19
1.6 LES COÛTS DU TDAH POUR L'INDIVIDU ET LA SOCIÉTÉ	20
1.7 LA PERTINENCE DE LA RECHERCHE	22
CHAPITRE II	
LA RECENSION DES ÉCRITS	24
2.1 LE FONCTIONNEMENT SOCIAL ET SES DÉTERMINANTS	25
2.2 LE FONCTIONNEMENT SOCIAL DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ATTEINTS DE TDAH	30
2.3 LE FONCTIONNEMENT SOCIAL CHEZ LES ADULTES AYANT UN TDAH	32
2.3.1 Le fonctionnement conjugal, familial, et social des adultes ayant un TDAH	32
2.3.2 Le fonctionnement scolaire des adultes ayant un TDAH	38
2.3.3 Le fonctionnement socioprofessionnel des adultes ayant un TDAH	39
2.4 LES STRATÉGIES COMPENSATOIRES UTILISÉES PAR LES ADULTES AVEC UN TDAH	42
2.5 LES LIMITES DES ÉTUDES CONSULTÉES ET PROPOSITION DE RECHERCHE	44

CHAPITRE III	
LE CADRE CONCEPTUEL	47
3.1 LE MODÈLE BIOÉCOLOGIQUE DE BRONFENBRENNER	48
3.1.1 Les origines du modèle de Bronfenbrenner	48
3.1.2 Les fondements du modèle bioécologique	49
3.2 LE MODÈLE TRANSACTIONNEL DU STRESS ET DU <i>COPING</i> DE LAZARUS ET FOLKMAN	53
3.3 LA PROPOSITION D'UN MODÈLE CONCEPTUEL EXPLORATOIRE	58
CHAPITRE IV	
LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	61
4.1 LE TYPE D'ÉTUDE	62
4.2 LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	62
4.3 LA POPULATION À L'ÉTUDE	63
4.4 L'ÉCHANTILLON ET LA MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE	63
4.4.1 L'échantillon	63
4.4.2 Les stratégies de recrutement de l'échantillonnage	65
4.5 LA COLLECTE DES DONNÉES	67
4.5.1 Les outils quantitatifs	67
4.5.2 L'outil qualitatif	68
4.5.3 Le déroulement de la collecte des données	69
4.6 L'ANALYSE DES DONNÉES	71
4.6.1 L'analyse quantitative	71
4.6.2 L'analyse qualitative	71
4.7 LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	73
CHAPITRE V	
LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	75
5.1 LES CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS DE L'ÉTUDE	76
5.1.1 Les résultats des données démographiques	76
5.1.2 Les résultats des données du test de l'autoévaluation du dépistage du TDAH (ASRSv1.1)	80
5.1.3 Perception des participants à l'égard de l'impact des manifestations du TDAH dans leur fonctionnement	83
5.2 LA DÉCOUVERTE DU TDAH CHEZ LES PARTICIPANTS	84
5.2.1 La divulgation du TDAH et ses effets	85
5.3 LA PERCEPTION DES PARTICIPANTS QUANT AUX MANIFESTATIONS DU TDAH	87
5.3.1 La conception de l'impulsivité selon les participants	87
5.3.2 La conception de l'hyperactivité selon les participants	88
5.3.3 La conception de l'inattention selon les participants	89
5.3.4 La conception de du manque de mémoire selon les participants	89
5.3.5 La conception du manque d'organisation selon les participants	90

5.4	LES RÉPERCUSSIONS ASSOCIÉES AUX MANIFESTATIONS DU TDAH	91
5.4.1	Les répercussions liées à l'Impulsivité	91
5.4.2	Les répercussions liées à l'hyperactivité	93
5.4.3	Les répercussions liées à l'inattention	94
5.4.4	Les répercussions liées au manque de mémoire	96
5.4.5	Les répercussions liées au manque d'organisation	97
5.4.6	Les répercussions liées à la procrastination	99
5.5	LE FONCTIONNEMENT SOCIAL DES ADULTES AYANT UN TDAH	101
5.5.1	Le fonctionnement conjugal des personnes ayant un TDAH	101
5.5.2	Le fonctionnement familial des personnes ayant un TDAH	108
5.5.3	Le fonctionnement social des personnes ayant un TDAH	113
5.5.4	Le fonctionnement scolaire des personnes ayant le TDAH	118
5.5.5	Le fonctionnement professionnel des personnes ayant un TDAH	120
5.6	LES STRATÉGIES UTILISÉES PAR LES PERSONNES POUR PALLIER AUX MANIFESTATIONS DU TDAH	125
5.6.1	Le soutien médical et pharmacologique	125
5.6.2	Le soutien psychosocial et psychologique	128
5.6.3	La variété d'outils utilisés	129
5.6.4	Les autres stratégies	135
5.7	SYNTHÈSE DU FONCTIONNEMENT SOCIAL	136
	CHAPITRE VI	
	DISCUSSION	138
6.1	LES RÉPERCUSSIONS DU TDAH AU PLAN DU FONCTIONNEMENT	139
6.1.1	La procrastination	140
6.1.2	Le manque de mémoire	142
6.1.3	Le manque d'organisation	144
6.2	LES FACTEURS FACILITANTS, LES OBSTACLES ET LES DÉFIS ASSOCIÉS AU TDAH	145
6.2.1	La conscience de soi	145
6.2.2	Le soutien social	146
6.2.3	La prise de médication	148
6.3	LES STRATÉGIES D'ADAPTATION	150
6.3.1	Les stratégies de <i>coping</i> utilisées	150
6.3.2	Les conditions d'utilisation des stratégies	152
6.3.3	La précarité des stratégies utilisées	156
6.4	LES FORCES, LES LIMITES ET LES BIAIS DE L'ÉTUDE	157
6.4.1	Les forces de l'étude	158
6.4.2	Les limites et les biais de l'étude	159
6.5	LES RECOMMANDATIONS POUR LE TRAVAIL SOCIAL	159
	CONCLUSION	161
	RÉFÉRENCES	163
	ANNEXES	185

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.	186
ANNEXE B	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT/DÉCLARATION DU SUJET DE RECHERCHE	188
ANNEXE C	FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANTE-CHERCHEURE.	189
ANNEXE D	ANNONCE POUR LE RECRUTEMENT DES SUJETS	190
ANNEXE E	LETTRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	191
ANNEXE F	DÉMARCHE DE L'ORGANISME COMMUNAUTAIRE AQETA	194
ANNEXE G	FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS/DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	195
ANNEXE H	QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION DU TDAH CHEZ L'ADULTE/ADULT REPORT SCALE ASRS v1.1	196
ANNEXE I	AUTO-ÉVALUATION DES IMPACTS DE SIX MANIFESTATIONS DU TDAH	197
ANNEXE J	GUIDE D'ENTREVUE	198
ANNEXE K	THÈMES ET SOUS-THÈMES DE LA CODIFICATION	209
ANNEXE L	APPROBATION ÉTHIQUE	211
ANNEXE M	ATTESTATION DE LA VALEUR ÉTHIQUE DU PROJET DE MÉMOIRE	212

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Les critères diagnostiques de TDAH selon le DSM-5 [APA 2013]	12
Tableau 2	Liste et définitions des stratégies selon la forme de <i>coping</i>	57
Tableau 3	Les démarches des organismes communautaires	66
Tableau 4	Les facteurs attribuables aux difficultés dans la gestion des finances	107
Tableau 5	Les facteurs facilitant ou entravant le fonctionnement social des adultes atteints de TDAH	124
Tableau 6	Les outils techniques pour compenser les manifestations du TDAH	130

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Représentation du modèle de Bronfenbrenner décrit par Blais (1995).	51
Figure 2	Représentation du modèle bioécologique de Bronfenbrenner décrit par Absil et al. (2012) et Carignan (2011).	52
Figure 3	Modèle exploratoire du fonctionnement social adaptatif	60
Figure 4	La répartition des répondants selon leur groupe d'âge.	77
Figure 5	La répartition des répondants selon leur niveau de scolarité complété.	78
Figure 6	La répartition des répondants selon leurs revenus.	79
Figure 7	La fréquence de consommation d'alcool chez les participants.	80
Figure 8	Réponses aux neuf questions sur l'inattention.	81
Figure 9	Réponses aux neuf questions sur l'impulsivité-hyperactivité.	82
Figure 10	Les impacts perçus des manifestations du TDAH au plan conjugal, familial, social et socioprofessionnel.	84
Figure 11	Les impacts du TDAH dans la sphère conjugale.	102
Figure 12	Les impacts du TDAH dans la sphère familiale.	109
Figure 13	Les impacts du TDAH dans la sphère sociale.	113
Figure 14	Les impacts du TDAH dans la sphère socioprofessionnelle.	120
Figure 15	Situation de gestion des activités de la vie quotidienne d'Olivier	153
Figure 16	Situation de gestion des activités de la vie quotidienne de Viviane	154
Figure 17	Situation de gestion des activités de la vie quotidienne de Julia	155

INTRODUCTION

Rapport-Gratuit.com

Les problématiques sociales dévoilent l'état de santé d'une nation, d'un peuple, d'une population, d'une famille ou d'un individu. Les problèmes sociaux préoccupent, dérangent, mobilisent. Ils se transforment ou se maintiennent suivant les bouleversements identitaires, les valeurs d'une société. Ils varient dans le temps, le lieu et le contexte dans lequel ils s'inscrivent (Dorvil et Mayer, 2001). Au début du 19^e siècle, le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) était imperceptible. À cette époque, la vie rurale privilégiait le travail manuel et l'intellect était peu sollicité. Au regard du TDAH, les exigences environnementales du contexte social étaient favorables, à notre avis, pour l'hyperactivité. En effet, le surplus d'énergie des personnes qui avaient le TDAH était canalisé par le travail dans les champs. Les familles étant nombreuses, les enfants participaient aux travaux très tôt. Le travail était prioritaire ; l'éducation de second ordre. À cette époque, il était plus facile d'arrêter l'école et d'être sur le marché du travail ou aider aux champs. Le TDAH n'était pas une problématique sociale dans ce temps-là.

Au fil des ans, l'éducation est devenue une valeur sociétale prioritaire. L'obligation de fréquenter une institution scolaire fait force de loi. Les demandes de la société exigent de plus en plus l'utilisation de l'intellect. L'éducation, les compétences cérébrales et la performance deviennent de plus en plus les nouvelles valeurs sociétales. L'histoire des échecs scolaires et l'abandon des études chez les jeunes préoccupent. On met en lumière des déficits chez ces enfants en difficultés. On pose un diagnostic. Plusieurs études ont porté sur le TDAH chez les enfants et les adolescents. Tout récemment, les études ont mis à jour la persistance du TDAH à l'âge adulte. La plupart de ces nouvelles études s'intéressent principalement à la prévalence, à l'identification des critères diagnostics de ce trouble chez l'adulte et de sa composante avec des troubles concomitants. Peu d'études ont exploré l'influence du TDAH sur le fonctionnement social et adaptatif des adultes atteints de ce trouble. C'est donc dans l'optique de mieux comprendre le fonctionnement social, de même que les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes ayant un TDAH qu'a été entreprise la présente étude. Celle-ci vise l'atteinte de quatre objectifs spécifiques. Le premier consiste à décrire les principales répercussions du TDAH au plan du fonctionnement conjugal, familial, scolaire, social et socioprofessionnel. Le deuxième vise

à décrire les facteurs qui facilitent et nuisent au fonctionnement conjugal, familial, scolaire, social et socioprofessionnel. Le troisième objectif permet de décrire les défis auxquels les adultes ayant un TDAH sont confrontés quotidiennement. Finalement, le quatrième est de décrire les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes ayant un TDAH pour faire face aux difficultés de fonctionnement rencontrées. C'est dans le cadre d'une étude qualitative exploratoire, menée auprès de huit volontaires, que ces objectifs ont été atteints. Ces volontaires, qui devaient être âgés de plus de 25 ans et avoir un diagnostic du TDAH ont été recrutés à travers divers organismes communautaires de la région du Saguenay-Lac-St-Jean. Ils ont par la suite été conviés à participer à une rencontre, d'une durée approximative de 120 minutes, à l'intérieur de laquelle : a) trois questionnaires ont été administrés et b) une entrevue semi-dirigée a été menée.

Ce mémoire présente les résultats de la démarche entamée et se divise en six chapitres. Le premier chapitre du mémoire met en place les éléments de la problématique. Le second chapitre, présente la problématique de la recherche sous l'angle du fonctionnement social. Le troisième chapitre présente le cadre conceptuel de l'étude. Le quatrième chapitre présente la méthodologie de cette étude. Le chapitre 5, expose les résultats et le chapitre 6 permet de les discuter à partir du cadre conceptuel, et notamment à la lumière des forces et limites de cette étude, et d'émettre un certain nombre de recommandations.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE

1.1 L'AMPLEUR DU TDAH

On constate, depuis le début des années 1990, une augmentation du nombre de personnes diagnostiquées avec le TDAH au plan mondial. En effet, depuis ces années, ce trouble a connu une expansion rapide en Amérique du Nord, en Europe, en Australie, en Amérique latine et dans certaines parties de l'Asie (Brown, 2009a). Cette augmentation du nombre de personnes diagnostiquées a par conséquent soulevé l'intérêt de nombreux chercheurs. Malgré l'existence de variations selon les études consultées, la plupart des auteurs s'entendent pour estimer entre 3 % et 5% la prévalence du TDAH dans la population générale (Celestin-Westreich et Celestin, 2008; Guay, Lageix et Parent, 2006; Soppelsa, Gonzalès et Tan Ham, 1996). Force est de constater que les études visant à documenter la prévalence du TDAH arrivent à des résultats comparables lorsqu'elles sont réalisées à partir des mêmes critères diagnostiques et suivant une méthodologie similaire (Brown, 2009a ; Faraone, Sergeant, Gillbert et Biderman, 2003; Rohde et al. 2005). En l'occurrence, le TDAH ne constituerait pas une construction culturelle (Rohde et al. 2005). Les prochaines lignes seront consacrées à l'ampleur du TDAH chez les enfants, les adolescents et les adultes.

1.1.1 L'ampleur chez les enfants d'âge préscolaire

Aujourd'hui, les premiers signes du TDAH se reconnaissent plus précocement. De ce fait, la question du diagnostic peut être posée avant l'âge de 6 ans. Bien entendu, c'est l'intensité de la symptomatologie motrice ou l'existence de difficultés précoces des apprentissages qui oriente le diagnostic (Bouvard, Le Heuzey et Mouren-Simeoni, 2002). En effet, le TDAH est de plus en plus diagnostiqué chez les enfants d'âge préscolaire (McCleary, 2002) et sa prévalence est mieux établie pour ce groupe d'âge (Posner, Pressman et Greenhill, 2009). Des enquêtes épidémiologiques examinant des échantillons dans la communauté ont révélé des taux de prévalence variant de 2 % à 6 % chez les enfants d'âge préscolaire. L'estimation de la prévalence des enfants d'âge préscolaire (en fonction des critères du DSM-IV-TR) apparaît être approximativement semblable à celle des enfants d'âge scolaire soit de 3 % à 7 % (Sciutto et Eisenberg, 2007). L'analyse des

données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010) (Belleau, Tétreault, Courtemanche, et Desrosiers, 2010) témoigne de l'apparition précoce et la stabilité relative au fil du temps des symptômes du TDAH chez les enfants allant de l'âge de 31/2 ans à 8 ans (Cardin, Desrosiers, Belleau, Giguère et Boivin, 2011). Selon cette même étude, le taux estimé des enfants susceptibles de présenter un niveau élevé de symptômes d'hyperactivité est de 8,9 %, et d'inattention de 4,3 %.

1.1.2 L'ampleur chez les enfants d'âge primaire

Mccleary (2002) relève que le TDAH est majoritairement diagnostiqué au cours de l'enfance, plus particulièrement après l'âge de 6 ans. En fait, le caractère pathologique des manifestations du TDAH se découvre la plupart du temps par les contraintes liées à la scolarisation (Bouvard et al. 2002). De ce fait, le TDAH est l'un des troubles le plus fréquemment diagnostiqué au niveau élémentaire. Il constitue l'un des sept problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les enfants d'âge scolaire (voir le site internet suivant : <http://www.agencesss04.qc.ca>). Ce trouble ferait également partie des deux problèmes les plus importants chez les enfants recevant des services de la protection de la jeunesse (voir le site interne suivant : <http://www.agencesss04.qc.ca>). En plus, il est intéressant de noter que l'impulsivité est reconnue comme facteur affectant entre 45 % et 75 % des enfants victimes de maltraitance (Nadeau, Bergeron-Leclerc, Pouliot, Chantal et Dufour, 2012). Par ailleurs, selon les dires du Dr Geoffroy de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal, de 50 à 75 % des consultations en neuropsychiatrie, en psychologie et en pédopsychiatrie sont effectuées en raison du TDAH (MEQ et MSSS, 2003).

1.1.3 L'ampleur chez les adolescents

Des auteurs rapportent que les symptômes du TDAH observés chez les enfants persistent dans 50 à 80% des cas à l'adolescence (Barkley et Murphy, 1998 ; Juneau et Boucher, 2004 ; Hechtman, 2011). D'autres auteurs estiment plutôt cette persistance à la baisse soit de 30 à 70 % (Barkley, 2002 ; Biederman et al. 1996). Rappelons que la gravité du TDAH à l'enfance prédit de façon significative la persistance de celui-ci. Il arrive toutefois, lorsque les symptômes sont légers ou modérés, que le TDAH ne soit pas

détecté pendant la petite enfance, ni durant l'enfance et devenir apparent plus tard à l'adolescence lorsque les défis deviennent de plus en plus exigeants (Brown, 2009a ; Asherson et al. 2012 ; Vincent, 2005). Delvenne (2007) note que la prévalence du TDAH à l'adolescence est plus difficile à évaluer du fait que l'on a longtemps présumé que ce trouble se résolvait à cet âge. Du même avis, Massé (1999) rapporte qu'il y a peu de données sur la prévalence de ce trouble chez les adolescents. C'est la persistance fréquente des troubles attentionnels, après la puberté, qui incite les adolescents à venir en consultation (Biederman et al. 1996). D'une part, le diagnostic de TDAH semble plus difficile à établir, notamment, lorsque l'adolescent consulte pour la première fois et, d'autre part, lorsque les symptômes n'ont pas engendré de difficultés entraînant une gêne importante dans le fonctionnement familial et scolaire.

1.1.4 L'ampleur chez les adultes et les personnes âgées

L'intérêt des chercheurs pour le TDAH chez l'adulte prend de plus en plus d'importance (Delisle et Richard, 2006). Ce trouble persisterait non seulement chez une majorité d'adolescents, mais également chez une bonne proportion d'adultes (Asherson et al. 2012 ; Blondeau, Rénéric, Martin-Guehl et Bouvard, 2009). En effet, les études longitudinales de suivi révèlent une persistance approximative de 65 % des enfants atteints de TDAH continuant d'éprouver à l'âge adulte des difficultés reliées aux symptômes du TDAH (Biederman, 2011 ; Faraone, Biederman et Mick, 2006 ; Delisle et Richard, 2006 ; Resnick, 2005 ; Wender, Wolf et Wasserstein, 2001). Des études plus récentes estiment toutefois que le taux de persistance varierait entre 4 % et 20 % (Valanton, 2014). Cette variation des taux de persistance se trouve être le reflet de la difficulté à définir le nombre de critères requis ainsi qu'à déterminer le degré de gêne fonctionnelle pour poser le diagnostic chez l'adulte.

Concrètement, de 2,3 % à 4,5 % des adultes seraient atteints du TDAH au plan mondial, selon les enquêtes épidémiologiques (Kessler et al. 2006 ; Resnick, 2005 ; Wender et al. 2001). Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, ce taux varierait entre 2,8 % et 4,2 % (Michielsen et al. 2012). Kessler et al. (2006) nous invitent cependant à la

prudence concernant l'estimation de la prévalence. En fait, l'interprétation conservatrice des résultats dans leur étude (Kessler et al. 2006) a tenu compte de certaines limites tels que : 1) les critères du DSM-IV qui proposent des indications minimales en ce qui concerne le diagnostic chez les adultes, 2) les sous-échantillons clinique du TDAH chez l'adulte utilisé dans leur étude, ont été réévalués globalement étant donné que ces répondants avait été évalué auparavant dans l'enquête provenant du National Comorbidity Survey Replication, 2004, 3) l'évaluation des données a été fondée sur des auto-évaluations et 4) l'absence de standard pour la validation clinique de TDAH chez l'adulte. Selon Valanton (2014) et Kessler et al. (2006) de plus amples études sont nécessaires afin de mieux estimer la prévalence du TDAH chez les adultes. Cela est d'autant plus important que contrairement à la croyance populaire, l'on sait maintenant que le TDAH est un trouble qui persiste tout au long de la vie de plusieurs individus, affectant notamment leur fonctionnement en société (Biederman et al. 2006).

1.2 L'ÉTIOLOGIE DU TDAH

Plusieurs recherches et analyses sur le TDAH ont été effectuées pour en identifier les causes (Thapar, Cooper, Jefferies et Stergiakouli, 2011 ; Burt, 2009 ; Faraone al. 2005) et comprendre ses particularités (Barkley, 1997a ; 1997b ;1998 ; Barkley et Murphy, 1998). L'étiologie du TDAH ne semble pas unique puisque qu'on lui attribut un ensemble de causes diverses (Albaret, 2001). En effet, il semblerait que le TDAH soit d'origine multifactorielle et que des facteurs génétiques, environnementaux et développementaux seraient impliqués (Biederman et Faraone, 2005 ; Burt, 2009 ; Grosse, Da Fonseca, Fakra, Poinso et Samuelian, 2007). Pour tout dire, l'hypothèse étiologique la plus admise est celle d'une influence polygénique combinée avec des facteurs de risque environnementaux (Asherson et al. 2012).

En effet, plusieurs études réalisées auprès de jumeaux ou d'enfants adoptés ciblent le facteur génétique comme étant un point de départ du TDAH. Il semble en effet que certains enfants héritent de conditions biochimiques spécifiques qui les prédisposent à ce

trouble (Levy, Hay, McStephen, Wood et Waldman, 1997). Une étude réalisée auprès de jumeaux révèle que la probabilité que tous les deux soient atteints du TDAH va de 75 % à 91 % (Levy et al. 1997). La probabilité, que les enfants d'une même fratrie aient le trouble, varie, quant à elle, de 13 % à 35 % selon l'étude de Gross-Tsur, Shalev et Amir (1991).

Au plan développemental, il semblerait que le TDAH serait associé à un dysfonctionnement dans les voies fronto-sous-corticales et à des déséquilibres dans les systèmes dopaminergique et noradrénergique (cortex préfrontal). En fait, plusieurs auteurs observent une immaturité chez les enfants avec un TDAH. Le comportement observé chez ces enfants correspond davantage à celui d'un enfant d'âge plus jeune. (MEQ et MSSS, 2003; Anaspopoulos et Barkley, 1988 et Kinsbourne, 1977, cité dans Braswell et Bloomquist, 1991).

Enfin, en ce qui a trait aux facteurs environnementaux, Cadoret et Stewart (1991) ont trouvé que le statut socioéconomique et des problèmes psychiatriques chez des membres de la famille d'adoption entraînaient des corrélations significatives avec différentes manifestations cliniques du TDAH (Poissant et Lecomte, 2007). D'autres auteurs identifient que la classe sociale, l'âge de la mère et le sexe ont un impact sur l'hyperactivité (Chandola, Robling, Peters, Melville-Thomas et McGuffin, 1992). L'apparente contradiction des études génétiques et sociales souligne la pertinence de collecter plus d'informations sur l'ensemble des conditions entourant l'enfant (Poissant et Lecomte, 2007). Toutefois, Faraone, Biederman, Keenan et Tsuang (1991) affirment que le degré de parenté du membre de la famille, l'âge de ce dernier, la classe sociale et la préservation de l'unité familiale n'auraient pas d'impact dans l'étiologie du trouble. Néanmoins, les facteurs psychosociaux comme la pauvreté, la sous-stimulation, l'abus physique ou psychologique et une alimentation carentielle ne peuvent être considérés comme une cause du TDAH, cependant ils ont un impact sur la problématique, car ils peuvent précipiter ou aggraver les symptômes du TDAH (MEQ et MSSS, 2003). En somme, les aspects

environnementaux ont plutôt un impact sur la gravité du TDAH que sur l'apparition du trouble.

Il importe de parler, ici, du modèle théorique de Barkley qui tente d'explicitier les causes du TDAH et de les comprendre. Barkley (1997a ; 1997b ; 1998 ; Barkley et Murphy, 1998), dans son modèle conceptuel du TDAH, émet l'hypothèse d'un dysfonctionnement de l'inhibition comportementale comme le point central du déficit dans le TDAH. Ce dysfonctionnement conduit à des troubles secondaires dans quatre fonctions neuropsychologiques (fonctions exécutives). En d'autres mots, le déficit de l'inhibition produit la non-efficacité de ces fonctions exécutives. Barkley (1997a ; 1998) explique que ce déficit influe sur a) la mémoire de travail, b) l'autorégulation de l'affect-motivation-excitation, c) l'internalisation de la parole, et d) la reconstitution (analyse comportementale et la synthèse). Les impacts du dysfonctionnement de ces fonctions exécutives produisent une moins bonne qualité de l'attention soutenue : une faible durée de l'attention, moins de résistance à la distraction. Cette inattention réduit la maîtrise dans l'ajustement comportemental. Elle restreint la persévérance vers l'atteinte d'un but. L'attention est nécessaire pour suivre des règles, des plans, des objectifs et gérer le temps, etc. (Barkley, 1997a ; 1997b ; 1998 ; Barkley et Murphy, 1998). L'inhibition permet habituellement : l'arrêt d'une première réponse (bloque l'impulsivité), permet un retard dans la décision de répondre, permettant à d'autres actions des fonctions exécutives de s'activer et contrôle les interférences (Barkley, 1997a ; 1997b ; 1998 ; Barkley et Murphy, 1998).

En somme, les dysfonctionnements dans les fonctions exécutives du fait du déficit de l'inhibition comportemental auront pour conséquence au plan développemental des retards associés aux difficultés concernant : la persistance de l'attention, la résistance à la distraction, l'inhibition comportementale volontaire et la régulation du niveau d'activité par rapports aux pairs des mêmes âges (Barkley, 1997a ; 1997b ; 1998a ; 1998b).

1.3 L'ÉVOLUTION ET LES CRITÈRES DU TDAH CHEZ LES ADULTES : DU DSM-II AU DSM-V

Le TDAH a fait son apparition dans le DSM-II (1968) sous la rubrique « Réaction Hyperkinétique de l'enfance » sans aucune référence à la possibilité que ce trouble perdure jusqu'à l'âge adulte. Il a fallu attendre la 3^e version du DSM (APA, 1980) pour voir apparaître l'appellation : « Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité » (TDAH). Dans cette version du DSM, l'hyperactivité était davantage perçue comme un effet du déficit de l'attention (Gaudreau, 2010). C'est à cette époque, que la possibilité d'une persistance du TDAH à l'âge adulte a été évoquée pour la première fois, sous le vocable : « trouble déficitaire de l'attention, de type résiduel » sans hyperactivité mais avec une impulsivité et des troubles de l'attention persistants (Grosse et al. 2007). Cette appellation a toutefois été abandonnée dans la version révisée du DSM-III (1987) constatant que le TDAH ne différait pas selon l'âge (Grosse et al. 2007). Or, dans le DSM-IV (1994) on revient avec le sous-type « en rémission partielle » correspondant aux adolescents et aux adultes qui, actuellement, présentent des symptômes provoquant une véritable gêne fonctionnelle sans remplir l'ensemble des critères diagnostiques pour le TDAH (Grosse et al. 2007). Soulignons que le DSM-IV-TR (2003) regroupe les symptômes du TDAH selon deux dimensions : l'inattention, l'hyperactivité-impulsivité. Selon la dominance de l'un ou l'autre de ces dimensions le diagnostic va varier : a) type inattention prédominante, b) type hyperactivité/impulsivité prédominante ou c) type mixte lorsqu'il y a la présence des symptômes d'inattention et des symptômes d'hyperactivité/impulsivité.

Quant au DSM-V (2013), il conserve les mêmes dimensions et critères diagnostiques du TDAH que ceux du DSM-IV-TR. Cependant, on y retrouve cinq changements majeurs rapportés par Prosser et Reid (2013) ainsi que Vantalou (2014) : 1) un certain nombre d'exemples comportementaux observable chez les enfants, les adolescents et les adultes atteints de TDAH ont été inclus. En fait, les critères de la présence du trouble ont été adaptés selon les âges ; 2) l'âge de l'apparition des manifestations des symptômes a été augmenté passant de 7 à 12 ans ; 3) le nombre nécessaire de symptômes pour les

adolescents de 17 ans et plus, donc des adultes, ont été réduit de six à cinq ; cependant, ces symptômes doivent persister durant 6 mois, à un degré qui est inadapté et qui interfère avec le fonctionnement de l'individu ; 4) le TDAH peut coexister avec un diagnostic d'autisme, en fait les critères d'exclusion pour le TDAH et l'autisme ont été éliminées dans le DSM-V; 5) l'accent a été mis sur l'identification des symptômes dans plusieurs milieux dont la mise en évidence d'une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. En réalité, le but de ces changements a été l'intégration de l'expérience des adultes touchés par le TDAH (Vantalon 2014). Le tableau 1 présente les critères diagnostiques du DSM-V tel que présenté par Valanton (2014, p.2).

Tableau 1 Les critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5 [APA 2013]

<p>A. Mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ou (2)</p> <p>(1) <i>Inattention</i> : six des symptômes d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif sur le fonctionnement social, scolaire/professionnel. NB : À partir de 17 ans, au moins cinq symptômes sont exigés.</p> <p>(a) Ne parvient pas à prêter attention aux détails, erreurs d'étourderie (ex : néglige ou ne remarque pas les détails, travail imprécis)</p> <p>(b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail et dans les jeux (ex : a du mal à rester concentré dans des conférences, des conversations ou la lecture de longs textes)</p> <p>(c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (ex : semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence de source de distraction évidente)</p> <p>(d) Ne se conforme pas aux consignes, ne mène pas à terme ses devoirs, ses tâches domestiques professionnelles (ex : commence des tâches mais se déconcentre vite ; facilement distrait)</p> <p>(e) A du mal à organiser ses travaux et activités (ex : difficultés à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficultés à garder ses affaires et documents en ordre, travail brouillon, désordonné, mauvaise gestion du temps, incapacité à respecter les délais)</p> <p>(f) Souvent évite en aversion ou fait à contrecœur les tâches demandant un effort mental soutenu (ex : travail scolaire, devoir maison pour les enfants et adolescents et préparer un rapport, remplir un formulaire, analyser de longs articles pour le grand adolescent et l'adulte)</p> <p>(g) Perd souvent les objets nécessaires à ses activités (ex : matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, chéquier, lunettes, clefs, téléphone portable)</p>
--

Tableau 1 (suite)

- (h) Se laisse facilement distraire par des stimuli extérieurs (ex : chez l'adulte et le grand adolescent il peut s'agir de pensées sans rapport)
 - (i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (ex : corvées courses, chez les adultes et grands adolescents : rappeler quelqu'un au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous)
- (2)Hyperactivité et impulsivité** : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif sur le fonctionnement social, scolaire/professionnel. NB : À partir de 17 ans, au moins cinq symptômes sont exigés.
- (a) Remue souvent les mains, les pieds, se tortille sur son siège
 - (b) Se lève souvent en classe ou dans des situations où il est censé rester assis (ex : quitte sa place en classe, au bureau ou dans un lieu de travail ou dans une autre situation où il est censé rester assis)
 - (c) Souvent court, grimpe partout dans des situations inappropriées
 - (d) Souvent incapable de rester tranquille dans les jeux ou les loisirs
 - (e) Est souvent « sur la brèche », agit comme « monté sur ressort »
 - (f) Parle souvent trop
 - (g) Laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas finie de poser (ex : termine les phrases des autres, ne peut attendre son tour dans une conversation)
 - (h) A du mal à attendre son tour (file d'attente)
 - (i) Interrompt les autres, impose sa présence (ex : utilise les affaires des autres sans demander ni recevoir la permission, chez adultes et adolescents, peut faire irruption dans les activités d'autrui ou s'en charger)
- B.** Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité présents avant 12 ans.
- C.** Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité présents dans au moins deux situations (école, maison, travail, avec des amis, des proches, dans d'autres activités)
- D.** Mise en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social académique ou occupationnel
- E.** Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (ex : trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité)

Les recherches sur le TDAH apportent des changements nécessaires à la compréhension du trouble chez les adultes. L'étude des manifestations du TDAH chez

l'adulte ouvre la voix à une meilleure compréhension des transformations des symptômes à travers les âges. La prochaine section présente celles-ci.

1.4 LE TDAH ET SES MANIFESTATIONS CHEZ L'ADULTE

Le TDAH se définit comme un trouble neurodéveloppemental (Barkley, 1998 ; Valanton, 2014). Les caractéristiques cliniques du TDAH chez l'adulte s'observent par la persistance et une gêne fonctionnelle liée à des symptômes d'impulsivité, des symptômes d'agitation ou d'hyperactivité et à un déficit attentionnel. De façon générale, les auteurs s'entendent pour dire que les symptômes des adultes atteints du TDAH sont similaires à ceux identifiés chez les enfants (Adler, 2004; Barkley, 1998 ; Barkley et Murphy, 1998 ; Wender, 2000 ; Weiss et Murray, 2003). Adler et Shaw (2011) précisent toutefois que les manifestations du TDAH chez les adultes peuvent se transformer en fonction de l'évolution de la maturité, de l'augmentation des responsabilités. Baud (2008) mentionne que le diagnostic du TDAH peut toutefois être difficile à poser à l'âge adulte en raison : 1) des particularités dans sa présentation symptomatologique, 2) de son association avec des troubles psychiatriques et, 3) des conduites adaptatives et des stratégies de *coping* (d'ajustement) adoptées par l'individu atteint dans le cadre de sa vie quotidienne (Baud 2008). D'ailleurs, certains auteurs (Barkley 2008, Brown 2009a, Vincent, 2005) notent que les adultes avec des symptômes légers et moyens peuvent passer inaperçu, et ce, aussi longtemps que les demandes de l'environnement (familial, social et professionnel) demeurent peu exigeantes. Dans ce qui suit, on présente les manifestations des symptômes du TDAH tels que discutées dans la littérature.

1.4.1 Manifestations de l'hyperactivité

L'hyperactivité dans le cadre du TDAH chez l'adulte se manifeste par une agitation motrice qui s'observe par un besoin d'être en mouvement continuellement (Wender, 2000). Les adultes atteints de TDAH avec hyperactivité effectuent un effort considérable pour contrôler, apaiser cette hyperactivité. L'hyperactivité chez l'adulte peut aussi être intériorisée. Elle se manifeste par une agitation mentale, c'est-à-dire un rythme accéléré

des pensées qui rend souvent les communications difficiles. Vincent (2005) traduit ce phénomène par une bougeotte interne. En fait, ce genre d'hyperactivité augmente les difficultés de concentration et bien souvent, porte les individus atteints à bouger ou faire du coq à l'âne.

Certains auteurs mentionnent que lorsque l'hyperactivité persiste à l'âge adulte, elle prend alors une forme différente de celle observée chez les enfants (Biederman, Mick et Faraone, 2000 ; Wender, 2000). L'hyperactivité motrice semble plus modérée, moins intensive (Vincent, Delâge et Lafleur, 2007 ; Weiss, M.D. et Weiss, J.R. 2004). Elle est vécue surtout comme un inconfort en situation d'inactivité ou d'attente (Vincent et al. 2007). En fait, pour ces adultes, l'immobilité engendre une tension (Vincent, 2005) et, ceux-ci ressentent une forte envie de se lever et de marcher (Wender, 2000). Wender (2000) déclare que les adultes ayant un TDAH vivent un inconfort lorsqu'ils sont dans l'obligation de rester assis et d'être inactifs.

Pour leur part, Adler et Shaw (2011) rapportent que les adultes atteints d'un TDAH peuvent éprouver un sentiment d'agitation interne, nervosité, se manifestant par un grand désir d'accomplissement. Cette ambition mène parfois à une tendance compulsive au surmenage ou vers un choix de profession demandant des déplacements et un niveau élevé d'énergie. Par ailleurs, le besoin de bouger, d'être actif se manifeste généralement chez les adultes atteints d'un TDAH, par un choix d'emploi très actif ou par le fait de mener plus d'un emploi de front. Weiss et Weiss (2004) remarquent une variante des symptômes de l'hyperactivité chez l'adulte. En fait, elles identifient le style « bourreau au travail » comme une manifestation de l'hyperactivité chez l'adulte. D'un même avis, Biederman et al (2000) ajoutent que ces adultes peuvent se surcharger de travail et devenir épuisés. Il est intéressant de noter les propos de Bouvard et al. (2002) disant que certains des adultes s'accommodent de l'hyperactivité sans que leur fonctionnement en soit significativement altéré.

1.4.2 Manifestations de l'impulsivité

On retrouve dans le TDAH, une impulsivité produite par un déficit de l'inhibition comportementale (Barkley, 1997a ; 1998) produisant des difficultés dans l'autorégulation et l'autocontrôle (Barkley, 1997, 1998 ; Desjardins, 2001 ; Massé, Verreault et Verret, 2011). Par conséquent, les adultes atteints d'un TDAH présentent des difficultés à ajuster leurs comportements, leurs actions, efficacement vers l'atteinte d'un but ou objectif et montrent des difficultés à s'adapter aux changements (Massé et al. 2011). Les difficultés dans l'autocontrôle s'expriment par une incapacité à s'arrêter et réfléchir avant de passer à l'acte (Barkley, 1997a ; 1998 ; Robin, 1998 ; Wender, 2000). Tout comme chez l'enfant, l'impulsivité peut se manifester par une faible tolérance à la frustration (Hectman, 2011). Cette impulsivité se particularise par un besoin irrésistible d'accomplir un acte verbal ou moteur. Parfois, cette difficulté à maîtriser ce besoin impérieux d'agir chez l'adulte, peut se manifester par des prises de décisions rapides comme par exemple de quitter leur emploi ou de mettre fin à une relation importante (Hectman, 2011) ou encore par une mauvaise gestion financière, ou le fait de vivre des excès de colère ((Hectman, 2011 ; Wender, 2000; Weiss et Weiss, 2004). L'impulsivité peut se manifester par des infractions du code de la route : excès de vitesse ; passer sur la lumière rouge (Hectman, 2011). Ces adultes rencontrent des difficultés à prévoir les conséquences des passages à l'acte. L'impulsivité chez l'adulte peut nuire autant dans la vie public (travail) que dans la vie privée (Vincent, 2005).

1.4.3 Manifestations du déficit attentionnel

Certains auteurs font part de l'importance de comprendre les concepts qui entourent l'attention, pour bien saisir ces enjeux dans le TDAH (Caron, 2002 ; Drouin et Huppé, 2005 ; Gagné, 1999 ; Jensen, 2001). L'attention se subdivise en plusieurs composantes : la vigilance, l'attention dirigée ou sélective, l'attention divisée ou partagée et l'attention soutenue (Drouin et Huppé, 2005). L'attention soutenue est la capacité de maintenir l'attention en continuité pour mener à terme une tâche (Drouin et Huppé, 2005). La fonction exécutive dite le « focus » (Brown 2009) est impliquée dans ce processus

intentionnel. En effet, l'attention sélective ou dirigée demande une capacité à sélectionner une source d'information désirée en ignorant les autres sources de distractions (Drouin et Huppé, 2005). Ce processus implique la capacité d'ignorer les interférences internes (exemple : les processus mentaux non pertinents avec la tâche en cours) et les interférences externes (exemple : les bruits dans l'environnement), donc de mettre le focus sur la tâche à accomplir. L'attention divisée est la capacité de traiter plusieurs sources d'information en même temps ou déplacer son attention entre différentes activités (Drouin et Huppé, 2005) comme en alternant l'intensité de chacune d'elles sans en négliger l'une au détriment de l'autre comme par exemple écouter une conférence et en même temps prendre des notes sans perdre le fil de ce qui se dit au moment de la prise de note.

En fait, l'inattention se manifeste de plusieurs façons dans la vie des individus atteints du TDAH (MEQ et MSSS, 2003 ; Massé et al. 2013). Dans le cadre du déficit de l'attention, l'attention sélective, l'attention partagée et l'attention soutenue et par conséquent la concentration sont fragilisées (Barkley, 1997a ; 1997b). La fragilité des composantes de l'attention, donc l'inattention, se manifeste par le fait d'être facilement distrait et ne pas terminer les choses commencées, être désorganisé et perdre ses choses et faire des oublis (Hechtman, 2011). L'inattention semble être le reflet du déficit des fonctions exécutives qui sont nécessaires pour les compétences à prioriser, à organiser et à planifier (Barkley, 1997a ; 1997b ; Hechtman, 2011). Ces compétences sont plus importantes à l'âge adulte que chez les enfants en raison des demandes croissantes et des attentes de la société envers les adultes (Hechtman, 2011). En effet, Hechtman (2011) mentionne que l'inattention peut se manifester par des difficultés à soutenir son attention lors des longues réunions ou lecture ou de long rapport ou lorsqu'il faut remplir des formulaires. Wender (2000) précise que lorsque la forme de l'inattention est plus sévère, les adultes ayant un TDAH peuvent même avoir des difficultés à lire. Quant à ces adultes, certains rapportent avoir une mauvaise compréhension de la lecture ou encore de la difficulté à suivre des longues conversations (Vincent, 2005). Hechtman (2011) ajoute que la procrastination et le manque de motivation sont susceptibles d'être un handicap important chez les adultes atteints de TDAH. Ce déficit a des impacts négatifs sur les

trajectoires scolaires, professionnelles et le fonctionnement social des individus atteints de ce trouble (Purper-Ouakil et Franc, 2011 ; Vatanlon, 2014).

1.4.4 Manifestations du défaut de mémoire

Barkley (1997a ; 1997b ; 1998) prétend que dans le TDAH, le déficit de l'inhibition comportementale influe sur la mémoire de travail (perception à partir de nos sens) et la mémoire non-verbale (dialogue interne ou dit autrement l'intériorisation du discours). Le déficit de l'inhibition comportementale, dans le modèle de Barkley (1997a ; 1998), gêne ces deux mémoires en empêchant l'alternance de l'information et produit des oublis. Massé et al. (2011) rapportent certaines difficultés associées à la mémoire de travail ayant des répercussions dans les activités de la vie quotidiennes : « se rappeler ce que quelqu'un vient de dire, comprendre des instructions ou des explications complexes, suivre des discussions de façon cohérente [...], exprimer des idées complexes de façon séquentielle et cohérente [...] (Massé et al. 2011 : 66) ». Plusieurs adultes avec un TDAH rencontrent des difficultés avec cette composante de l'attention. En effet, Wolf et Wassertein (2001) mentionnent certaines manifestations du défaut de mémoire, rapportées par ces adultes. Ils se disent avoir une mauvaise mémoire, de la confusion dans les idées, des difficultés à penser clairement et faire des oublis. Les adultes avec un TDAH peuvent par exemple, oublier la prise de la médication à prendre ou à donner aux enfants de la famille, oublier de remplir leur déclaration d'impôt, de payer les factures à temps. Aussi, oublier les événements importants comme les anniversaires et les rendez-vous. Bref, l'oubli, la confusion ou la difficulté à penser clairement semblent des manifestations d'une défaillance de la mémoire composante spécifique de l'attention (Caron, 2002).

1.4.5 Manifestations du manque d'organisation

Wender (2000) rapportent que les adultes atteints du TDAH se plaignent de difficultés à planifier, à s'organiser, à prioriser. Ces difficultés dans l'organisation au travail et à la maison, se manifestent par de fréquents déplacements d'une tâche à une autre, et ce, avant d'avoir terminé la première. Wender (2000) porte à notre attention le fait que la tendance à passer d'une chose à une autre, peut être une facette de l'impulsivité plutôt qu'un manque

d'organisation (Wender, 2000). En raison d'un manque d'ordre à la maison, les adultes ayant un TDAH peuvent trouver difficile, par exemple, de payer les factures à temps (Wender, 2000). Le manque d'organisation se manifeste aussi dans les activités de la vie quotidienne. Par exemple, lors de la préparation régulière des repas, le ménage, le nettoyage de la maisonnée et la gestion des enfants pour la préparation des lunchs, le suivi des rendez-vous (Weiss et Murray, 2003). L'absence de planification ou de structuration de leur temps s'exprime par le besoin d'avoir du temps plus long que prévu pour réaliser les projets, les activités (Wender, 2000). De plus, les adultes ayant un TDAH déplorent souvent avoir un mauvais sens du temps qui se manifeste par une mauvaise gestion de celui-ci (Barkley, Murphy et Fisher 2008).

1.5 LES COMORBIDITÉS ASSOCIÉES AU TDAH CHEZ L'ADULTE

Dans la littérature, on constate que le TDAH se présente souvent avec un ou plusieurs autres troubles psychiatriques (Besnier 2009 ; Biederman, 2004 ; Brown, 2009b ; Keenan et Wakschlag 2000 ; Wilens et al. 2002.). Cette coexistence ou comorbidité a pour effet de complexifier la pose de diagnostics (Rollini et Baud, 2008 ; Wender, Wolf et Wasserstein, 2001). En effet, on trouve des symptômes très similaires entre le TDAH et d'autres troubles psychiatriques (Wender et al. 2001). Par exemple, les adultes atteints de TDAH peuvent parfois démontrer des symptômes de dépression, de labilité affective, et d'irritabilité, ce qui peut parfois être confondu avec des troubles de l'humeur (Wender et al. 2001). Toutefois, l'observation spécifique de la durée et le temps de l'apparition des changements d'humeur donnent des indicateurs pour différencier le trouble du TDAH des autres troubles de l'humeur (Wender et al. 2001). Les personnes ayant un TDAH partagent également certains traits avec les personnes ayant un trouble de la personnalité limite (TPL), notamment l'irritabilité, l'impulsivité, l'instabilité affective, les crises de colère et les sentiments d'ennui (Carlson et Meyer, 2009). Il y aurait toutefois des différences tant sur le plan quantitatif que qualitatif entre les deux groupes d'individus (Carlson et Meyer, 2009). Entre autres, l'impulsivité et la colère chez les individus TDAH comparativement à

celle chez les individus ayant un TPL sont généralement de plus courtes durées et épisodiques (Carlson et Meyer, 2009). Aussi, les relations conflictuelles ont une intensité plus faible chez les personnes ayant un TDAH. Toutefois, les différences ne sont pas toujours très claires dans tous les cas (Carlson et Meyer, 2009).

En ce qui a trait à la comorbidité, les troubles qui semblent le plus souvent associés au TDAH sont les troubles de l'opposition avec provocation, de la conduite, l'abus de substance, les troubles de l'humeur, d'anxiété, du spectre de l'autisme, des apprentissages, du sommeil et de la personnalité (Brown, 2011 ; Weiss, Gibbins et Hunter, 2011 ; Wilens, 2011 ; Gillberg, Gillbert, Anckarsäter et Råstam, 2011 ; van Dijk et Anckarsäter, 2011 ; Vincent, 2005 ; Wilens, 2004). Les taux de prévalence approximatifs pour certaines des comorbidités chez les adultes atteints d'un TDAH rapportés par Biederman (2004) par ordre d'importance sont : les trouble de l'anxiété, 50 % ; les troubles de l'humeur, 32 % ; les troubles des conduites sociales, 30 % ; et la dépendance à l'alcool/drogue, 26 %. Par ailleurs, Delavenne et Thibaut (2000) mentionnent que de 20 à 25 % des adultes atteints de TDAH seraient affectés par un trouble des apprentissages.

1.6 LES COÛTS DU TDAH POUR L'INDIVIDU ET LA SOCIÉTÉ

Le TDAH, en raison de ses manifestations, a des impacts importants dans la vie des adultes concernés. Plusieurs de ces derniers auront des difficultés fonctionnelles qui perdureront dans le temps. Les coûts relevant des déficits associés au TDAH, (la concentration, la persistance à l'effort, la régulation des activités, la résistance à la distraction, la prise de décision impulsive, le temps de réaction, les fonctions exécutives et la régulation des émotions), débutent parfois à l'âge préscolaire et se poursuivent à l'âge adulte entraînant des pertes importantes dans de nombreux domaines de la vie quotidienne et sociale (Asherson et al. 2012 ; Resnick, 2005).

On retrouve dans la littérature, plusieurs études abordant les coûts attribués au TDAH. Premièrement chez les enfants et les adolescents (Chan, Zhan et Homer, 2002 ;

Pelham, Foster et Robb, 2007 ; Hakkaart-van Roijen et al. 2007) ; deuxièmement chez les adultes atteints de TDAH (Birnbaum et al. 2005; Brod, Pohlman, Lasser et Hodgkins, 2012 ; Secnik, Swensen et Lage, 2005) ; et finalement d'autres études portent leur attention sur le fardeau économique du TDAH pour toutes les catégories d'âges (Asherson et al. 2012 ; Bernfort, Nordfeldt et Persson, 2008 ; Leibson et Long, 2003 ; Matza, Paramore et Prasad, 2005).

Les conséquences associées au TDAH chez l'adulte atteint de TDAH se résument à une accumulation d'échecs et d'abandon scolaires survenus dans l'enfance, l'adolescence et aussi à l'âge adulte. En effet, les enfants avec un TDAH ont souvent des problèmes dans leurs environnements scolaires ; notamment ils ont tendance à moins bien performer que leurs homologues sans diagnostic (Bernfort et al. 2008 ; Matza, Paramore et Prasad, 2005 ; Poissant, 2006). Cela peut notamment s'expliquer par des difficultés comportementales et cognitives (Poissant, 2006). Guay et Laporte (2006), quant à eux, affirment que les déficits neurocognitifs de ces enfants ont des conséquences malheureuses sur les apprentissages scolaires et sociaux. Ces enfants ont une réussite scolaire mitigée, des troubles cognitifs, une faible estime d'eux-mêmes, des difficultés relationnelles et certains ont des comportements antisociaux (Soppelsa et al. 1996). L'étude de Young, Toone et Tyson (2003) conclue que la longue histoire d'échec de ces individus est susceptible d'entraîner une faible estime de soi, de la démoralisation résultant de l'évitement de certaines situations, de l'anticipation de l'échec, du manque de confiance et d'un sentiment d'être incompris par les autres. Les coûts découlant des difficultés se chiffrent à l'âge adulte en perte salariale et en qualité de vie.

Outre ces impacts individuels, le TDAH a également des impacts au plan social et économique, affectant ainsi non seulement les individus atteints de TDAH, mais également leurs familles et la société dans son ensemble. L'étude de Bernfort et al. (2008) rapporte une panoplie de coûts associés au TDAH : perte de productivité au travail, soins de santé, coûts matériels provenant d'accidents ou abus de substance, criminalité et pertes de vie. L'étude de Secnik et al. (2005) arrive à des constats similaires. En effet, ces auteurs

indiquent qu'en raison des comorbidités les personnes ayant un TDAH utilisent davantage les services en soins de santé et ont davantage d'absentéisme au travail sans raison officielle. En ce qui concerne les soins de santé, les chiffres rapportés dans l'étude de Sécnik et al. (2005) indiquent que les adultes avec un TDAH ont un plus grand nombre de visites chez le psychiatre (27.53 % vs 2.22 %) ou le psychologue (16.03 % vs 1.83 %) et un plus haut taux de visite chez un médecin généraliste (57,77 vs 51.20 %) par rapport au groupe contrôle. Bref, le TDAH et les désordres qui lui sont connexes sont un fardeau social considérable pour les familles et la société. Cependant, Bernfort et al. (2008) recommandent de recueillir des données à plus long terme pour évaluer le fardeau économique avec plus d'exactitude.

1.7 LA PERTINENCE DE LA RECHERCHE

De toute évidence, le TDAH est un facteur défavorisant les individus atteints, les familles, les gouvernements et la société. Les coûts de ce trouble s'échelonnent tout au long de la vie des individus atteints du TDAH. Les coûts médicaux directs sont beaucoup plus élevés pour les individus avec un TDAH que ceux sans TDAH. Les individus atteints de TDAH également sont à risque d'avoir un statut économique plus faible.

De plus, comme la reconnaissance du TDAH chez l'adulte est récente, on peut facilement prétendre que plusieurs adultes avec un TDAH ont reçu dans le passé des diagnostics inexacts ou encore n'ont pas été diagnostiqués. Une enquête réalisée par le Center ADHD Awareness Canada (CADDAC, 2013) auprès des adultes atteints de TDAH révèle :

« ... 58 % des répondants ont déclaré que leur TDAH avait d'abord été diagnostiqué comme étant un autre trouble. Soixante-neuf pour cent des répondants présentant des troubles concomitants croyaient que leur diagnostic de TDAH avait été retardé à cause de ces autres troubles; 42 % indiquaient que le retard était dû à leur manque de connaissances concernant le TDAH; et 36 % croyaient que le retard était dû au fait que le médecin ne connaissait pas bien le TDAH chez l'adulte ou ne croyait tout simplement pas que ce trouble existait (p. 7) ».

Étant donné, que le TDAH est un trouble qui a des conséquences sur plusieurs aspects de la vie des individus qui en sont atteints, il est important d'acquérir de meilleures connaissances pour intervenir et soutenir ces individus. Notre étude s'intéressera plus spécifiquement aux impacts du TDAH sur le fonctionnement social des adultes touchés. En considérant, 1) les taux de persistance élevée du TDAH, 2) les impacts négatifs pour les individus atteints, les familles, les gouvernements et la société, 3) les difficultés dans les diagnostics lorsqu'il y a des troubles concomitants avec le TDAH et 4) le fait que la reconnaissance du TDAH chez l'adulte est récente, 5) que le TDAH chez l'adulte n'est pas nécessairement reconnu, notre objet d'étude s'avère des plus pertinents.

CHAPITRE II

LA RECENSION DES ÉCRITS

2.1 LE FONCTIONNEMENT SOCIAL ET SES DÉTERMINANTS

Le TDAH influe sur le fonctionnement des individus atteints et par conséquent le fonctionnement social. Le travail social a pour objet l'amélioration du fonctionnement social d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité dont l'objectif est la recherche d'un équilibre entre leurs besoins et la capacité des environnements à y répondre (Office des professions du Québec, n.d.). L'entrée en vigueur du projet de loi 21 (PL21) définit le champ d'exercice de la profession de travail social et lui octroyant les activités professionnelles permises par cette loi soit :

« évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assumer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement (OTSTCFQ, 2012, p.8) ».

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) entend par l'évaluation du fonctionnement social, la recherche de rapports appropriés favorisant le bien-être social (OTSTCFQ, 2012). Selon les auteurs, le bien-être social se définit différemment. En fait, sur le site Emploi et Développement social Canada (2015), le gouvernement du Canada parle plutôt de « mieux être ». Ce « mieux-être » inclut d'une part, le mieux-être individuel et, d'autre part, le mieux-être collectif des personnes. Le mieux-être, dont il est question ici réfère 1) à la qualité de vie d'une personne en lien avec les différents facteurs l'influençant : le travail, la famille, la collectivité, la santé, les valeurs personnelles, la liberté personnelle et la situation financière de la personne et 2) à la qualité des interactions entre les personnes, de même qu'entre les personnes et les institutions sociales (Emploi et Développement social Canada, 2015). En 1981, Baily (cité par Barbarino-Saulnier, 2006) mentionne deux dimensions au bien-être : le bien-être et la qualité de vie. Baily apporte un éclairage sur ces deux concepts. En fait, il considère le bien-être comme « le résultat d'une relation subjective entre une personne et les valeurs auxquelles elle aspire, valeurs morales, culturelles, politiques, économiques » (Bailly 1981, cité par Barbarino-Saulnier, 2006 : 310) ; et la

qualité de vie étant principalement liée aux caractéristiques objectives et matérielles de l'environnement (Barbarino-Saulnier, 2006). Selon Bailly, il importe d'intégrer ces deux concepts pour avoir une vision globale du bien-être. Dans ce contexte-ci, le bien-être social comprend l'ensemble de ces définitions.

Pour tout dire, le travail social s'intéresse au bien-être social à travers l'étude du fonctionnement social de par la reconnaissance et l'analyse des interactions dans les écosystèmes qui influencent le bien être ou la qualité de vie d'une personne (ou d'un groupe) tout en considérant les problèmes sociaux auxquels la personne (ou le groupe) et son environnement sont confrontés (Boily et Bourque, 2011). La quête de sens, à partir des interactions et des inter-influences personne-environnement ou contextes de vie (OTSTCFQ, 2012), se réalise par une réflexion critique des aspects sociaux qui influent sur les situations et les problèmes vécus par une personne (Office des professions du Québec n.d.), un groupe ou une collectivité. Le fonctionnement social comprend en plus des interactions personne-environnement, tout ce que les personnes font ou aspirent pour satisfaire leurs besoins, assurer leur bien-être, réaliser leurs activités de la vie quotidienne et exercer leurs rôles sociaux ; et la reconnaissance des ressources personnelles des personnes et les opportunités et les obstacles présents dans l'environnement (Boily et Bourque, 2011). En résumé, le fonctionnement social, s'intéresse à l'étude des interactions dans les écosystèmes qui influencent le bien être social d'une personne tout en considérant les problèmes sociaux auxquels la personne et son environnement sont confrontés (Boily et Bourque, 2011).

Plusieurs déterminants sociaux de la santé influencent le fonctionnement social des personnes. En 2012b, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), définit la santé comme étant la capacité : 1) d'agir des personnes dans leur milieu et, 2) d'accomplir leurs rôles d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. Ici, on réfère aux capacités physique, psychique et sociale des personnes. Certaines caractéristiques individuelles, sociales, économiques et environnementales sont des facteurs de risque ou de protection, indicateurs de bien-être ou de certains problèmes

sociaux ou de santé (Ferland et Paquet, 1994). Ces facteurs sont considérés comme des déterminants du bien-être social (Ferland et Paquet, 1994). Ces caractéristiques influencent le fonctionnement social (Boily et Bourque, 2011). Les déterminants sociaux de la santé ou dit autrement les facteurs ayant une influence sur le fonctionnement social des individus, sont au nombre de 12 selon l'Agence de la santé publique du Canada (2011, 2015) soit : 1) le niveau de revenus et situation sociale, 2) les réseaux sociaux, 3) le niveau d'instruction, 4) l'emploi et les conditions de travail, 5) l'environnement social, 6) l'environnement physique, 7) les habitudes de vie et compétences d'adaptations personnelles, 8) le développement sain durant l'enfance, 9) le patrimoine biologique et génétique, 10) les services de santé, 11) le sexe et 12) la culture. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2012b) mentionne plutôt quatre champs pour parler de la santé et de ses déterminants : 1) le champs des caractéristiques individuelles (les caractéristiques biologiques et génétiques, les compétences personnelles et sociales, les habitudes de vie et comportements et les caractéristiques socioéconomiques) ; 2) le champ des milieux de vie (milieu familial, milieu de garde et scolaire, milieu du travail, milieux d'hébergement et la communauté locale et voisinage ; 3) le champs des systèmes (systèmes d'éducation et des services de garde à l'enfance, système de santé et de services sociaux, aménagement du territoire, soutien à l'emploi et solidarité sociale, autres systèmes et programmes) et 4) le contexte global (contexte politique et législatif, contexte économique, contexte démographique, contexte social et culturel, contexte scientifique et technologique, environnement naturel et écosystèmes). En bref, le statut socio-économique, l'éducation et la qualité des réseaux sociaux sont des indicateurs sociaux de la santé (Mikkonen et Raphael, 2010) et révélateurs du fonctionnement social.

Le statut socio-économique a un impact majeur sur l'état de santé et le bien-être des personnes et de la population. (Ferland et Paquet, 1994). Mikkonen et Raphael (2010) ajoutent que la majorité des gens ne se rendent pas compte de l'impact de la répartition du revenu et de la richesse, d'avoir un emploi ou non et des conditions de travail sur leur santé. En fait, la sécurité financière contribue à l'atteinte d'un mieux-être matériel (Agence de la santé publique du Canada, 2011, 2015) Cette sécurité provenant d'un revenu,

favorise la satisfaction des besoins et assure le bien-être des personnes et des familles. Elle permet de combler les besoins fondamentaux (se loger, se nourrir, se vêtir) et offre la possibilité de profiter des opportunités et des occasions qui se présentent et de mener une vie satisfaisante (Agence de la santé publique du Canada, 2011, 2015). Certains facteurs sociaux peuvent affecter la sécurité financière et nuire à la capacité des personnes de gagner leur vie. En fait, les personnes à faible niveau d'instruction et de revenu présentent plus de problèmes de santé et de problèmes sociaux (Ferland et Paquet, 1994). L'éducation a un impact sur le niveau de revenu, la sécurité de l'emploi et les conditions de travail. Le niveau d'éducation est un facteur agissant sur la sécurité financière (Agence de la santé publique du Canada, 2011) et ouvre la porte à des salaires supérieurs et un risque moindre de chômage. (Agence de la santé publique du Canada, 2011, 2015). En fait, l'éducation donne un meilleur accès aux autres ressources sociétales et économiques (Mikkonen et Raphael, 2010). L'éducation supérieure, favorise le développement des compétences permettant l'évaluation des habitudes de vie pouvant nuire ou favoriser la santé (Mikkonen et Raphael, 2010). Elle permet l'acquisition de meilleures habiletés et outils permettant d'accéder à des styles de vie plus sains (Mikkonen et Raphael, 2010). Pour les enfants de familles à faible revenu, les frais de scolarité élevés déterminent la poursuite ou non d'études collégiale ou universitaire (Mikkonen et Raphael, 2010) et cela influe sur l'emploi et la sécurité financière. Mikkonen et Raphael, (2010) affirment que l'emploi en plus d'apporter un revenu, procure un sentiment d'identité et facilite l'organisation du quotidien. Cependant, le chômage engendre une privation matérielle et sociale, un stress psychologique et la possibilité d'adopter des habitudes compensatoires nuisibles pour la santé. Le chômage engendre des problèmes de santé physique et mentale. Il est associé à la dépression, l'anxiété et au suicide. La précarité de l'emploi est également un facteur qui fragilise négativement les relations personnelles, l'efficacité parentale et le comportement des enfants. (Mikkonen et Raphael, 2010).

Dans le champ des milieux de vie, la famille remplit également des rôles économiques et sociaux (Agence de la santé publique du Canada, 2011, 2015). Le revenu des familles est un facteur qui permet de répondre aux besoins physiques et affectifs des

enfants, de participer à la vie communautaire et d'influencer le fonctionnement social des familles. Certains événements de la vie familiale influencent le fonctionnement des familles à long terme ; le divorce est l'un de ces facteurs. Paquet et Tellier (2003) mentionnent que le divorce influence négativement les résultats scolaires et les comportements dans l'enfance. Il est associé à une situation économique plus précaire à l'âge adulte et une histoire conjugale plus fragmentée (Paquet et Tellier, 2003). Ces mêmes auteurs rapportent que le faible revenu est un déterminant identifié dans les séparations précoces des parents (Paquet et Tellier, 2003). En plus du divorce ou d'une rupture d'union, la dynamique conjugale et familiale à l'intérieure des familles favorise ou non un sain parcours de vie ou de santé des enfants (Paquet et Tellier, 2003).

Parmi les déterminants sociaux de la santé qui influent sur le fonctionnement social, on retrouve les réseaux de soutien sociaux. Les réseaux de soutien sociaux se composent habituellement des membres des familles, d'amis, de voisins, de collègues de travail. La stabilité, les ressources émotionnelles, instrumentales ou informationnelles circulant dans les réseaux de soutien sociaux peuvent contribuer au bien-être des personnes. Le soutien social est un facteur important pour le bien-être. Le soutien social permet les confidences ou les demandes d'aide (Agence de la santé publique du Canada, 2011, 2015). Paquet et Teller (2003) mentionnent la fréquence des conflits à l'intérieur des relations sociales. Cette dimension négative des relations sociales est très peu étudiée par l'Agence de la santé publique du Canada (Paquet et Teller, 2003). Ces conflits dans les relations sociales sont une source majeure de stress et d'insatisfaction (Paquet et Teller, 2003). Ces mêmes auteurs rapportent l'existence de liens entre un bas statut socio-économique et la présence importante de conflits dans le réseau de soutien social. Il existe plusieurs autres déterminants sociaux de la santé qui influencent le fonctionnement social. On poursuit donc sur le thème du fonctionnement social en présentant dans la partie suivante le fonctionnement social des enfants et adolescents atteints de TDAH.

2.2 LE FONCTIONNEMENT SOCIAL DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ATTEINTS DE TDAH

Le TDAH est maintenant un problème social reconnu au Québec (Vincent, 2004). Le TDAH affecte différents aspects du fonctionnement dans la vie des enfants et des adolescents. En effet, Aubron, Michel, Purper-Ouakil, Cortese et Mouren (2007) indiquent que les enfants ayant un TDAH ont un fonctionnement inadapté dans différentes sphères de vie. Il semblerait que les manifestations d'hyperactivité-impulsivité et d'inattention seraient principalement à l'origine de ces difficultés de fonctionnement (MEQ et MSSS, 2000 ; Resnick, 2005).

Les enfants et les adolescents atteints de TDAH éprouvent notamment des difficultés dans leurs relations sociales (Bernfort et al. 2008 ; Labrosse et al., 2006). Ces problèmes en ce qui a trait aux interactions sociales seraient entre autres liés à des difficultés dans la gestion de l'impulsivité et dans la gestion des émotions. Ce faisant, ils auraient souvent des rapports conflictuels avec les pairs (MEQ et MSSS, 2000) et par conséquent, ils se retrouvent avec un cercle restreint d'amis (Bernfort et al. 2008). Leur fonctionnement provoque le rejet de la part de leurs pairs (Matza et al. 2005 ; Labrosse et al. 2006) et de certaines figures d'autorités. Poissant (2006) relève que l'exclusion dont sont victimes ces jeunes se fait en dépit du fait que ceux-ci recherchent activement à se mettre en relation avec les autres.

Les enfants et les adolescents avec un TDAH peuvent également vivre des problèmes dans leurs environnements scolaires (Bernfort et al. 2008). En effet, certains ont tendance à moins bien performer que leurs homologues n'ayant pas de diagnostic (Poissant 2006 ; Matza et al. 2005). Les jeunes atteints de TDAH démontrent des difficultés à demeurer attentifs en classe et à respecter les consignes, les règles (MEQ et MSSS, 2000). Ils présentent plusieurs difficultés comportementales et cognitives (Poissant, 2006). En effet, les déficits neurocognitifs de ces jeunes ont des conséquences malheureuses sur les apprentissages scolaires (Guay et Laporte, 2006). Plusieurs de ces enfants ont une réussite scolaire mitigée, un faible estime d'eux-mêmes et certains ont des comportements

antisociaux (Barkley et al. 2008 ; Soppelsa et al. 1996). Ils seraient aussi à risques d'avoir certains problèmes sociaux : toxicomanie, violence, suicide, décrochage scolaire, etc. (MEQ, 1999).

La vie familiale est également influencée par le fonctionnement des enfants et des adolescents atteints de TDAH. Le fait de vivre avec un enfant ayant un TDAH peut constituer une source de stress pour la famille (Celestin-Westreich et Celestin, 2008). En effet, le fonctionnement de ces jeunes peut avoir pour effet de fragiliser l'équilibre familial (Celestin-Westreich et Celestin, 2008). Si l'agitation de l'enfant peut gêner, voire irriter les parents, il semblerait que ce soient les comportements impulsifs qui seraient davantage une source d'inquiétude (McCleary, 2002). Quoi qu'il en soit, le fonctionnement de ces jeunes mobilise l'attention du parent et l'amène à intervenir, car ce trouble exige une attention et une surveillance constantes de la part du parent. Lorsque les manifestations du TDAH des jeunes demeurent peu comprises, les ajustements dans les interactions familiales sont plus difficiles (Celestin-Westreich et Celestin, 2008). Le TDAH des enfants et adolescents exige des efforts importants de la part des parents pour maintenir un climat familial harmonieux (MEQ-MSSS, 2000).

Il importe de mentionner que le fonctionnement des enfants et adolescents a pour effet d'engendrer des sentiments d'impuissance chez les parents et font remettre en question leur capacité à éduquer (Celestin-Westreich et Celestin, 2008). Ce sentiment d'impuissance est un facteur de risque pour la violence ou la démission des parents. Bref, la vie avec un enfant TDAH est parfois chaotique, remplie de conflits et épuisante. De même, celle avec un adolescent atteint présente aussi des défis uniques (McCleary, 2002) quant au passage de la dépendance à l'indépendance, la recherche d'une identité bien à soi et le besoin d'intimité (Sauvé, 1997).

Les enfants et adolescents atteints de TDAH grandissent et deviennent des adultes. La transition vers la vie de couple, de famille ou professionnelle exigent de nouvelles responsabilités. Il importe donc de réfléchir aux difficultés de ces jeunes dans la trajectoire

de leur existence. On peut s'interroger sur le devenir de ces jeunes une fois rendus à l'âge adulte (Delvenne, 2007) quant à cette condition qu'est le TDAH. Ce thème sera abordé dans la prochaine section.

2.3 LE FONCTIONNEMENT SOCIAL CHEZ LES ADULTES AYANT UN TDAH

Il y a une certaine confusion dans la littérature en ce qui concerne les symptômes ou manifestations du TDAH et les conséquences associées à ces derniers (Barkley et al. 2008). Ces auteurs précisent que les symptômes sont les manifestations comportementales associées au trouble du TDAH, ils sont les actions observables qui démontrent le désordre : par exemple, l'inattention, la distraction, la désorganisation, le manque de mémoire, la procrastination, les réponses impulsives, l'hyperactivité (voir la section 1.4). En d'autres mots, les symptômes sont les expressions comportementales observables du dysfonctionnement de l'inhibition comportementale et de celui des fonctions exécutives. Par contre, les résultantes ou les coûts sociaux de ces expressions comportementales en sont les conséquences qui en découlent pour l'individu et son entourage.

Dans le relevé de littérature, le fonctionnement social des adultes ayant un TDAH ou dit autrement, les conséquences du TDAH, est traité différents selon les intérêts des auteurs. Dans les sections suivantes, il sera question du fonctionnement conjugal, familial, social, scolaire et professionnel des adultes ayant un TDAH.

2.3.1 Le fonctionnement conjugal, familial et social des adultes ayant un TDAH

En comparaison aux études effectuées chez les enfants, celles menées auprès d'adultes ayant le TDAH sont moins nombreuses. Les recherches plus approfondies ont documenté l'impact du TDAH dans la famille des enfants atteints de TDAH (Robin, 1998). Toutefois, Eakin et al. (2004) demeurent surpris de la rareté des études qui documente l'impact du TDAH sur le fonctionnement conjugal et familial. Harpin (2005) mentionne que l'aspect génétique du TDAH laisse entendre que les adultes atteints de TDAH sont plus susceptibles d'avoir des enfants ayant également le trouble. De ce fait, le TDAH chez

les parents et les enfants peut causer des difficultés récurrentes dans le milieu familial (Harpin, 2005 ; Nadeau, 1991).

Nadeau (1991) mentionne diverses configurations susceptibles d'influencer le fonctionnement conjugal et familial. Tout d'abord, elle indique que lorsque les deux conjoints sont atteints de TDAH, cela a pour effet de complexifier les interactions (notamment en raison des crises qui peuvent survenir). Ces adultes seraient susceptibles d'agir sans réfléchir, sans planification ce qui engendrerait de la confusion dans la vie quotidienne, des signaux contradictoires et de la tension entre conjoints (Nadeau, 1991). Cette configuration augmente les situations de crise conjugale et familiale (Nadeau, 1991). Lorsqu'un seul des conjoints est atteint de TDAH, cela amène des répercussions, au plan conjugal, qui peuvent toutefois être palliées par le conjoint n'ayant pas de diagnostic (Nadeau, 1991). En effet, ce dernier, qui est en général plus structuré et organisé, peut s'occuper de payer les comptes et les impôts, de prendre les rendez-vous, etc. Il est intéressant de noter que Nadeau (1991) prétend que ce genre de relation tient davantage d'une relation mère-fils ou père-fille où le conjoint atteint de TDAH est maintenu dans un rôle d'irresponsabilité, de dépendance. Ces couples sont susceptibles d'avoir à affronter des problèmes dans l'organisation de la maisonnée surtout avec l'arrivée des enfants (Nadeau, 1991). Avec l'augmentation des responsabilités de la vie familiale, le partenaire sans TDAH peut trouver difficile d'assumer les multiples responsabilités ; les conjoints se révèlent susceptibles de nourrir des rancunes, produisant des tensions et des conflits dans le couple (Nadeau, 1991).

Dans le même sens, Rösler, Casas, Konofal et Buitelaar (2010) racontent que les ajustements dans les relations conjugales paraissent plus difficiles pour les adultes atteints de TDAH comparativement aux individus sans TDAH ; que les adultes atteints de TDAH sont plus susceptibles d'avoir des perceptions négatives sur l'état de leur mariage que les personnes sans TDAH ; que les conjoints des adultes atteints de TDAH sont dans l'obligation de compenser les difficultés de leurs partenaires. Ces difficultés influent considérablement sur la relation conjugale.

La communication au sein du couple semble également un enjeu (Eakin et al., 2004). En effet, 54 % des conjoints de personnes ayant un TDAH ayant participé à l'étude d'Eakin et al. (2004) ont mentionné vivre des difficultés telles que de fréquentes disputes, des malentendus, et un manque de soutien. Aussi, les auteurs rapportent que les conjoints se plaignent du fait que leurs partenaires ont de la difficulté à respecter leurs engagements. De plus, les conjoints énoncent les problèmes avec l'intimité et la difficulté de leur conjoint à exprimer leurs sentiments. À vrai dire, 96 % des conjoints des adultes atteints de TDAH ont constaté que les comportements de leurs partenaires TDAH affectaient leur propre fonctionnement dans les domaines de l'organisation générale de la maison comme par exemple : gestion du temps, l'éducation des enfants, les communications et la gestion des finances (Eakin et al. 2004).

L'étude de Murphy et Barkley (1996), soulignant le fait que les adultes atteints de TDAH sont plus susceptibles d'avoir de multiples mariages et une incidence accrue de séparation et de divorce (28 %) comparativement aux adultes sans TDAH (15 %), est infirmé par une étude plus récente de Barkley et al. (2008). L'étude Barkley et al. (2008), ne mentionne aucune différence marquante de séparation ou de divorce entre le groupe d'adultes atteints de TDAH et le groupe témoin sans TDAH mais avec des problématiques en santé mentale. Il semble que la petite taille des échantillons dans l'étude Murphy et Barkley (1996) serait un biais expliquant ces données contradictoires.

L'étude de Eakin et al. (2004), utilisant des échelles standardisées reconnues, (notamment le Dyadic Adjustment Scale (DAS) et le Family Assessment Device (FAD), s'intéresse à l'ajustement du fonctionnement conjugal et familial des adultes atteint du TDAH. Ces auteurs ont comparé des couples dont l'un des conjoints avait le TDAH (n=33) à des couples sans TDAH (n=26). Cette étude a révélé que les adultes atteints du TDAH ont rapporté significativement avoir une moins bonne adaptation conjugale et familiale comparativement aux adultes du groupe contrôle. En effet, les adultes ayant le TDAH semblent être plus en détresse que ceux faisant partie du groupe contrôle. En ce qui a trait à l'ajustement conjugal, les adultes ayant le TDAH ont des résultats plus faibles aux

échelles de satisfaction, de consensus, d'expressif affective et de cohésion, signifiant un moins bon fonctionnement. Par ailleurs, on remarque une proportion plus élevées des adultes atteints de TDAH dans la gamme « inadaptée » (52 % vs 19 %). Le fonctionnement familial des adultes avec un TDAH montre que l'implication affective, les rôles, la communication et la résolution de problèmes sont les champs qui ont été évalué plus négativement. En somme, les adultes atteints de TDAH ont moins de cohésion, de faibles niveaux d'affection, et des niveaux inférieurs de consensus.

Toujours en ce qui a trait au fonctionnement familial, Barkley et al. (2008) mentionnent que les adultes atteints du TDAH éprouvent davantage de difficultés au plan de leurs relations familiales, notamment en ce qui a trait à la prise de responsabilités. Il est intéressant de noter que ces auteurs disent que les parents ayant un TDAH sont également plus susceptibles d'éprouver des difficultés dans l'accomplissement de leur rôle parental, indépendamment de la présence ou non du TDAH chez leurs enfants (Barkley et al. 2008). D'un même avis, Rösler et al. (2010) disent que les parents atteints de TDAH sont plus susceptibles d'expérimenter des difficultés dans l'application d'une discipline parentale et de vivre des interactions parentales plutôt négatives que positives.

Les plaintes ou les préoccupations les plus souvent citées dans l'étude d'Eakin et al. (2004) touchent différents domaines et viennent appuyer les dires des auteurs mentionnés ci-haut. D'abord au plan de l'organisation générale de la maisonnée et de la gestion du temps, 92 % des conjoints ont signalé des problèmes avec leurs partenaires. Ces difficultés concernent le non commencement ou l'achèvement des tâches ménagères, la procrastination excessive et la notion du temps. En ce qui a trait à l'éducation des enfants, 55 % des conjoints ont révélé que leurs partenaires étaient facilement frustrés avec les enfants, qu'ils changeaient rapidement d'humeur et ne respectaient pas la discipline. En outre, les adultes atteints de TDAH ont été décrits par leurs partenaires comme oubliant souvent l'enfant (par exemple oublier d'aller chercher l'enfant à la garderie) ; se souciant peu de l'importance de la tâche éducative et adoptant plutôt le rôle du parent « *divertisseur* » que celui aidant à l'application de la discipline. Il importe de noter ici, les propos des

conjointes des adultes atteints de TDAH de cette étude. Ces conjoints ont déclaré avoir besoin de protéger leurs enfants contre les débordements émotifs de leur partenaire. De plus, les conjoints des adultes avec un TDAH révèlent compenser les difficultés de leurs conjoints dans le domaine du travail et des études en participant par exemple à l'organisation de leurs clientèles, la rédaction de rapports et la gestion financière de leurs activités professionnelles.

Barkley et al. (2008) rapportent dans leurs écrits, les résultats de plusieurs études du National Institute of Mental Health (NIMH) dont l'étude de l'University of Massachusetts Medical School (UMass study) et l'étude du Medical College of Wisconsin Study in Milwaukee (Milwaukee study). Ces auteurs mentionnent que les domaines les plus touchés par le TDAH chez les adultes atteints de ce trouble par ordre d'importance sont : l'éducation, les responsabilités familiales, le fonctionnement professionnel et dans une moindre mesure, les rencontres amoureuses/ les relations conjugales et les activités sociales.

En ce qui concerne les relations conjugales, Barkley et al. (2008) indiquent une plus grande incidence d'insatisfaction conjugale dans les deux groupes d'adultes atteints de TDAH diagnostiqué dans l'enfance (étude de Milwaukee), en rémission ou non, ainsi qu'une diminution de la qualité des relations amoureuses parmi les adultes atteints de TDAH dont le TDAH persiste à l'âge de 27 ans. Il n'est pas surprenant que les conjoints de ces adultes atteints de TDAH soient significativement moins satisfaits dans leur relation conjugale comparativement aux conjoints du groupe sans TDAH. De plus, dans ce groupe d'âge, Barkley et al. (2008) rapportent que plusieurs de ces adultes sont demeurés célibataires. Toutefois, Barkley et al. (2008) remarquent que les résultats sur l'insatisfaction conjugale ne sont pas spécifiques aux adultes atteints de TDAH ou de leurs conjoints étant donné que cette insatisfaction conjugale a aussi été constatée chez les adultes diagnostiqués avec des problèmes de santé mentale autre que le TDAH (anxiété, dépression etc.). Néanmoins, les adultes atteints de TDAH semblent avoir une vie sexuelle

moins satisfaisante, ce qui serait un incitatif à entretenir des relations extraconjugales (Barkley et al. 2008).

Dans un autre ordre d'idée, Nadeau (1991) soulève les problèmes monétaires des couples ou familles avec un TDAH. Elle mentionne les difficultés à suivre à la trace les états financiers ou prévoir les dépenses à venir. En fait, la gestion de l'argent constitue un grave problème pour ces personnes. Les résultats des études de l'UMass et de Milwaukee, rapportés par Barkley et al. (2008), appuient les dires de Nadeau quant aux problèmes de gestion de l'argent chez les adultes atteints de TDAH. Barkley et al. (2008) montrent clairement la relation entre le TDAH et la diversité des problèmes financiers chez les adultes atteints de TDAH ; ces adultes semblent avoir des problèmes relativement envahissants avec la gestion de leurs finances comparativement au groupe contrôle des études mentionnées. Les difficultés suivantes sont signalées : économiser de l'argent, épargner pour la retraite ; contrôler leur impulsivité lors des achats ; difficultés à respecter les limites des cartes de crédit et à respecter des délais financiers. De ces difficultés, s'ensuivent des résiliations de contrats, une mauvaise cote de crédit. Néanmoins, Nadeau (1991) mentionne que les adultes atteints de TDAH s'organisent mieux lorsqu'ils arrivent vers la trentaine du fait qu'ils acquièrent de la maturité.

Dans un autre ordre d'idée, Nadeau (1991) et Goodman (2007) mentionnent les difficultés de socialisation, identifiées chez les adultes atteints de TDAH. Ces auteurs nomment les comportements et les incapacités de ces adultes qui influent sur leur fonctionnement social : parler sans se rendre compte du désintéressement des interlocuteurs, une faible capacité d'écoute et leur tendance à interrompre, leur façon de donner leur avis d'une manière peu diplomate, être peu conscient de leurs comportements offensants ou inappropriés, leur inaptitude à fournir du soutien émotionnel et le fait de se laisser submerger émotionnellement lors de désaccord. Tous ces comportements et inaptitudes affectent la capacité de ces adultes à régler les problèmes qui surgissent dans leur vie (Goodman, 2007). En sommes, plusieurs auteurs (Barkley et al. 2008 ; Eakin et al. 2004 ; Murphy et Barkley, 1996 ; Nadeau, 1991 ; Rösler et al. 2010) s'accordent pour dire

que le TDAH a une incidence importante sur le bien-être, sur la qualité de la vie conjugale ou familiale. En plus d'avoir une influence sur ces sphères de vie, le TDAH a un impact en ce qui a trait à l'éducation et au fonctionnement professionnel (Barkley et al., 2008). Les prochaines sections concerneront ces aspects.

2.3.2 Le fonctionnement scolaire des adultes ayant un TDAH

Plusieurs auteurs ont étudié l'impact du TDAH dans le domaine scolaire. Ces études sont toutes du même avis et indiquent des taux de réussite scolaire inférieurs chez les adultes atteints de TDAH comparativement aux adultes qui n'en sont pas atteints. Par ailleurs, l'étude de Klein et al. (2012), composée de 135 individus mâles atteints de TDAH et d'un groupe contrôle composé de 136 individus mâles non atteint de TDAH, démontre les conséquences de ce trouble. En effet, ces auteurs ont trouvé que 31,1 % des adultes atteints de TDAH n'ont pas terminé leurs études secondaires comparativement à 4,4 % dans le groupe contrôle. Et que seulement 3,7 % des adultes atteints de TDAH comparativement à 29,4 % dans le groupe contrôle ont atteints des niveaux de scolarisation plus élevés. L'étude de Biederman, Faraone et Spencer (2006) a utilisé un échantillon de 500 adultes ayant reçu un diagnostic de TDAH comparativement à un groupe contrôle de 501 adultes représentatifs de la population américaine, de sexe et d'âge comparable. Ces auteurs ont trouvé des taux moindre de graduation scolaire chez les adultes ayant le TDAH que chez les adultes faisant partie du groupe contrôle (83 % vs 93 % et moins d'obtention de diplôme d'études collégiales (19 % vs 26 %). L'étude de Biederman (2004) mentionne le fait que plusieurs hommes (32 %) et femmes (17 %) ont repris un niveau scolaire et que fréquemment ces adultes ont été placés en classe spéciale pour des difficultés académiques. Finalement, l'enquête de Biederman et Faraone (2006) a révélé que les sujets atteints de TDAH avaient plus de chance d'interrompre leurs études secondaires ou post secondaires que ceux sans TDAH. Parmi les étudiants qui poursuivent des études supérieures, les probabilités d'abandon sont également plus élevées chez les adultes ayant un TDAH (35 % vs 5 % pour le groupe contrôle). Enfin, le moment du diagnostic (enfance ou adulte) semble jouer un rôle en ce qui a trait à la persévérance scolaire. Barkley et al. (2008)

mentionnent que les adultes ayant un TDAH et dont le diagnostic a été posé à l'âge adulte persévèrent davantage au plan scolaire et atteignent des niveaux de scolarité plus élevés. Ils ont moins de conséquences négatives que leurs homologues diagnostiqués pendant l'enfance. Ces derniers ont fait face à plus de sanctions, notamment : a) être placés en retenue, b) être retirés temporairement de l'école et c) faire face à une expulsion définitive de l'école. En sommes, considérant les difficultés qu'ont pu connaître les adultes ayant le TDAH dans leur parcours scolaire, il n'est pas étonnant de constater que leur niveau socioéconomique soit plus faible (Biederman 2004).

2.3.3 Le fonctionnement socioprofessionnel des adultes ayant un TDAH

Plusieurs auteurs mentionnent que le TDAH chez les adultes est associé à divers problèmes dans le fonctionnement professionnel (Barkley et Murphy, 2010 ; Barkley et al, 2008 ; Harpin, 2005 ; Küpper et al. 2012). L'étude de Fried et al. (2012) mentionne que l'agitation mentale, l'intolérance à l'ennui et les difficultés à maintenir sa vigilance, manifestations du TDAH, influent sur la qualité de la vie, la santé au travail des adultes atteints de ce trouble. Plusieurs autres auteurs soutiennent ces propos, à savoir que le TDAH a des incidences négatives sur le fonctionnement au travail de ces personnes (Asherson et al. 2012 ; Barkley et Murphy, 2010). En fait, c'est le déficit de l'inhibition comportementale et des fonctions exécutives qui produisent et maintiennent les difficultés de ces adultes (Barkley, 1997, 1998). Normalement, le rendement efficace au travail est facilité par les fonctions exécutives qui contribuent à : a) la capacité d'autogestion par rapport au temps (gestion du temps) ; 2) l'auto-organisation, la planification, la priorisation ; 3) la résolution de problèmes, 4) l'auto-activation et l'auto-motivation dans la poursuite des activités professionnelles sans pour autant avoir besoin d'une gratification immédiate pour maintenir sa motivation au travail (Barkley et Murphy 2010). Le TDAH influe sur les aptitudes au travail. L'étude de Küpper et al. (2012) qui comprend une revue de la littérature sur les effets négatifs du TDAH sur la santé et la productivité au travail, rapporte que les adultes atteints d'un TDAH ont une baisse de performance et de

productivité au travail, plus de problèmes de comportements, surtout de l'irritabilité et de la frustration, de l'absentéisme, davantage d'accidents et de blessures en milieu de travail.

Barkley et al. (2008), mentionnent un grand nombre de conséquences influençant l'histoire du fonctionnement socioprofessionnel des travailleurs adultes atteints de TDAH. Ces auteurs indiquent que le moment du diagnostic, tout comme c'était le cas pour le parcours scolaire, a une incidence sur le fonctionnement professionnel des participants : ceux-ci vivraient notamment des difficultés plus importantes. Entre autres, ils font plus souvent l'objet de mesures disciplinaires et sont plus fréquemment congédiés (Barkley et al. 2008). Ces adultes auraient une situation professionnelle plus précaire, car lorsqu'ils ne sont pas congédiés, ils ont tendance à démissionner, par ennui. Ce faisant, ils sont plus susceptibles de revoir des prestations d'assurance emploi ou des rentes d'invalidité. On constate également qu'ils utilisent davantage de congés de maladie lorsqu'en situation d'emploi. D'autre part, les individus ayant été diagnostiqués pendant l'enfance, mais dont le trouble se poursuit à l'âge adulte sont plus susceptibles de vivre des conflits avec leurs collègues et patrons et, de façon générale, à s'intégrer au sein de leur équipe de travail (Barkley et Murphy, 2010 ; Barkley et al. 2008).

Certaines caractéristiques liées aux adultes ayant un TDAH sont également susceptibles d'influencer leur parcours professionnels comme les périodes de détention et la consommation / l'abus d'alcool ou de drogues. En effet, certaines études indiquent qu'une certaine proportion d'adultes ayant le TDAH est impliquée dans des activités délinquantes, ce qui peut amener des périodes de détention. Il semblerait qu'au sein des populations carcérales, nombreux sont les prisonniers atteints du TDAH. L'étude d'Eyestone et Howell (1994) mentionnent que 25 % des détenus dont l'âge varie de 16 à 64 ans répondraient aux critères de TDAH. Malgré ce pourcentage, les auteurs mentionnent que le TDAH n'est pas nécessairement une cause des activités criminelles à l'âge adulte. Toutefois, Goodman (2007) mentionne que le TDAH est un facteur qui prédispose à l'activité criminelle et à l'incarcération. Il semblerait que la combinaison du TDAH à des troubles concomitants comme l'opposition avec provocation ou encore avec

des troubles de la conduite augmenterait la gravité des actes criminels (Wilens et Spencer, 2010). En effet, l'étude de Babinski Hartsough et Lambert (1999), discute de l'hyperactivité-impulsivité comme facteur prédisposant à une plus grande probabilité d'antécédents d'arrestation pour les hommes. Ces auteurs signalent que la prédominance des symptômes d'hyperactivité-impulsivité est un facteur de risque pour les comportements antisociaux et pour les crimes moins graves, liés spécifiquement à l'impulsivité et l'incapacité de retarder la gratification. Cette implication au sein d'activités criminelles, notamment lorsqu'il y a des périodes d'incarcération affecte inévitablement le parcours professionnel de ces adultes.

Le parcours professionnel des adultes ayant le TDAH est influencé par la consommation d'alcool ou de drogues (qu'il s'agisse d'abus ou de dépendance). Goodman (2007) mentionne un pourcentage de 17 % à 45 % des adultes ayant le TDAH qui consomment de l'alcool, alors que les proportions varient entre 9 % et 30 % en ce qui a trait à la consommation de drogues. Lorsqu'en plus de consommer, les adultes ont une personnalité antisociale (en plus de leur diagnostic de TDAH), cela accroît leur propension à s'impliquer dans des activités criminelles et à être arrêtés. D'autres études confirment également que les adultes ayant un TDAH ont plus de probabilités de consommer des substances illégales comme la marijuana, que les adultes non diagnostiqués (Murphy et Barkley, 1996). Ces auteurs indiquent que, les troubles du comportement perturbateur et l'utilisation et l'abus des substances sont relativement plus spécifique aux adultes atteints de TDAH (Murphy et Barkley, 1996). D'un même avis, Biederman (2004) confirme que l'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues sont plus communs chez les adultes atteints de TDAH comparativement aux adultes sans TDAH.

En conclusion, le TDAH est susceptible d'influencer le fonctionnement socioprofessionnel des adultes atteints de TDAH directement ou indirectement. Le TDAH peut gravement affecter la capacité des personnes concernées à obtenir et conserver un emploi et travailler en toute sécurité et de façon productive. Et ce, en raison de certains

facteurs associés comme la consommation d'alcool et de drogues ou encore la participation à des activités criminelles.

2.4 LES STRATÉGIES COMPENSATOIRES UTILISÉES PAR LES ADULTES AVEC UN TDAH

La dernière section a permis de lever le voile sur les différentes difficultés de fonctionnement que peuvent avoir les adultes ayant un TDAH, et ce, dans différents domaines de vie. La gravité (allant de légère à grave) de la symptomatologie a un impact sur la qualité de vie de ces individus et leur entourage dans les contextes conjugal, familial, socioprofessionnel et social. Face à ces difficultés, les adultes peuvent choisir d'utiliser des mécanismes d'adaptation pour contourner ou réduire les impacts négatifs des symptômes du TDAH (Vincent, 2005). Au meilleur de nos connaissances, une seule étude s'est concentrée sur les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes ayant le TDAH : celle de Young (2004).

Cette étude de Young (2004) a porté sur l'identification des stratégies d'adaptation utilisées par les adultes atteints de TDAH et l'évaluation de la relation entre les stratégies d'adaptation, les déficits cognitifs et les troubles de la personnalité antisociale. Le groupe de personnes ayant un TDAH comprenait 44 adultes diagnostiqués à l'âge adulte tandis que le groupe contrôle comptait 34 adultes sans TDAH. Les résultats de l'étude de Young (2004) montrent que les individus ayant un TDAH utilisent davantage de stratégies d'adaptation non adaptées comparativement au groupe contrôle. Par ailleurs, leur répertoire de stratégies semble limité, ce qui signifie qu'ils utilisent souvent les mêmes stratégies qui ne sont pas toujours adéquates (Young, 2004). Young (2004) note chez ces participants une difficulté à élaborer un plan de résolution de problèmes et à le mettre en œuvre. En situation de stress, ces adultes réagissent plutôt par l'agressivité ou en utilisant des stratégies d'évitement (Young, 2004). Young (2004) fait un lien entre les incapacités à réfléchir, à planifier à l'avance et l'utilisation de davantage de « mécanismes inadaptés ».

Il est intéressant de noter l'observation de Young (2004) à propos des individus ayant le trouble du déficit de l'attention avec le type attention prédominante (TDA). Il semblerait que ces individus ont moins tendance à rechercher des conseils ou du soutien social que leurs homologues avec hyperactivité (TDAH). Young (2004) indique que cela est peut-être attribuable au fait que ces individus ont des réseaux sociaux plus restreints et davantage de conflits dans leurs relations interpersonnelles. Young (2004) observe chez ces individus une réticence à admettre que leur réseau de soutien social est insuffisant et du coup qu'ils souffrent d'isolement, de solitude et d'un sentiment de rejet.

Toujours selon Young (2004), il existe une relation entre les comportements de socialisation, par exemple les comportements prosociaux, comportements volontaires, dans l'intention de rendre service, d'aider son prochain, se soucier d'autrui, réconforter, soutenir et coopérer avec autrui et l'utilisation d'un plan d'action pour la résolution de problème. Plus un individu est socialisé et plus il est capable d'utiliser des stratégies de *coping* (Young, 2004). L'étude de Young (2004) montre toutefois que les individus atteints de TDAH ont un mauvais niveau de fonctionnement prosocial. De ce fait, leurs capacités à utiliser un plan d'action pour la résolution de problème s'en trouvent réduites. Les réponses impulsives produisent une défaillance dans la planification (Young, 2004). Les individus ayant un TDAH ont toutefois des forces, l'une d'entre elles est la capacité de réévaluer positivement les situations de stress (Young, 2004). L'utilisation de cette stratégie d'adaptation indique une capacité de recadrer les problèmes rencontrés dans leur vie et favorise la résistance aux déceptions (Young, 2004). Tout compte fait, malgré les situations stressantes et les inconvénients associés aux manifestations du TDAH, ces individus peuvent avoir une capacité à «rebondir» (Young, 2004). Ceci dit, Young (2004) présume que la façon d'interagir des individus atteints de TDAH est liée à leur capacité cognitive signifiant qu'ils évaluent continuellement, réévaluent, compensent et s'adaptent. Cet aspect adaptatif peut être énoncé comme une caractéristique créative d'une personnalité entrepreneuriale (Young, 2004) : un esprit d'initiative, de l'audace, de la combativité et un goût du risque.

En somme, les symptômes du TDAH nuisent au bon fonctionnement des individus atteints du TDAH, et ce, dans plusieurs domaines de leur vie. Néanmoins, ces individus sont capables dans une certaine mesure de réévaluer les situations stressantes et de recadrer les problèmes. Selon Young (2004), les individus avec un TDAH ont besoin d'améliorer leurs capacités d'adaptation, apprendre à utiliser plusieurs stratégies de *coping* positives, les appliquer lors de situations stressantes. Quoiqu'on en dise, ces individus auraient avantage à développer une auto-reconnaissance de leurs états émotionnels et de leurs comportements inadaptes dans les situations stressantes de la vie, apprendre une bonne stratégie de résolution de problème adaptée au contexte et la mettre en application.

2.5 LES LIMITES DES ÉTUDES CONSULTÉES ET PROPOSITION DE RECHERCHE

En dépit de leurs forces (problématique bien décrite, clarté des principaux résultats présentés), les études consultées comprennent des limites. Nous insisterons ici sur les limites qui sont communes à plusieurs études. Tout d'abord notons que plusieurs des études consultées (notamment celles d'Eakin et al. 2004, Barkley et al. 1996, Barkley et al. 2008 (Milwaukee), et celle de Young, 2004) ont été réalisées auprès d'échantillons de petite taille, ce qui limite la puissance statistique et rend difficile la généralisation des résultats de ces études.

Une autre limite concerne la façon dont est obtenu le diagnostic du TDAH dans les études. En fait, plusieurs études utilisent des questionnaires d'évaluation auto-rapportés (Barkley et al 2008 ; Barkley et Murphy 2010 ; Barkley 2002 ; Fried et al 2012 ; Kessler et al. 2009 ; Young, 2004), ce qui remet en question la validité du diagnostic, puisque ce dernier n'a pas été confirmé par une source médicale. En fait, l'utilisation d'instruments auto-rapportés pour le dépistage du TDAH peut avoir eu pour effet de sous-estimer (faux négatifs) ou de sur-estimer (faux positifs) le nombre de personnes ayant le TDAH (Brod et al. 2005).

De plus, certaines études sur les déficits fonctionnels des adultes atteints de TDAH n'ont pas considéré les troubles comorbides lors de l'échantillonnage (Biederman et al. (2006) ; Barkley et al. (1996). Les résultats de ces études sur les déficits fonctionnels pourraient donc être expliqués par un autre trouble que par celui du TDAH (par exemple l'anxiété). Cela peut avoir un impact sur les possibilités de généraliser les conclusions.

Par ailleurs, une autre limite émise est à l'effet que certains des groupes contrôle (notamment dans les études de Barkley et al., 2008; d'Eakin et al., 2004; De Quiros, et Kinsbourne. 2001) ont été constitués de volontaires, plutôt que de participants choisis au hasard. Cela peut avoir un impact sur les possibilités de généraliser les résultats. Ces groupes contrôles pourraient comprendre des personnes ayant des niveaux de fonctionnement plus élevés qu'un groupe d'individus choisis au hasard. Par exemple, dans l'étude de l'UMass (Barkley et al. 2008), le groupe contrôle peut être considéré comme ayant un meilleur fonctionnement qu'un échantillon de la population générale du fait qu'ils étaient volontaire et ne devaient pas avoir de problèmes psychiatriques courants, ni de traitement pour un trouble psychiatrique pour être inclus dans l'étude. Aussi, des biais de référence peuvent également s'être produits dans les études dont les participants étaient référés par des cliniques spécialisées (Barkley et al. 1996 ; Barkley et al. 2008).

Parmi les études consultées, certaines limites méthodologiques peuvent avoir diminué la validité interne des résultats et par conséquent la généralisation des données. Par exemple, certains échantillons étaient composés : 1) d'adultes relativement jeunes, 2) seulement d'hommes blancs, 3) les groupes n'étaient pas représentatifs au niveau du sexe et de l'âge. Les résultats de ces études ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble de la population ou à l'ensemble des femmes et des ethnies (Fried et al. 2012; Klein, 2012 et Murphy; Barkley, 1996).

Au-delà des limites méthodologiques énoncées, nous observons également que les connaissances liées au fonctionnement social des adultes ayant un TDAH sont limitées. Cela est notamment attribuable au fait que la problématique du TDAH, chez les adultes,

n'est pas reconnue depuis très longtemps. Ce que nous observons dans les études actuelles est que ces dernières explorent certaines facettes du fonctionnement des adultes, mais explorent rarement le fonctionnement de façon globale, en y incluant les sphères conjugales, familiales, sociales, scolaires et professionnelles. De plus, les études sur les stratégies d'adaptation des adultes aux prises avec le TDAH sont limitées. C'est dans l'optique de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine du fonctionnement social et des stratégies d'adaptation des adultes ayant le TDAH qu'a été entreprise la présente étude.

CHAPITRE III

LE CADRE CONCEPTUEL

Dans ce chapitre, le cadre conceptuel de cette étude est présenté. D'abord, l'approche bioécologique de Bronfenbrenner (1979-2005) et le modèle de stress-*coping* de Lazarus et Folkman (1984) sont définis. Puis, le modèle de Barkley (1997a ; 1998), qui a été décrit au chapitre 1, est ajouté au deux autres, le tout afin d'expliquer l'adaptation au TDAH. Ces trois modèles ont été retenus car ils sont utiles pour comprendre le fonctionnement social, de même que le processus adaptatif des adultes vivant avec le TDAH.

3.1 LE MODÈLE BIOÉCOLOGIQUE DE BRONFENBRENNER

Le modèle de Bronfenbrenner est fréquemment utilisé en travail social (Carignan 2011). Ce modèle sert de cadre pour l'analyse et l'évaluation de l'individu, de ses réseaux et des systèmes complexes avec lesquels il est en interaction (Carignan, 2011). Ce modèle s'est transformé au cours du temps et a changé d'appellation : du modèle écologique dans les années 1980, il est devenu le modèle bioécologique dans les années 1990.

3.1.1 Les origines du modèle de Bronfenbrenner

Absil et al. (2012) mentionnent que les fondements de la théorie de Bronfenbrenner s'appuient sur les idéologies de deux penseurs : Liev Vygotsky (1896-1934) et Kurt Lewin (1890-1947). De l'idéologie de Vygotsky, Bronfenbrenner a retenu les rôles éminents de la culture, des interactions sociales et de l'accompagnement (Absil et al. 2012) ; de la pensée de Lewin, il a conservé l'idée que le comportement est fonction des interactions entre les personnes et leur environnement (Absil et al. 2012).

Absil et al. (2012) remarquent aussi que la pensée de Bronfenbrenner relève des courants de pensées socioconstructiviste et systémique tandis que Terrisse (2007) notifie que l'écologie et la systémique sont à l'origine de la théorie de Bronfenbrenner. Terrisse (2007) décrit ces deux concepts en ces mots :

« La systémique est une méthode d'analyse et de synthèse qui prend toujours en considération l'appartenance d'un élément à un ensemble et l'interdépendance de chaque système avec les autres systèmes de cet ensemble. Quant à l'écologie, c'est l'étude des relations que les êtres vivants entretiennent avec leur environnement en vue d'atteindre un équilibre adaptatif (p. 9) ».

En somme, la théorie de Bronfenbrenner est dite interactionniste du fait que l'individu se développe en interaction avec son environnement (Absil et al. 2012).

3.1.2 Les fondements du modèle bioécologique

Bronfenbrenner a proposé un modèle en 1979, un nouveau cadre de référence pour l'intervention dans le domaine de la santé, l'écologie du développement humain qui morcelle l'environnement en différents niveaux et porte une attention particulière aux interactions entre les individus et leurs environnements sociaux et physiques. En d'autres mots, on peut dire que l'individu évolue dans des environnements complexes qui agissent sur lui et sur lesquels il agit, tantôt directement, tantôt indirectement, selon le niveau des systèmes qui forment le dit environnement (Blais, 1995).

Malo (2000), reprenant les propos de Bronfenbrenner, fait part de trois postulats sur lesquels repose le modèle écologique du développement humain:

« Le développement est le résultat des interactions continues et réciproques entre l'organisme et son environnement ; L'organisme et son environnement s'influencent mutuellement et constamment, chacun s'adaptant en réponse aux changements de l'autre ; L'adaptation est l'équilibre entre les forces et faiblesses de l'individu et les risques et opportunités rencontrés dans son environnement (p. 7) ».

Toujours selon Malo (2000), quatre principes sont communs à toute approche écologique :

« **L'interdépendance.** Tout changement dans l'une des composantes d'un écosystème naturel influence les autres composantes ; **L'adaptation.** Pour survivre tout organisme doit s'adapter aux changements environnementaux ;

Le recyclage des ressources. Tout changement efficace doit se fonder sur les ressources qui existent déjà de façon naturelle ; ***La succession.*** Tout changement est une suite ordonnée de modifications prévisibles jusqu'à ce que l'écosystème retrouve un équilibre acceptable (p. 6) ».

Ainsi, le modèle de Bronfenbrenner permet d'étudier les phénomènes sociaux et les individus en tant que systèmes en interaction avec d'autres (Terrisse, 2007). Pour Blais (1995), l'originalité de la théorie de Bronfenbrenner est d'avoir donné un ordre hiérarchique aux divers systèmes qui constituent l'environnement d'un individu. Cette hiérarchie est comparée à des poupées russes, lesquelles s'emboîtent chacune l'une dans l'autre (Absil et al. 2012 ; Carignan, 2011).

Dans les niveaux hiérarchiques du modèle du développement humain proposé par Bronfenbrenner, on retrouve au premier niveau, le microsystème. Celui-ci réfère au milieu de vie immédiat de l'individu. Par exemple, la famille, l'école, le milieu du travail. C'est le milieu du vécu des relations interpersonnelles et intimes. Au deuxième niveau, le mésosystème se caractérise par les interactions, les liens entre les différents microsystèmes énumérés ci-haut. Le troisième niveau correspond à l'exosystème. Il réfère aux différents milieux qui influencent l'individu, mais dans lesquels celui-ci n'est pas engagé directement. Par exemple, il peut s'agir des règles imposées par l'école qui impliquent les parents indirectement. Enfin, le quatrième niveau comprend les croyances, valeurs culturelles, les idéologies, les politiques sociales et économiques qui ont une incidence sur l'évolution des individus (Blais, 1995 ; Damant, Poirier et Moreau, 2001).

Blais (1995) mentionne que selon Bronfenbrenner, toute modification à l'un ou l'autre de ces niveaux influe sur les rôles et les comportements des individus. La figure (1) suivante présente ces niveaux.

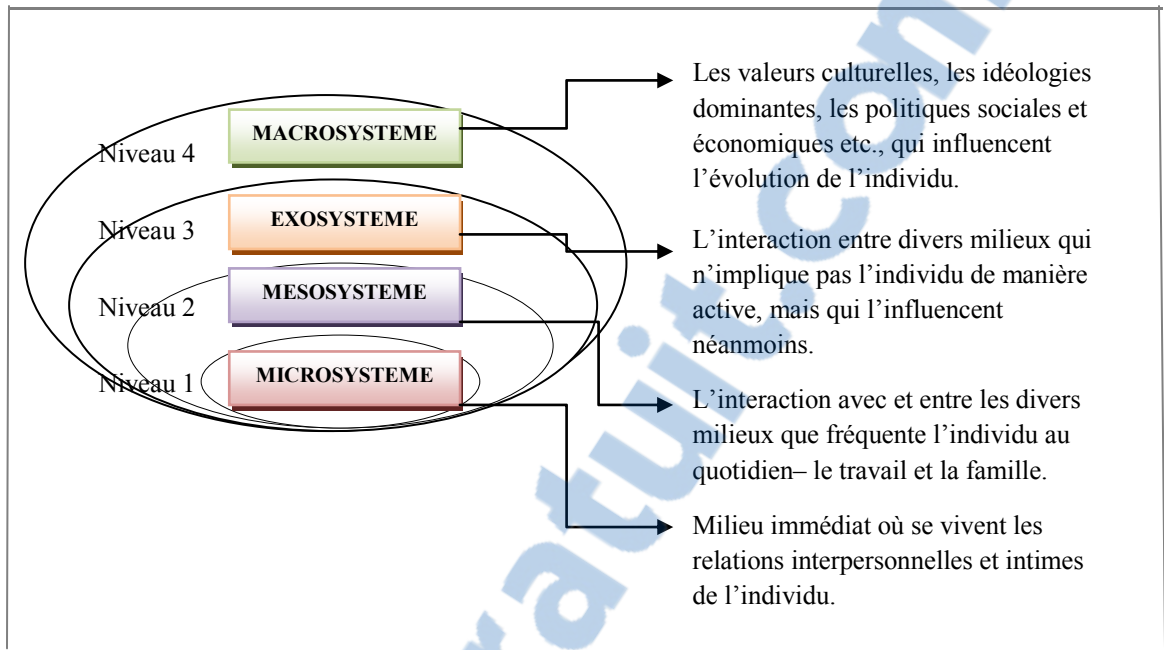


Figure 1 Représentation du modèle écologique de Bronfenbrenner décrit par Blais (1995)

Au fil du temps, le modèle écologique de Bronfenbrenner a continué se raffiner et il est devenu le modèle bioécologique du développement humain (Carignan, 2011). En fait, une dimension personnelle de l'individu (ontosystème) et une dimension chronologique (chronosystème) ont été ajoutées au modèle de base :

« Bronfenbrenner et ses collègues ont décidé d'inclure les comportements individuels (biologiques, psychologiques et comportementaux) ainsi que la temporalité à leur théorie. » Ils renomment donc l'approche écologique sous le nom de « bioécologique (Lerner, 2005, cité par Carignan, 2011, p. 147) ».

Damant et al. (2001, p. 322) précisent davantage les dires de Carignan (2011) et ajoutent à propos de l'ontosystème :

« L'ontosystème peut être défini comme l'ensemble des caractéristiques individus, qu'elles soient innées ou acquises, par exemple : l'âge, le sexe, les compétences, la présence d'un handicap, les habiletés et les déficits ».

En ce qui concerne le chronosystème, il est défini de la manière suivante par Absil et al. (2012, p. 7) :

« Les chronosystèmes sont constitués des temporalités de la vie d'une personne qu'il s'agisse du temps biologique, du temps de la famille, du temps de l'histoire ou du temps perçu et reconstruit par la personne. Chaque système a une temporalité spécifique qui est interactive avec les temporalités des autres systèmes. Il existe des micro-chronosystèmes, des méso-chronosystèmes, des exo-chronosystèmes et des macro-chronosystèmes ».

Ainsi le modèle actuel comprend six niveaux. La figure (2) présente le modèle de Bronfenbrenner avec les ajouts décrit ci-haut.

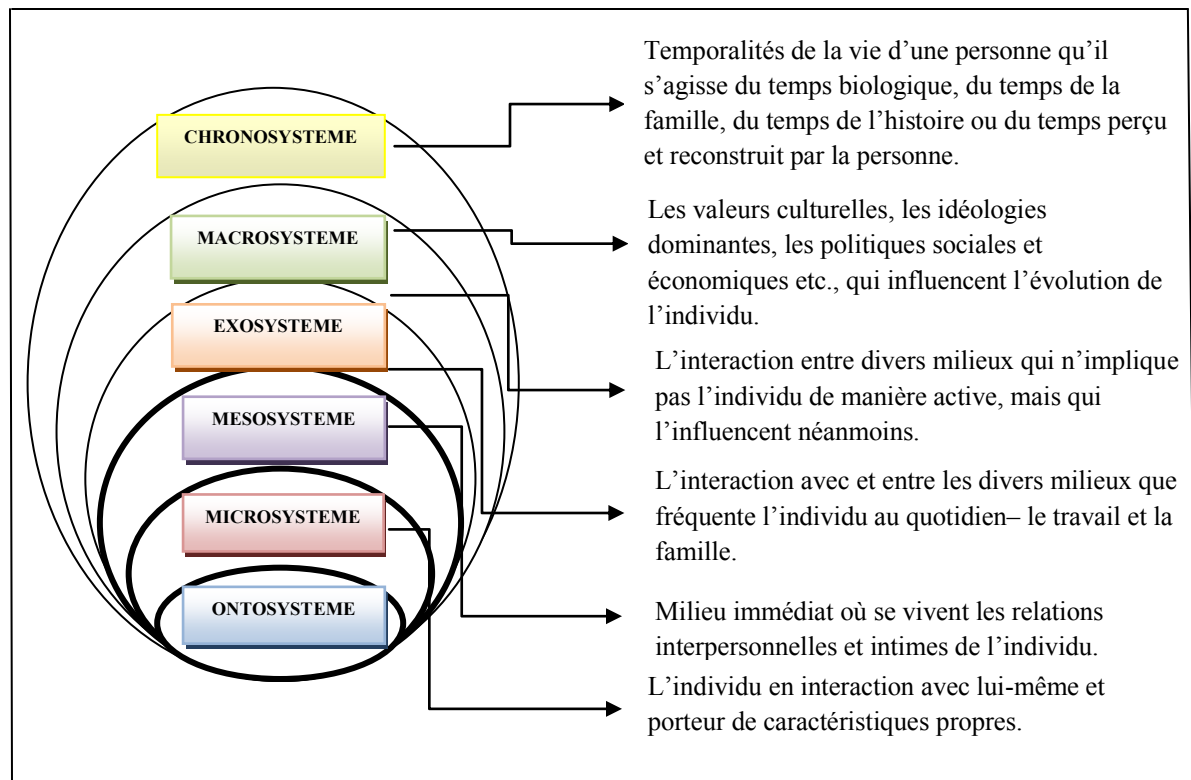


Figure 2 Représentation du modèle bioécologique de Bronfenbrenner décrit par Absil et al. (2012) et Carignan (2011)

On retrouve dans les écrits de Drapeau (2008) sur l'approche bioécologique une spécification quant au principe d'adaptation. Elle affirme que l'approche bioécologique repose sur l'idéologie suivante : « le comportement humain résulte d'une adaptation

progressive et mutuelle entre la personne et son environnement (Drapeau, 2008, p. 13) ». Elle poursuit en précisant que dans la perspective bioécologique, « l'adaptation est fonction de l'adéquation entre les caractéristiques de la personne et celles de la niche environnementale dans laquelle elle s'insère » (Drapeau, 2008). Elle précise sa pensée en abordant les comportements comme étant des efforts pour s'adapter :

« Les comportements étant des efforts d'adaptation aux demandes internes et externes, ils ne peuvent pas, au sens strict, être considérés comme inadaptés. Ainsi l'adoption de comportements violents dans un environnement qui valorise la violence est tout à fait compréhensible, bien que ces comportements ne soient pas acceptables. Tous comportements ont un sens dans leur contexte (p. 15) ».

Malgré le fait que le concept d'adaptation soit défini dans le cadre du modèle bioécologique, il nous est apparu pertinent de le préciser davantage en intégrant, le modèle de Lazarus et Folkman (1984). Ce modèle sera décrit dans la prochaine section.

3.2 LE MODÈLE TRANSACTIONNEL DU STRESS ET DU *COPING* DE LAZARUS ET FOLKMAN

Le modèle de Lazarus et Folkman (1984) considère l'individu et l'environnement dans une relation dynamique, mutuellement réciproque et bidirectionnelle (Lemonier, 2008-2009) et c'est ce qui fait de ce modèle, un modèle dit transactionnel. Ce modèle rejoint d'une certaine manière le concept d'écologie qui rappelons-le est « l'étude des relations que les êtres vivants entretiennent avec leur environnement en vue d'atteindre un équilibre adaptatif (Terrisse, 2007 : 9) ». Néanmoins, le modèle de Lazarus et Folkman étudie plus particulièrement l'évolution des stratégies de *coping* (stratégies d'ajustement ou stratégies d'adaptation) mises en place par l'individu en fonction d'une conception transactionnelle du stress et de l'adaptation qui ne sont ni des caractéristiques de la situation ni des caractéristiques stables présentes chez les individus (Lemonier, 2008-2009). L'adaptation est perçue ici comme un processus impliquant des actions réciproques entre l'individu et l'environnement pour tenter de diminuer le stress induit par certaines situations (Lemonier, 2008-2009).

Le concept du *coping* réfère aux efforts cognitifs et comportementaux déployés par une personne pour gérer c'est-à-dire réduire, minimiser, maîtriser ou tolérer des exigences spécifiques, les demandes internes et externes des transactions personne-environnement, évaluées comme excédant ses ressources (Folkman, Lazarus, Gruen et DeLongis, 1986 ; Lazarus et Folkman, 1984). C'est donc un processus qui a lieu à un moment spécifique, et non pas une caractéristique de l'individu. Il comprend ici que ce que la personne fait consciemment et lors de situations évaluées comme stressantes psychologiquement (Lazarus et Folkman, 1984). Hazanov-Boskovitz (2003) mentionne que la notion d'efforts de *coping* comprend tout ce que la personne tente de mettre en œuvre, quel qu'en soit le résultat, et sans que ces efforts soient forcément équivalents à une maîtrise de la situation (Lazarus et Folkman, 1984).

Le modèle de Lazarus et Folkman (1984) est un processus circulaire qui implique des phases d'évaluation et de réévaluation. L'évaluation cognitive est un processus à travers lequel un individu évalue le potentiel stressant d'une situation ; et choisit quelles ressources (internes ou externes) sont disponibles pour faire face à la situation (Lazarus et Folkman, 1984). Folkman et al. (1986) distinguent deux types d'évaluation cognitive : l'évaluation primaire, l'évaluation secondaire. Dans l'évaluation primaire, la personne évalue ce qu'il y a en jeu dans une situation, ce qui est pertinent pour son bien-être ou non. La personne s'interroge sur la nature et le sens de la situation et son impact pour elle-même ou pour le bien-être d'une autre personne (Lazarus et Folkman, 1984 ; Lemonier, 2008-2009). Lemonier (2008-2009 p. 9) présente les trois possibilités comme suit :

- 1) « Soit la relation à l'environnement est évaluée comme non pertinente et l'individu n'y prêtera plus attention »;
- 2) « Soit la relation à l'environnement est évaluée comme pertinente et positive ; c'est-à dire que les conditions de cette situation vont faciliter les objectifs de l'individu et préserver son bien-être »;
- 3) « Soit la relation à l'environnement est évaluée comme pertinente et stressante: c'est-à dire que les conditions de la situation menacent d'entraver la réalisation des buts de l'individu ».

L'évaluation primaire évalue la qualité et l'intensité de l'émotion reliées à une situation. La situation est considérée soit comme une perte ou dommage (corporelle, relationnelle, matérielle...) soit comme une menace (possibilité d'une perte) ou soit comme un défi à relever (possibilité d'un gain, bénéfice) (Folkman et Lazarus 1984). Paulhan (1992) mentionne que la perte et la menace engendrent des émotions négatives tandis que le défi contribue à vivre des émotions positives.

À travers le processus d'évaluation secondaire, la personne cherche à découvrir et évaluer les options d'adaptation (Lazarus et Folkman, 1984), c'est-à-dire une stratégie ou un ensemble de stratégies efficaces et les conséquences de l'utilisation de ses stratégies (Folkman et al. 1986). L'évaluation secondaire est dans l'ordre du jugement à savoir ce qui pourrait et devrait être mis en place pour faire face à la situation, surmonter ou prévenir un dommage ou pour améliorer les perspectives de bénéfice (Lazarus et Folkman, 1984). L'évaluation secondaire porte donc sur les actions de *coping* possibles comme par exemple : le changement de la situation, l'acceptation, la fuite, l'évitement, la recherche de plus d'informations, la recherche du soutien social, ou l'action impulsive (Folkman et al. 1986). On peut comparer l'analyse secondaire de Lazarus et Folkman (1984) au processus d'analyse réflexive et anticipative décrit par Paquette (1985) :

« Le processus d'analyse réflexive et anticipative peut se résumer en quatre périodes : la collecte des faits, l'exploration des faits colligés, la lecture réflexive de ces faits et le dégagement des prises de consciences. Ce processus se poursuit par une prise de décisions qui débouchera sur de nouvelles actions (p. 303) ».

Pour Lazarus et Folkman (1984), les processus d'évaluation primaire et secondaire sont aussi importants l'un que l'autre. Ils interagissent continuellement ensemble sans un ordre spécifique (Lemonier, 2008-2009).

Dans le modèle de Lazarus et Folkman (1984), il est question d'un autre type d'évaluation en sus des deux ci-mentionnés. Il s'agit de la réévaluation. La réévaluation se réfère à une évaluation des nouvelles informations provenant de l'environnement ou de la personne suite aux efforts d'adaptation cognitives. Elle se distingue de l'évaluation car

elle prend en compte les résultats de l'évaluation primaire et secondaire dans le processus de l'évaluation cognitive de Lazarus et Folkman (1984).

Au terme de l'évaluation, la personne qui fait face à une situation stressante choisira entre deux types de stratégies visant à atténuer le stress : les stratégies centrées sur l'émotion ou encore les stratégies centrées sur le problème (Lemonier, 2008-2009). Le *coping* centré sur le problème cherche à résoudre le problème à l'origine de la situation stressante en agissant dessus (Lemonier, 2008-2009) tandis que le *coping* centré sur l'émotion vise à réduire ou réguler la réaction émotionnelle associée à la situation (Lemonier, 2008-2009). Lorsque les individus sentent que la situation stressante ne peut être modifiée, ils vont privilégier des stratégies centrées sur les émotions, tandis que s'ils sentent qu'ils ont du pouvoir, ils choisiront des stratégies centrées sur le problème (Lemonier, 2008-2009). Les stratégies centrées sur les émotions sont au nombre de cinq : a) la minimisation de la menace (le déni), b) la réinterprétation positive, c) l'auto-accusation ou le blâme, d) l'évitement et e) la recherche de soutien émotionnel (Lemonier, 2008-2009). En ce qui a trait aux stratégies centrées sur le problème, elles sont au nombre de deux : la résolution de problème et l'affrontement (Lemonier, 2008-2009). Le tableau (2) suivant, présente les deux formes de *coping* et la liste des stratégies pour chacune des formes de *coping* ainsi qu'une courte description de chacune d'elles.

Tableau 2 Liste et définitions des stratégies selon la forme de *coping*

Formes de <i>coping</i>	Liste des stratégies	Description des stratégies de Lazarus et Folkman (Lemonier, 2008-2009 p. 12)
Centrées sur le problème	Résolution de problème	<ul style="list-style-type: none"> Recherche d'informations (recherche de soutien instrumental) ou à l'élaboration d'un plan d'action (planification) pour contrer la situation stressante.
	Affrontement de la situation	<ul style="list-style-type: none"> Produit des efforts et des actions directes pour modifier le problème (<i>coping</i> actif).
Centrées sur l'émotion	Minimisation de la menace (le déni)	<ul style="list-style-type: none"> Refuser de croire que le «stresseur» existe ou agir comme si le «stresseur» n'était pas visible.
	Réinterprétation positive	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer ou réévaluer une situation stressante en des termes positifs afin que la personne puisse poursuivre son combat contre le « stresseur » à l'aide d'un <i>coping</i> centré sur le problème.
	Auto-accusation ou le blâme	<ul style="list-style-type: none"> Se faire des reproches et se culpabiliser en se persuadant d'avoir créé le problème.
	Évitement	<ul style="list-style-type: none"> Essayer de se sentir mieux par la consommation des substances (alcool, médicaments). Utiliser l'humour ou se désengager sur le plan comportemental afin de s'évader et de ne pas être submergé par les émotions.
	Recherche de soutien émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> Être soutenu moralement, recevoir la sympathie ou être compris par des tiers.

Paulhan (1992) remarque que certains auteurs n'adhèrent pas complètement à la classification de Lazarus et Folkman. Ces auteurs parlent plutôt de *coping* «évitant» qui comprendrait des stratégies passives (ex. évitement, fuite, déni, acceptation stoïque) et de *coping* «vigilant» qui se traduirait dans un style plus actif (ex. recherche d'information, de soutien social, plans de résolution de problème). Il poursuit en disant que ces différences sur la classification des stratégies d'ajustement ne sont pas essentielles car ce qui est le plus important c'est de savoir si chacune d'elles est fonctionnellement efficace donc de réduire la tension ou l'anxiété engendrée par la situation.

L'efficacité des stratégies de *coping* a fait l'objet de nombreuses recherches. Selon Paulhan (1992), elle dépend des caractéristiques situationnelles comme la durée et la contrôlabilité de l'évènement stressant. Toujours selon Paulhan (1992), pour que les stratégies centrées sur le problème (stratégies actives) soient efficaces, il faut que l'évènement soit sous le contrôle de l'individu. Sinon, les stratégies centrées sur l'émotion (stratégies passives comme le déni, par exemple) seraient plus adaptées. Par exemple, l'évitement est une stratégie passive qui est plus efficace à court terme après un évènement stressant alors que les stratégies de résolution de problème sont plus efficaces pour le long terme.

3.3 LA PROPOSITION D'UN MODÈLE CONCEPTUEL EXPLORATOIRE

La combinaison des deux modèles théoriques à l'étude, ainsi que l'ajout du modèle explicatif du TDAH de Barkley (décrit à la section 2.1) sont exposés dans la figure 3. Ce modèle exploratoire constitue une tentative d'explication de l'adaptation et du fonctionnement social des adultes atteints du TDAH. En fait, nous avons cherché à bâtir un modèle exploratoire pour nous aider à saisir comment les individus ayant le TDAH s'y prennent pour avoir un niveau de fonctionnement social adapté ou non en considérant les particularités et les manifestations de ce trouble dans leurs vies. Ce modèle stipule que le fonctionnement social des personnes ayant le TDAH est influencé par les caractéristiques de l'individu, de l'environnement, des transactions entre les deux, et des stratégies d'adaptation que la personne mettra en place pour faire face à son trouble.

Au cœur de ce modèle, on retrouve donc, l'individu (ontosystème) en interaction avec ses différents microsystèmes (ex. famille, amis, travail, école). Selon le modèle bioécologique, le TDAH devrait faire partie intégrante de l'ontosystème, puisqu'il est considéré dans les études scientifiques comme ayant des origines biologiques. Cependant, puisque nous nous intéressons au TDAH et à ses effets au plan du fonctionnement social, il a été placé à la jonction de l'ontosystème et des microsystèmes.

Il est postulé ici dans ce modèle exploratoire, que le fonctionnement social des adultes atteints du TDAH sera influencé par la mise en place de stratégies d'adaptation, efficaces ou non. Afin d'atteindre l'objectif qu'est le fonctionnement social adapté, l'individu passera par une série d'étapes telles que décrites par Lazarus et Folkman (1984). La première étape de l'évaluation cognitive est tout d'abord le but ou l'objectif à atteindre. Sans une direction ou une motivation, il ne peut y avoir d'évaluation selon le modèle de Lazarus et Folkman (1984). Donc, l'objectif ou le but à atteindre devient l'élément central dans notre modèle exploratoire. Par la suite, l'individu doit prendre conscience des interactions dans l'écosystème. Par exemple, face à une situation problématique liée au TDAH (ex. présence de symptômes du TDAH rendant le fonctionnement social difficile), l'individu devra déterminer tout d'abord, si celle-ci constitue une menace ou non à son fonctionnement. Suite à l'évaluation de la situation, l'individu choisit une ou plusieurs stratégies à appliquer. Par la suite, il réévaluera l'effet de l'utilisation de ses stratégies en fonction de l'objectif à atteindre. Cette analyse forme une boucle de rétroaction.

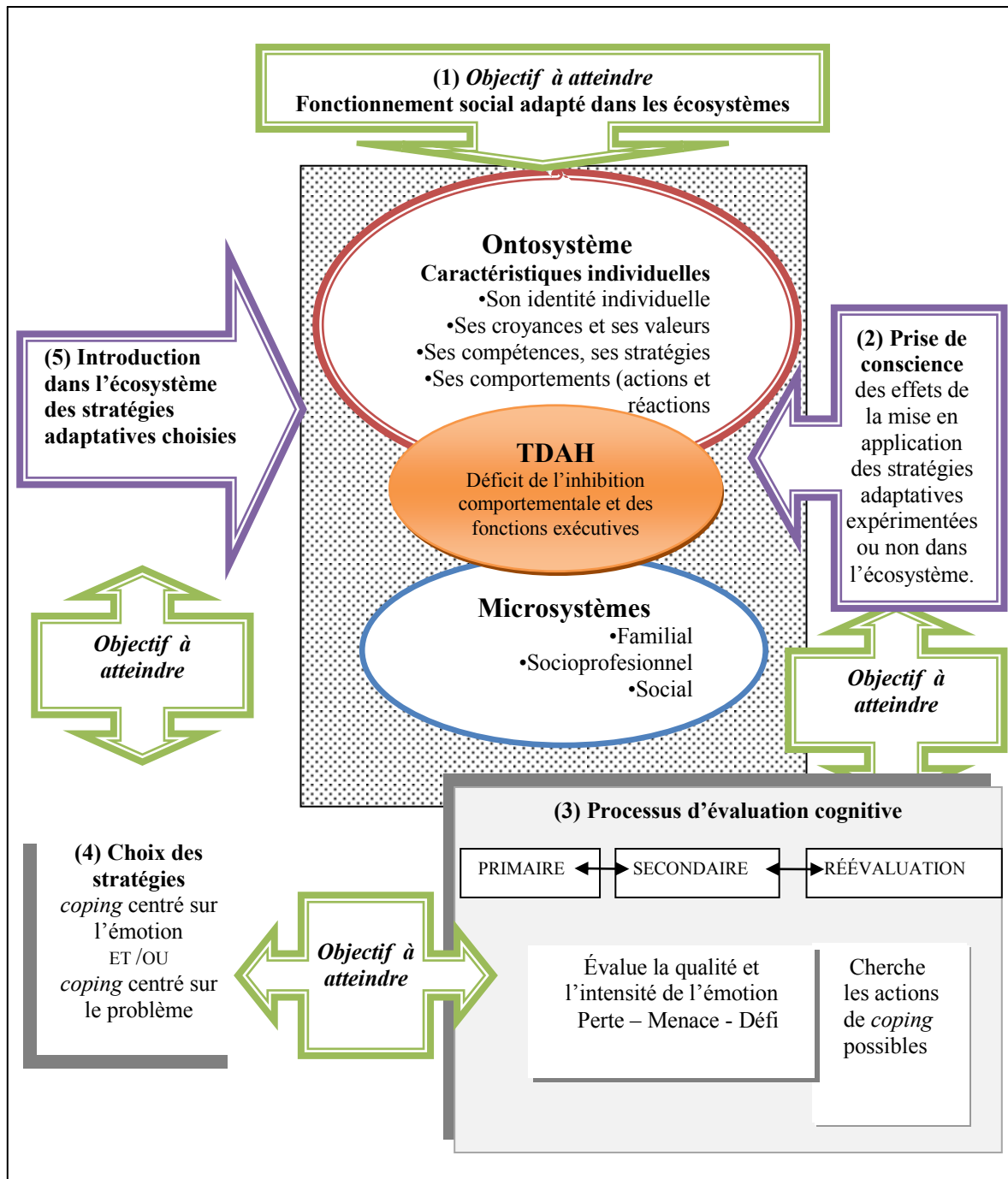


Figure 3 Modèle exploratoire du fonctionnement social adaptatif

CHAPITRE IV

LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Rapport-Gratuit.com

Ce chapitre présente la méthodologie de la recherche ayant été entreprise. Il sera d'abord question : du type d'étude, des objectifs poursuivis, de la population à l'étude, de l'échantillon et de la méthode d'échantillonnage et des stratégies de collecte et d'analyse des données. Puis, les forces et limites de l'étude et finalement les considérations éthiques de cette recherche seront exposées.

4.1 LE TYPE D'ÉTUDE

L'étude dont il est question ici est de nature exploratoire du fait que nous avons voulu nous familiariser avec le fonctionnement social des adultes ayant un TDAH. Nous avons voulu approfondir les connaissances à l'égard du phénomène à l'étude via un devis exploratoire basé sur l'approche phénoménologique. Les écrits de Fortin (1996) et de Grenier (2005) ont influencé notre démarche. En fait, la description de Fortin (1996) de ce qu'est l'étude phénoménologique rejoint notre quête de sens dans cette démarche expérientielle de recherche. À ce propos il dit : « L'étude phénoménologique vise à comprendre un phénomène, à en saisir l'essence du point de vue de ceux et celles qui en font ou en ont fait l'expérience » Fortin (1996 : 148). Quant à Grenier (2005), il relève la souplesse des méthodes qualitatives pour aller en profondeur et découvrir l'expérience humaine. C'est ainsi, en tenant compte de leur discours et tenant compte de nos valeurs que l'approche qualitative a été retenue.

4.2 LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude est de mieux comprendre le fonctionnement social, de même que les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes ayant un TDAH. De façon plus spécifique, cette étude vise à :

1. Décrire les principales répercussions du TDAH au plan du fonctionnement conjugal, familial, scolaire, social et socioprofessionnel.
2. Décrire les facteurs qui facilitent et nuisent au fonctionnement conjugal, familial, scolaire, social et socioprofessionnel.
3. Décrire les défis auxquels les adultes ayant un TDAH sont confrontés au quotidien.

4. Décrire les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes ayant un TDAH pour faire face aux difficultés de fonctionnement rencontrées.

4.3 LA POPULATION À L'ÉTUDE

La population ciblée pour cette étude était constituée d'adultes vivant dans la région du Saguenay—Lac-St-Jean et qui éprouvaient des symptômes du TDAH. Selon Statistiques Canada et l'Institut de la statistique du Québec (<http://www.stat.gouv.qc.ca/>), on dénombre 221 059 adultes, vivant sur le territoire du Saguenay Lac-St-Jean en 2009. Considérant le taux de prévalence des adultes ayant le TDAH (approximativement 4 % de la population adulte selon les écrits recensés dans le chapitre 1) nous avons estimé la population de l'étude à environ 8,842 individus.

4.4 L'ÉCHANTILLON ET LA MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE

Le choix de la stratégie d'échantillonnage utilisée dans cette étude découle : a) des questions de recherche à l'origine du projet, b) de la population étudiée et c) des contraintes financières avec lesquelles nous avons à composer en lien avec la réalisation de cette étude. Dans cette partie nous discutons de la composition de l'échantillon et de la méthode d'échantillonnage utilisée pour le recrutement.

4.4.1 L'échantillon

Pour les fins de cette étude, un échantillon de volontaires a été constitué (Gauthier, 2009). En effet, huit adultes ont accepté de participer à l'étude¹ (la section 5.1 présente le profil de ces participants). La méthode non probabiliste a été retenue, ici, puisque notre étude s'est intéressée à une population particulière (adulte porteur du TDAH), connue d'une minorité de personnes

¹ Au total, dix entrevues ont été effectuées, mais deux ont été exclues des analyses finales : a) la première a été retranchée puisqu'elle n'a pu être enregistrée en raison d'un bris de matériel et b) la deuxième n'a pas été retenue puisque le participant avait consommé au moment de l'entrevue, ce qui rendait ses propos incohérents. Ce dernier participant a été avisé du fait que son entrevue n'allait pas être retenue pour l'étude. Le répondant a bien accueilli la décision qui avait été prise.

et, de plus, difficile à rejoindre aléatoirement. C'est pourquoi nous n'avons pas utilisé les lois du hasard pour créer une liste de répondants. D'une part, la technique d'échantillonnage de cette étude a été dite intentionnelle (Fortin, Taggart, Kérouac et Normand, 1988) puisque qu'elle a été basée sur le choix consciencieux de l'étudiante-chercheure d'inclure certaines conditions pour le recrutement des répondants. Ce choix a découlé des questionnements suivants. 1) Tout d'abord, nous nous sommes demandés si nous devions avoir seulement des répondants avec les trois caractéristiques du TDAH soit l'impulsivité, l'inattention et l'hyperactivité ou si nous devions avoir des répondants qui avaient aussi les caractéristiques du TDA, c'est-à-dire l'impulsivité et l'inattention mais sans l'hyperactivité. Pour Gauthier (2009 : 253) « *plus la population est homogène, moins l'échantillon aura besoin (...) d'être de taille importante* ». Nous avons donc opté dans un premier temps pour privilégier les répondants qui avaient les trois symptômes : inattention, impulsivité et hyperactivité. 2) Deuxièmement, nous nous sommes interrogés à propos de l'âge des répondants. Cette interrogation est liée à plusieurs constats au regard des adultes ayant un TDAH : a) d'une part, il semblerait que le processus de maturation du cerveau de ces derniers soit plus lent que celui des individus non atteints (Delisle et Richard, 2006) et b) d'autre part, il semblerait que les adultes ayant un TDAH démontreraient une meilleure capacité d'introspection à partir de 27 ans (Barkley et Wilens, 2005 ; Lafleur, Pelletier, Vincent, M-F., Vincent, A., 2010). Donc, considérant d'une part les questions et les objectifs de l'étude sur le fonctionnement conjugal, familial, social et socioprofessionnel d'adulte atteint de TDAH et d'autre part les propos des auteurs précisés, nous avons déterminé comme critères d'inclusion pour la constitution de l'échantillon : a) être âgé entre 25 ans et 50 ans; b) avoir un diagnostic médical de TDAH reçu dans l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte ; c) expérimenter des symptômes du TDAH à l'heure actuelle ; d) vivre au Saguenay—Lac-St-Jean ; e) et consentir à participer à une entrevue qui serait enregistrée.

4.4.2 Les stratégies de recrutement de l'échantillonnage

Par l'intermédiaire du réseau formé des organismes communautaires du Saguenay—Lac-St-Jean et des personnes connues de l'étudiante-chercheure, trois organismes communautaires ont été ciblés pour procéder au recrutement des participants de l'étude. Il s'agit : de l'Association Québécoise des Troubles d'Apprentissage-AQETA couvrant le secteur Saguenay—Lac-St-Jean, du Centre d'Intervention familiale-Le Transit opérant dans le secteur Jonquière et de La Cigogne œuvrant dans le secteur Lac-St-Jean Est. Le choix de ces organismes a été justifié par le fait que ceux-ci donnaient des services à une clientèle adulte ayant des enfants avec la problématique du TDAH. Les contacts avec ces trois organisations ont été effectués au cours de l'été et de l'automne 2010.

Durant cette période, un rendez-vous a été fixé avec les responsables de chaque organisme. Au total trois (3) rencontres ont eu lieu et six (6) personnes ont été rencontrées: a) deux responsables de l'AQETA (Chicoutimi), b) une intervenante de La Cigogne (Alma) et c) la directrice et trois intervenantes du Centre d'intervention familial-Le Transit (Jonquière). Les rencontres avaient trois objectifs. Premièrement, elles visaient à bien informer les intermédiaires, afin que les règles éthiques discutées au point 4.7 soient respectées lors de la promotion de cette étude. Deuxièmement, elles ont permis d'expliquer le projet de recherche, notamment : les objectifs poursuivis, le déroulement de l'étude, les avantages et désavantages possibles de la participation des répondants, le droit de chaque répondant de se retirer de l'étude, la confidentialité des résultats et l'anonymat ainsi que les coordonnées des responsables de l'étude. Enfin, elles étaient destinées à remettre les différents formulaires aux responsables et intervenants des organisations pour promouvoir l'étude auprès de leur clientèle soit : un formulaire de consentement (annexe A), un formulaire de consentement/déclaration du sujet de recherche (annexe B), un formulaire d'engagement de l'étudiante-chercheure (annexe C) et une annonce pour le recrutement des sujets qui comprenait le titre de l'étude, les objectifs et les critères d'inclusion pour l'étude (annexe D). Ces trois organismes, partenaires de l'étude, ont chacun remis une lettre d'appui pour cette étude (annexes E).

Les organismes communautaires ont contribué activement au recrutement des participants de l'étude. Le tableau 3 présente le nombre de personnes qui ont été contactées, ainsi que les méthodes employées par ces organismes pour rejoindre les sujets potentiels. On peut lire dans ce tableau que les organismes communautaires ont communiqué l'information concernant cette étude à cent vingt sept (127) personnes soit par communication téléphonique, par courriel ou lors de rencontres de groupe (ateliers) ou café-rencontres dont l'objet était le TDAH. De ce nombre, neuf participants ont donné leur accord verbal pour participer à l'étude. En fait, plusieurs raisons ont expliqué l'exclusion des participants contactés par l'AQETA : a) l'absence de diagnostic du TDAH, b) la présence d'un TDA sans hyperactivité ou encore c) la non satisfaction au critère d'âge ou d'autres motifs personnels (ex. manque de temps) (Annexe F). Tableau 3 Les démarches des organismes communautaires

Tableau 3 Les démarches des organismes communautaires

Provenance de l'échantillon	Nombre de personnes contactées (Informations fournies par les organismes)	Résultats du processus d'échantillonnage
<i>AQETA</i>	<ul style="list-style-type: none"> * 42 personnes ont reçu l'information soit par téléphone ou rencontre de groupe : * Chicoutimi : 15 ; Falardeau : 17 ; La Baie : 10 * Affiche transmise aux 42 personnes 	■ Une personne a donné son nom pour participer à l'étude.
<i>Centre d'intervention familiale-Le Transit</i>	<ul style="list-style-type: none"> * 25 personnes rejointes soit par téléphone ou lors de rencontre de groupe. * Affiche visible durant deux mois 	■ Quatre personnes ont donné leur nom pour participer à l'étude.
<i>La Cigogne (et AQETA)</i>	<ul style="list-style-type: none"> * 60 parents ont été rejoints : envoi des courriels à tous les membres des café-causerie. (parents – enfants TDAH) ainsi qu'aux groupes des ateliers - réalité (parents – enfants TDAH 6 – 12 ans) * Affiches dans l'organisme 	■ Quatre personnes ont donné leur nom pour participer à l'étude.
<i>Autres que les organismes communautaires</i>	<ul style="list-style-type: none"> * bouche à oreille et par l'affichage à l'extérieur des organismes communautaires 	■ Trois personnes

4.5 LA COLLECTE DES DONNÉES

Dans cette étude, deux stratégies de collecte de données ont été utilisées auprès des participants : quantitative et qualitative. Les instruments de la collecte des données et les méthodes de passation sont expliquées dans cette partie.

4.5.1 Les outils quantitatifs

Le premier outil de collecte de données est un court questionnaire visant à recueillir des données sociodémographique (Annexe G). Cet instrument comprenait 13 questions à choix multiples ou réponses brèves. Les thèmes abordés ont été : l'âge, l'état civil, la municipalité, le niveau de scolarité, la reprise d'années scolaire, l'emploi, la principale source de revenu, le revenu net, la consommation d'alcool et de drogue, la fréquence de consommation d'alcool et de drogue, le moment du diagnostic, la prise de médication et les services utilisés en raison de leur TDAH. Lors de la collecte de données sociodémographique, certaines ambiguïtés se sont présentées concernant les questions 4 et 8. En ce qui concerne la question 4, « *Quel est votre niveau de scolarité ?* » pour lesquels les choix des réponses étaient : « *Secondaire IV ou moins, Secondaire V, Études collégiales, Études universitaires* », certains participants étaient incapables de situer leur niveau de scolarité. Ils ont abordé certains éléments comme le PC 4, le professionnel court ou long sans pouvoir dire leur niveau de scolarisation. Pour la question 8 : « *Quel est votre revenu net ?* » ; certains participants ont parlé de leur revenu, tandis que d'autres ont parlé du revenu du conjoint ou du revenu familial. Lors de l'analyse de ces données, il nous a été difficile d'organiser ces données pour donner un portrait approprié des participants. Nous avons de nouveau contacté certains des participants par téléphone afin de clarifier ces ambiguïtés. Ainsi, les participants ont clarifié leurs niveaux de diplomation, de même que leurs revenus. Les résultats sont présentés au chapitre suivant.

Le deuxième outil était un questionnaire d'auto-évaluation servant pour le dépistage du TDAH chez les adultes (Annexe H). Cet outil se composait de dix-huit questions dont

neuf concernaient l'évaluation de la fréquence des symptômes de l'inattention et les autres questions se rapportaient à la fréquence des symptômes de l'hyperactivité-impulsivité. Ces questions tenaient compte des 18 critères diagnostics du TDAH décrits dans le DSM-IV. Ce questionnaire a été développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et un groupe de travail (psychiatres et chercheurs) sur le TDAH de l'adulte. La version originale, anglophone (ADHD-ASRS version 1.1) a été validée lors d'une étude effectuée par Adler et al. (2006). Les résultats de cette étude ont confirmé la fiabilité et la validation de cette grille d'auto-évaluation (ASRS) pour le dépistage du TDAH chez l'adulte. En effet, l'alpha de Chronbach se situe à 0,88 ce qui signifie un haut niveau de cohérence interne. Néanmoins, la version française de l'échelle d'auto-évaluation du dépistage du TDAH chez l'adulte (ASRS version 1.1) traduite par Caci et Bayle (2005), n'a pas été validée à ce jour selon nos connaissances. Dans le cadre de ce questionnaire, les participants devaient évaluer la fréquence (allant de jamais à très souvent) de leurs symptômes au cours des six derniers mois.

Le troisième outil était aussi un instrument d'auto-évaluation élaboré par l'étudiante-chercheuse (Annexe I). Cet outil, non validé, a servi à estimer subjectivement les impacts positifs et négatifs de six manifestations du TDAH soit : l'impulsivité, l'hyperactivité, l'inattention, le manque de mémoire, le manque d'organisation et la procrastination dans les domaines de vie à l'étude. Cet outil comprenait une échelle graduée de 1 (aucun impact) à 10 (impact maximal). Les participants devaient évaluer les impacts tant positifs que négatifs des symptômes ci-haut mentionnés afin de déterminer le nombre représentant le mieux l'évaluation des effets de ces symptômes sur la zone de fonctionnement concernée. Cet outil était intégré dans le guide d'entrevue semi-dirigée selon le domaine de vie exploré.

4.5.2 L'outil qualitatif

L'entrevue semi-dirigée a été la stratégie principale de collecte des données dans le cadre de cette recherche. En fait, deux éléments ont influencé notre choix. Premièrement, les dires de Delisle et Richard (2006 : 291) à propos des adultes atteints de TDAH : « on

peut s'attendre à retrouver certaines erreurs typiques aux TDAH (...), telles qu'un discours relativement désorganisé chez l'adulte avec un TDAH ou la présence d'intrusions dans les tâches de mémoire ». Deuxièmement, l'opinion de Mayer et St-Jacques (2000 : 120) à propos de l'entrevue semi-dirigée : « ce type d'entrevue se prête bien aux recherches visant à circonscrire les perceptions qu'a le répondant de l'objet étudié, les comportements qu'il adopte, les attitudes qu'il manifeste ». Afin de mener les entrevues semi-dirigées, un guide d'entrevue en quatre parties, a été construit (Annexe J). Chaque partie a permis d'explorer le fonctionnement du répondant dans une sphère spécifique de vie soit : a) la vie socioprofessionnelle, b) la vie conjugale, c) la vie familiale et d) la vie sociale. Chacune des parties avait une structure similaire et comprenait des questions plus générales sur le fonctionnement de la personne et d'autres plus spécifiques concernant les impacts positifs et négatifs du TDAH, de même que les stratégies d'adaptation mises en œuvre face au trouble. Le guide d'entrevue a fait l'objet d'un pré-test. D'abord, le guide a été testé auprès de deux personnes non diagnostiquées, mais ayant des proches aux prises avec le TDAH, afin de vérifier la pertinence des questions. Suite à ces deux entrevues, des modifications ont été apportées au guide. Principalement dans le sens d'en améliorer la clarté et la fluidité. Puis, un pré-test avec une personne rencontrant les critères d'éligibilité de l'étude a été effectué. Le pré-test a permis d'apporter certaines améliorations au guide, en ajoutant : a) une question permettant à chaque participants d'énoncer leur conception personnel des termes suivants : impulsivité, hyperactivité, inattention, manque de mémoire, manque d'organisation et procrastination, b) la possibilité pour chaque participant d'évaluer quantitativement leur perception positive ou négative de l'impact du TDAH dans chaque sphère de vie. C'est ainsi que pour chacune des sphères de vie étudiées, on a introduit un instrument d'auto-évaluation des impacts des termes ci-haut mentionnés qui a été présenté à la section 4.5.1 dans les outils quantitatifs (outil 3).

4.5.3 Le déroulement de la collecte des données

Chaque participant a été rencontré à une seule reprise afin de : a) compléter la fiche de renseignements personnels, b) remplir une auto-évaluation du trouble du déficit de

l'attention-hyperactivité et c) participer à une entrevue semi-dirigée. Le temps requis pour compléter la fiche de renseignements personnels a été de 4,06 minutes pour la partie sociodémographique et de 9,52 minutes pour la partie de l'auto-évaluation du TDAH. En ce qui a trait aux entrevues, leur durée moyenne a été de 117,88 minutes, incluant l'autoévaluation des impacts positifs et négatifs du TDAH (outil 3).

Au préalable, chaque participant s'est vu expliquer le déroulement de l'étude et a donné son consentement à y participer en début de la rencontre. C'est ainsi qu'avant de procéder à la collecte de données, tous les participants ont lu et signé un formulaire de consentement. La lecture des documents a parfois été faite par l'étudiante-chercheuse lorsqu'elle sentait qu'une assistance était requise. La durée moyenne de la lecture des documents et des signatures des formulaires de consentement a été de 10,60 minutes.

Les entrevues ont été réalisées dans des lieux ciblés par les participants. C'est ainsi que trois ont eu lieu dans les locaux des organismes partenaires du projet, que trois ont été réalisées au domicile des participants et que deux sont survenues dans le cabinet de consultation de l'étudiante-chercheuse. L'ensemble des entrevues ont été enregistrées afin de s'assurer d'être en mesure de reproduire l'intégrité du contenu des entrevues pour l'analyse avec l'accord des répondants.

L'entrevue semi-dirigée s'est avérée être un bon choix. En effet, tel que mentionné par Delisle et Richard (2006), les participants de l'étude ont parfois éprouvé des difficultés à exprimer leurs propos dans le cadre des entrevues (ex. hésitations, oublis, utilisation de gestes pour communiquer). L'expérience de l'étudiante-chercheuse auprès des personnes ayant le TDAH a été bénéfique pour aider, à l'occasion, les participants à traduire en mots leurs idées, clarifier ou encore reformuler leurs propos. L'entrevue semi-dirigée a permis d'encadrer le processus de la communication des adultes atteints de TDAH en ramenant certains participants sur le phénomène à l'étude et éviter les discours inopportuns sans rapport avec le sujet de recherche. Donc, le fait d'avoir des thèmes préalablement définis pour répondre aux questions et aux objectifs de l'étude a été bénéfique. Néanmoins, les participants ont également pu s'exprimer librement sur des thèmes non déterminés. Ces

nouveaux thèmes ont été explorés en profondeur lorsqu'ils étaient en lien avec les questions et objectifs de la recherche. C'est ainsi que certains participants ont été surpris de découvrir leurs processus de fonctionnement lors de cette exploration en profondeur.

4.6 L'ANALYSE DES DONNÉES

Les données amassées dans cette étude ont été analysées de deux façons : les questionnaires ont été analysés quantitativement, alors que le contenu des entrevues dirigées a été analysé qualitativement.

4.6.1 L'analyse quantitative

Le traitement quantitatif des données a été effectué à l'aide du logiciel Excel (office 2007). La totalité des données recueillies a permis de dresser le profil des participants à l'étude en ce qui a trait : a) à leurs caractéristiques sociodémographiques, b) aux symptômes du TDAH et c) aux impacts du TDAH dans leur vie quotidienne et sociale. Ces données statistiques descriptives sont présentées au chapitre 5. Elles constituent un complément aux données qualitatives qui constituent l'essentiel de ce mémoire.

4.6.2 L'analyse qualitative

L'analyse des entrevues effectuées lors de cette recherche a été réalisée à partir d'une méthode inductive. Blais et Martineau (2006) précisent que la méthode de l'analyse inductive permet : a) la condensation des données d'un corpus, b) l'établissement des liens entre les objectifs de la recherche et les catégories résultant des données brutes et c) développer un modèle à partir des catégories découvertes. Aussi, dans cette étude, nous nous sommes inspirés de Miles et Huberman (2003) pour expérimenter la condensation des données. Comme méthode de réduction des données, dans un premier temps nous avons créé une «liste de départ» de codes que l'on a définis. Cette liste a été construite à partir du guide d'entrevue. Pour Miles et Huberman (2003), les définitions des codes se modifient au fur et à mesure de l'évolution de l'étude.

L'analyse de contenu de cette étude est de nature thématique. L'analyse a été réalisée suite à l'enregistrement audio et la retranscription sous forme de verbatim par une personne qualifiée. Une recherche d'unités de sens en lien avec les objectifs de l'étude a été réalisée suite à la lecture et relecture du matériel écrit. Aussi, le fait que les entrevues ont été réalisées par l'étudiante-chercheuse a permis d'avoir rapidement une vue d'ensemble du matériel recueilli pouvant faire l'objet d'un encodage. Des phrases ou des paragraphes ont été sélectionnés lors de la codification manuelle et nous leurs avons attribué une étiquette. Une vérification des unités de sens et des étiquettes a été effectuée par la directrice de maîtrise. Lors de cette première étape de codification, nous avons utilisé les marges de gauche pour y inscrire les thèmes ou étiquettes. Tandis que les marges de droite ont été réservées pour les notes, soit : un questionnement, une vérification à effectuer à partir de la source audio, une idée pour l'analyse, des liens entre les énoncés des discours des participants. Certaines catégories ont résulté des codes de la liste de départ donc du modèle conceptuel et d'autres ont été plutôt induites à partir de l'ensemble des matériaux analysés. De cette codification, il en est résulté un total de 29 thèmes et 69 sous-thèmes (voir annexe K)

Les contenus de ces thèmes et sous-thèmes ont été transférés dans le logiciel Word (version 2007) pour faciliter le processus de catégorisation. À cette étape, certains thèmes ont été regroupés et d'autres non pertinent par rapport à l'objet d'étude ont été ignorés. Ce processus décisionnel a réduit le nombre de thèmes et de sous-thèmes. Par la suite, nous avons utilisé l'outil « recherche » dans Word et nous avons regroupé les extraits codifiés selon les thèmes ou catégories. C'est ainsi que la quantité d'information a été réduite en unités analysables à partir d'un travail de jumelage en quatre colonnes de code-sens-extraits-références en lien avec les questions de l'entrevue.

Nous avons par la suite cherché à partir du sens des extraits codifiés de dégager les significations, puis les associées à des thématiques plus globales. C'est ainsi que nous avons jumelé des catégories et sous-catégories et sélectionné les extraits les plus pertinents dans la compréhension du phénomène à l'étude. Pour permettre l'interprétation et

l'analyse des données qui consiste à attribuer un sens aux données recueillies en fonction du cadre conceptuel et des concepts sélectionnés, des graphiques et tableaux ont été utilisés pour visualiser les éléments, percevoir les relations entre les catégories et les sous-catégories afin de souscrire à de nouvelle analyse. Pour Huberman et Miles (1991 : 35-36), « un format de présentation signifie un assemblage organisé d'informations qui permet de tirer des conclusions et de passer à l'action ». Finalement, un texte narratif auquel nous avons apposé des extraits les plus représentatifs a présenté la compréhension du phénomène et les aspects s'y rapportant.

4.7 LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Ce projet de recherche a reçu l'aval du Comité d'éthique et de la recherche de l'UQAC (Annexe L). La valeur scientifique du projet de mémoire a été certifié par Mme Christiane Bergeron-Leclerc, directrice de maîtrise (Annexe M). Afin de respecter, de protéger, d'informer les personnes qui se sont prêtées à l'étude, les répondants ont été informés sur les procédures concernant la sécurité et la confidentialité des données recueillies et leur droit de se retirer en tout temps de l'étude sans aucune pénalité. Aucune pression, contrainte ou influence n'a été exercée sur les sujets. Ils ont lu et signé un formulaire de consentement au début de l'étude. Afin que les répondants puissent prendre une décision éclairée, avoir un consentement libre et qu'ils puissent l'exprimer, ils ont été informés sur le projet, la raison de l'étude, la technique de recherche utilisée, le rôle qu'ils ont été amené à jouer, les avantages et inconvénients prévisibles, les mécanismes du respect de la sécurité et de la confidentialité des données recueillies. L'information a été divulguée dans un langage intelligible et compréhensible pour tous les « sujets ».

Les données de l'étude ont été anonymisées afin de respecter la confidentialité des participants. Pour ce faire, nous avons attribué un code de couleur pour chacun des participants. En plus, nous avons changé les noms des personnes nommées dans les verbatim. Lorsqu'une participante nommait son fils par son prénom, on inscrivait entre

parenthèse : nom de l'enfant ou nom du conjoint ou nom de l'ami. Ainsi, l'anonymat a été respecté. Par la suite, les documents imprimés en version papier, tels que les verbatim et les fiches personnelles, de même que les enregistrements sur DVD (audio) ont été consignés dans un classeur fermé à clef dans le cabinet professionnel de l'étudiante ; la clef a été déposée dans un endroit connu de l'étudiante-chercheuse seulement. Les données informatisées ont été protégées par un mot de passe qui a été changé à tous les mois. Toutes les informations apprises, relatives à toute personne particulière, s'étant prêtée à la recherche et qui étaient sans rapport avec l'objet de recherche, ont été tenues au secret et ne pourront être utilisées. Enfin, soulignons que l'étudiante-chercheuse dans son rôle social, porteuse d'un discours de changement, veillera d'informer le public sur les connaissances acquises, sa démarche pour les obtenir et leur fiabilité. Elle veillera au bon usage des connaissances scientifiques et prendra position contre tout compte-rendu déformé et à leur utilisation à des fins contraires aux principes éthiques.

CHAPITRE V

LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Cette partie présente le produit du recueil des données quantitatives et qualitatives provenant de la collecte des données. Elle traite des caractéristiques des sujets et notamment des opinions des participants quant à leur expérience de vie avec le TDAH. Il importe de spécifier que dans ce chapitre, on tient compte de sept participants lorsque l'on aborde la vie socioprofessionnelle et familiale (une participante est sans emploi ; alors qu'une autre est sans enfant) tandis que l'on tient compte des huit participants dans les secteurs conjugal et social.

5.1 LES CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS DE L'ÉTUDE

Cette section vise à effectuer le profil des personnes ayant participé à l'étude. Il sera question des résultats des données sociodémographiques, du test de l'autoévaluation du dépistage du TDAH (ASRS) et finalement des résultats de l'autoévaluation des manifestations du TDAH dans les sphères de vie à l'étude.

5.1.1 Les résultats des données sociodémographiques

Tel que spécifié, au total, huit personnes ont accepté de participer à l'étude. Au moment de l'étude, la moitié de ces participants vivaient au Saguenay, alors que l'autre partie vivait au Lac-St-Jean. En ce qui regarde les caractéristiques de l'échantillon, il convient de mentionner que le sexe des répondants est majoritairement féminin soit 75 %. À propos de l'âge des répondants, notons d'abord que l'âge moyen des participants était de 36 ans. La figure 4 qui détaille la proportion de participants par tranche d'âge nous indique notamment que 50 % des participants étaient âgés entre 25 et 35 ans, alors que le second groupe en importance était constitué des 41-45 ans (37,5 %).

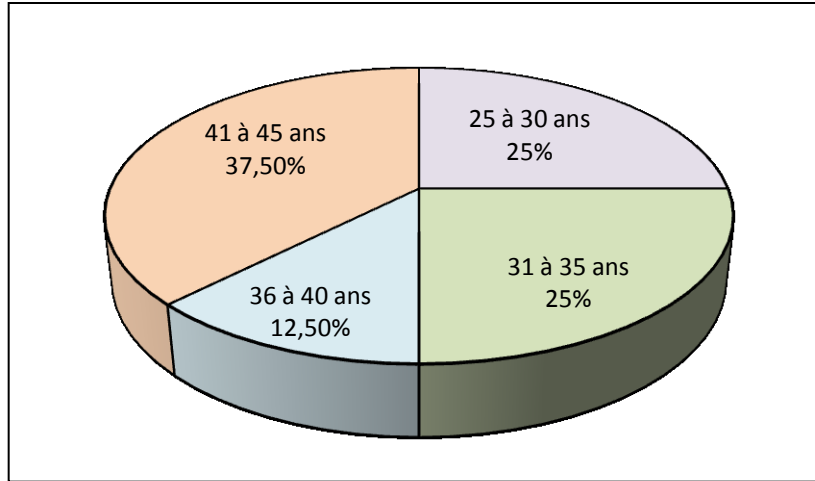


Figure 4 La répartition des répondants selon leur groupe d'âge

En ce qui concerne l'état civil, la majorité des répondants ont mentionné vivre en union libre (62,5 %), alors que 37,5 % des personnes ont indiqué être marié. En cours d'étude nous avons également questionné les participants eu égard à leur niveau de scolarité (voir la figure 5). La majorité des participants ont mentionné avoir un Diplôme d'études professionnelles (DEP), alors qu'une minorité de personne (12,5 %) avait complété une formation collégiale (DEC). Nous retrouvons également un taux de 37,5 % pour les répondants qui n'ont pas obtenu de diplôme. En fait, trois participantes ont révélé avoir arrêté leurs études avant la fin du niveau secondaire dont une participante dès la première année du secondaire.

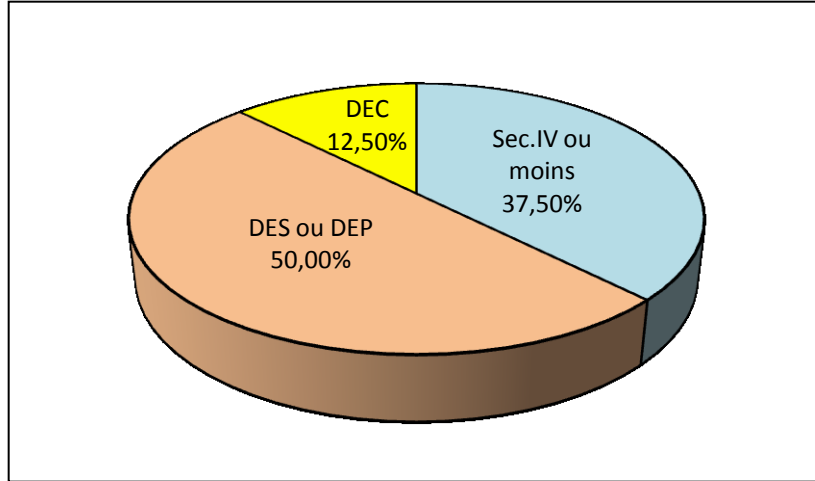


Figure 5 La répartition des répondants selon leur niveau de scolarité complété

Par ailleurs, il importe de souligner que la quasi-totalité des participants (87,5 %) ont éprouvé dans leur parcours scolaire, des difficultés ayant eu pour effet qu'ils ont eu à reprendre une ou des années d'études. L'opinion des participants à propos de leur cheminement scolaire à l'âge adulte est présentée au point 5.8.

Au sujet du revenu des participants (figure 6), nos données indiquent que 43% des participants ont un revenu annuel inférieur à 15000\$. Une probabilité d'être sous le seuil de pauvreté en l'absence d'un revenu satisfaisant d'un conjoint. Il est intéressant de noter que tous les participants dans ce secteur sont de sexe féminin. Notons que plus de la moitié des participants (71,4 %) travaillent à plein temps.

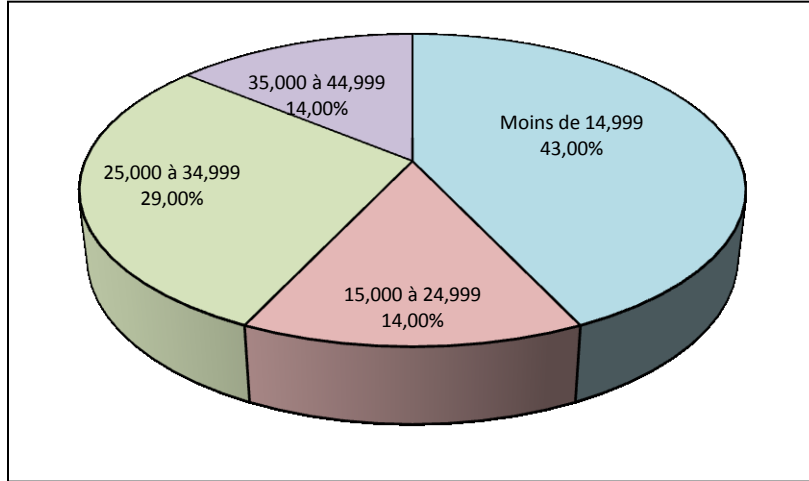


Figure 6 La répartition des répondants selon leurs revenus

À l'égard du TDAH, la totalité des participants mentionnent avoir reçu leur diagnostic à l'âge adulte, et ce, même si certains symptômes sont apparus dans l'enfance et l'adolescence. En raison des symptômes associés au trouble, 75 % des participants prenaient une médication² pour le TDAH au moment des entrevues.

Enfin, le thème des habitudes de vie, notamment de la consommation d'alcool et de drogues a été abordé avec les participants. D'abord, la totalité des participants ont mentionné consommer de l'alcool : la figure 7 détaille les proportions. En ce qui concerne la drogue, 87,5 % des personnes ont mentionné ne pas en consommer, alors que 12,5 % ont indiqué en consommer souvent.

² Dans le 25 % des participants non médicamenteux, il est à noter qu'une des participantes a mentionné avoir arrêté intentionnellement sa médication du fait de son insatisfaction des effets de celle-ci. Son souhait était tout de même de recommencer à reprendre sa médication dans les jours suivant l'entrevue. Un autre participant attend d'avoir une réponse favorable de la compagnie d'assurances pour commencer à prendre une médication pour son trouble.

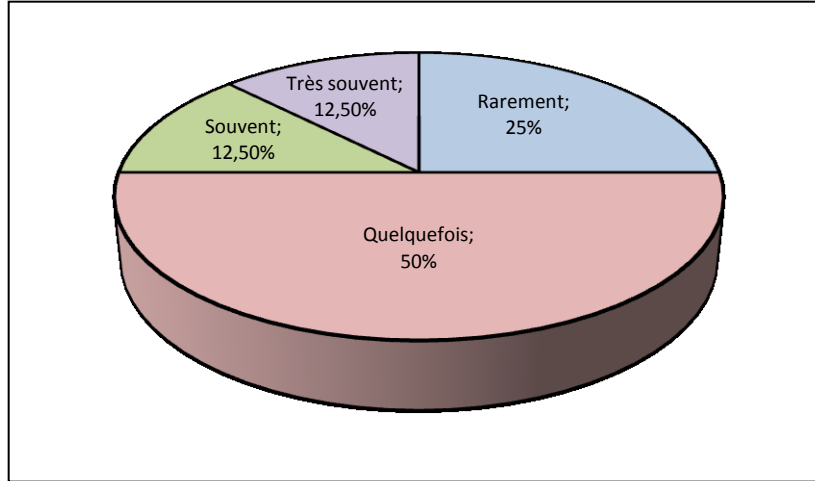


Figure 7 La fréquence de consommation d'alcool chez les participants

Néanmoins, quelques participantes (37,5 %) ont plutôt abordé leurs expériences passées de consommation d'alcool et de drogues en cours d'entrevue. Elles ont fait part des raisons et des impacts de cette consommation : comme étant un moyen de s'évader et d'être dans un gang ou comme étant une automédication pour être plus patiente, pour se calmer et aussi pour ralentir la vitesse du cerveau.

5.1.2 Les résultats des données du test de l'auto-évaluation du dépistage du TDAH (ASRSv1.1)

Les résultats de l'ASRS en ce qui concerne l'inattention, indiquent que : 63 % des participants seraient hautement susceptibles d'avoir le TDAH, tandis que 12 % seraient susceptibles de souffrir de TDAH et que 25% auraient peu de chances d'être atteint du TDAH. La figure 8 détaille les scores obtenus à chacune des questions composant la dimension « inattention ». À la lecture de ce graphique, on remarque que pour 50 % des participants la distraction provenant de l'environnement est l'élément qui semble gêner le plus souvent leur fonctionnement. De plus, la moitié des participants (50 %) ont déclaré faire parfois des erreurs d'étourderie et avoir des difficultés à demeurer attentif. Également, il semble que la mise en ordre, la remise à plus tard, l'égarerement des choses, le souvenir des rendez-vous et la concentration sont pour 37,5 % des participants des

difficultés qui surgissent très souvent ou souvent dans le quotidien. Finalement, les données indiquent qu'une minorité de participants (12,5 % à 37,5 %) semble rarement ou jamais affecté par certains symptômes de l'inattention.

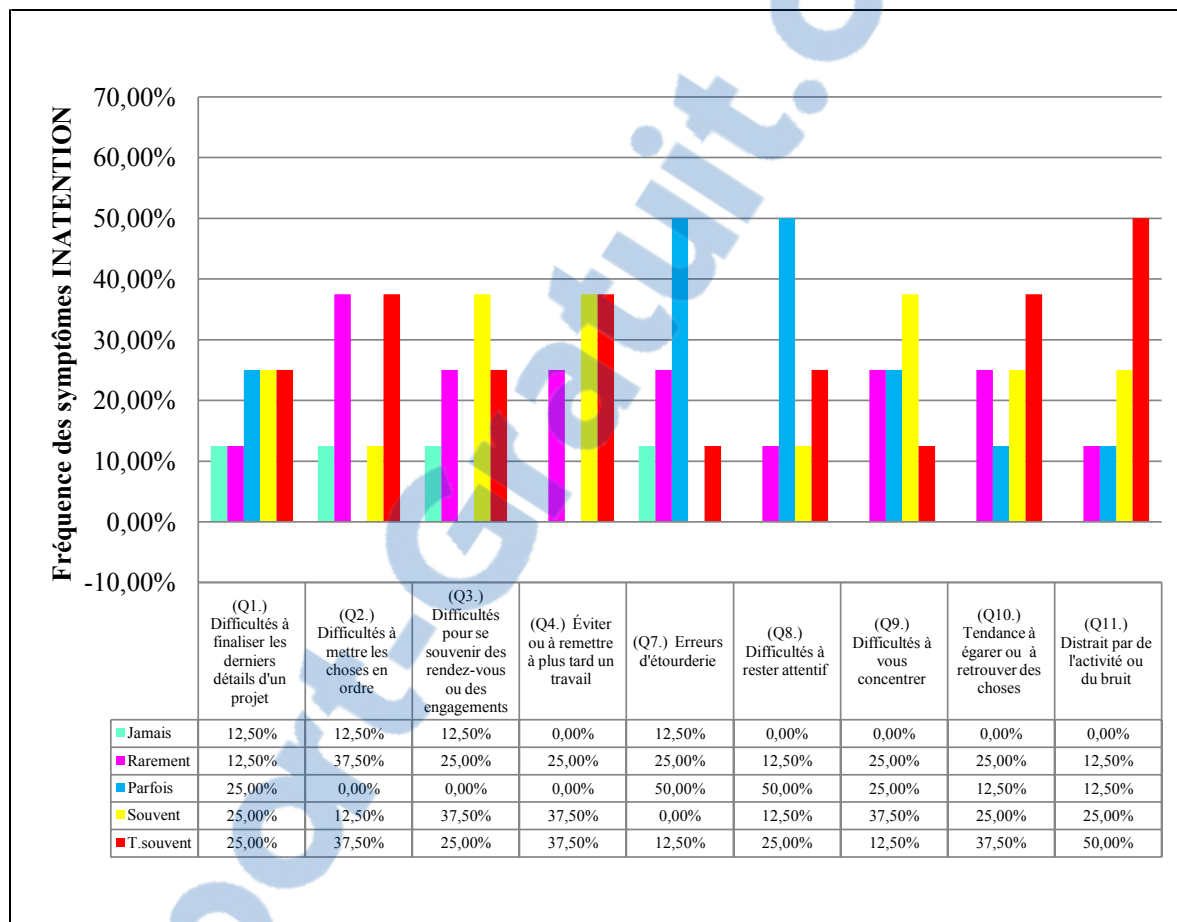


Figure 8 Réponses aux neuf questions sur l'inattention

Les résultats de l'ASRS, en ce qui concerne l'impulsivité-hyperactivité indiquent que : 38 % des participants sont hautement susceptibles d'avoir le TDAH tandis que 12 % sont plutôt susceptibles de souffrir de TDAH et que la moitié des participants (50 %) auraient peu de chances d'être atteint du TDAH. La figure 9 détaille les scores obtenus à chacune des questions composant la dimension « impulsivité-hyperactivité ». Le graphique indique que 50 % des participants ont souvent la bougeotte et un besoin de

bouger tandis que 50 % des participants sont soit très souvent ou souvent trop bavards en présence d'autrui. On remarque que 37,5 % se sentent très souvent ou souvent agités. Ils ont aussi tendance à terminer les phrases de leurs interlocuteurs. Une minorité de participants (25 %) ont très souvent ou souvent des difficultés à se relaxer, démontrent des difficultés à attendre et interrompent couramment les autres même lorsqu'ils sont occupés. On note dans ce graphique qu'il y a entre 12,5 % à 50 % des participants qui semblent rarement ou jamais affectés par certains des symptômes de l'impulsivité et de l'hyperactivité.

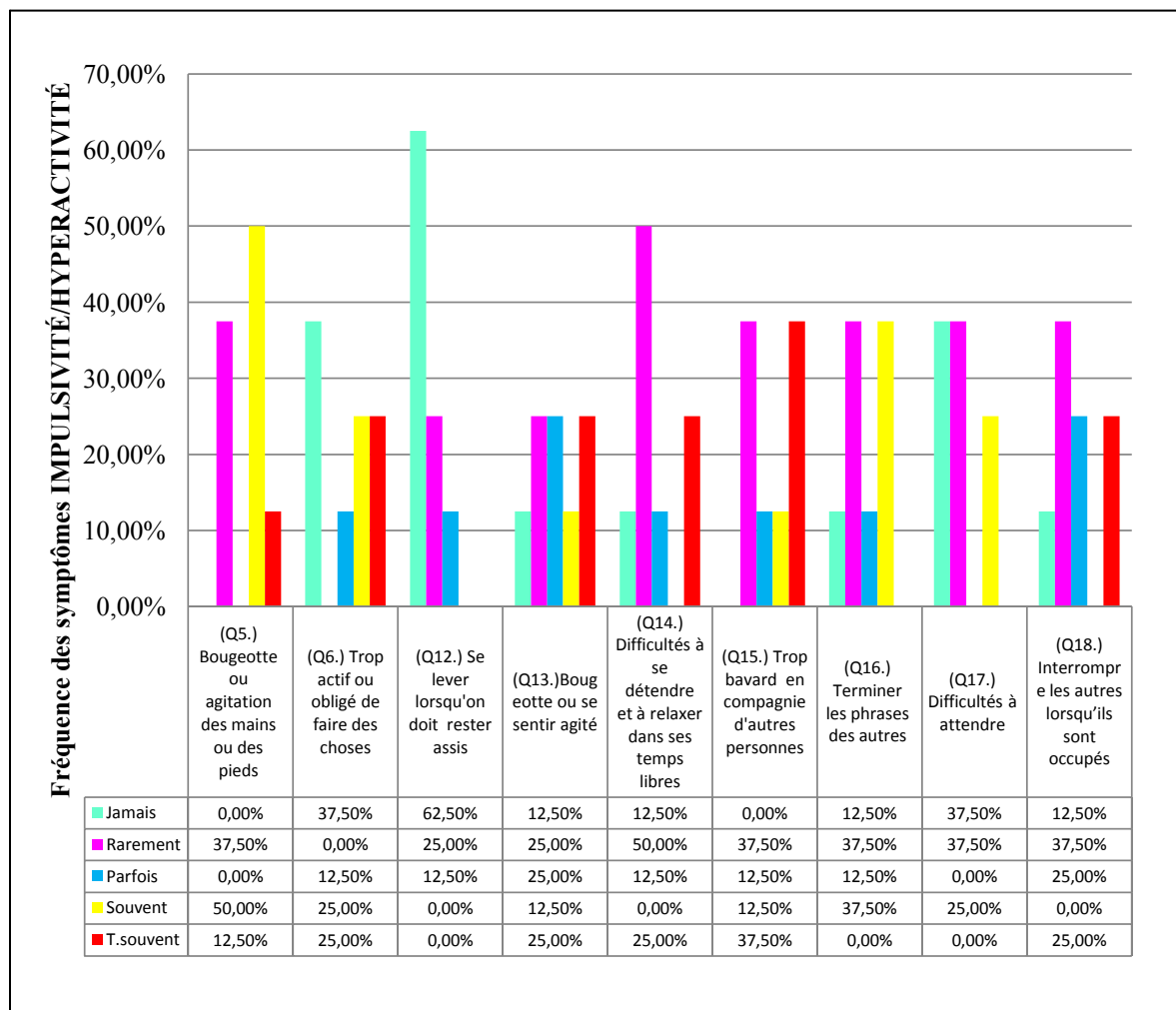


Figure 9 Réponses aux neuf questions sur l'impulsivité-hyperactivité

Rappelons que la grille d'auto-évaluation du dépistage du TDAH chez l'adulte (ASRS) est utilisée habituellement pour faciliter le diagnostic du TDAH, et ce, avant la prise d'une médication pour le TDAH. Dans cette étude, cette grille n'a pas été utilisée afin de diagnostiquer les participants, mais plutôt pour avoir un profil des symptômes qu'ils expérimentent au moment de l'étude. Rappelons qu'au moment de la passation de cette auto-évaluation, 87,5 % des participants avaient utilisé une médication pour le TDAH à un moment donné comparativement à 12,5 % des participants qui n'avaient pas expérimenté une médication pour le TDAH.

5.1.3 Perception des participants à l'égard de l'impact des manifestations du TDAH dans leur fonctionnement

Lors de l'entrevue tous les participants ont été invités à situer, sur une échelle de 0 à 10 (où 0 = pas d'impact et 10 = le plus d'impact) l'impact des manifestations du TDAH en ce qui concerne leur fonctionnement conjugal, familial, social et socioprofessionnel. Tous les participants ont considéré l'inattention, le manque d'organisation, le manque de mémoire et la procrastination comme étant des éléments ayant un impact négatif sur leur fonctionnement. Cependant, la moitié des participants ont perçu l'hyperactivité soit positivement (50 %) ou négativement (50 %) dépendamment des sphères de vie. On observe dans la figure 10 que les manifestations du TDAH exercent une influence plus prononcée dans les sphères conjugales et familiales que dans les sphères socioprofessionnelles et sociales. À la lecture de ce graphique, on observe que la procrastination semble être le facteur affectant le plus la vie conjugale suivie par le manque d'organisation, le manque de mémoire et l'inattention. Alors que l'hyperactivité semble influencer le moins la vie de couple, elle semble néanmoins être la manifestation en importance dans la vie de famille suivie par la procrastination, le manque d'organisation et l'inattention. Dans la sphère professionnelle, ce sont le manque d'organisation et de mémoire qui affectent le plus le travail des individus. De toutes les sphères de vie, c'est la sphère sociale qui semble la moins affectée par les manifestations du TDAH comme le démontre le graphique suivant.

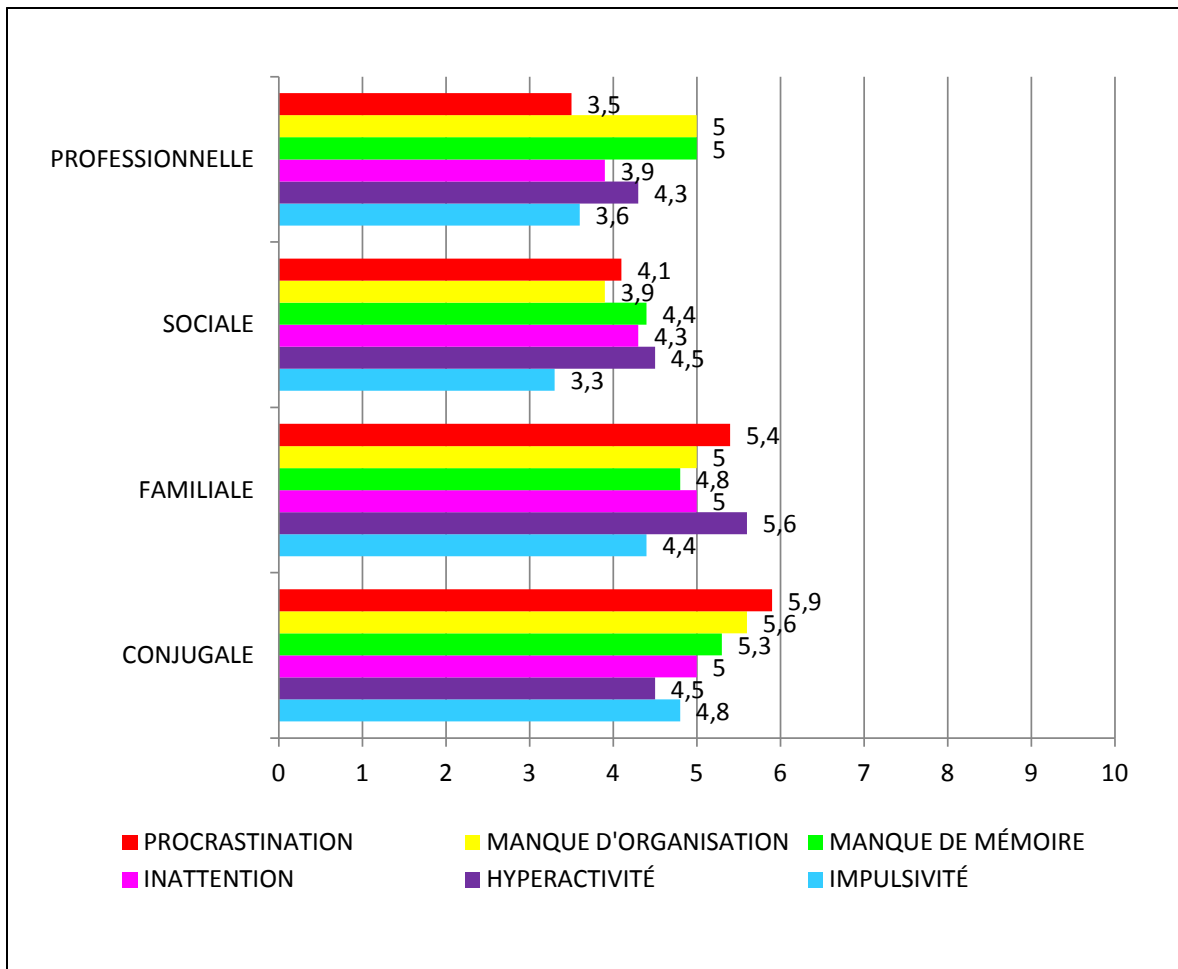


Figure 10 Les impacts perçus des manifestations du TDAH au plan conjugal, familial, social et socioprofessionnel.

5.2 LA DÉCOUVERTE DU TDAH CHEZ LES PARTICIPANTS

Tous les participants ont découvert qu'ils étaient atteints du déficit de l'attention, soit avec hyperactivité (TDAH) ou sans hyperactivité (TDA) suite à de l'information reçue sur cette problématique que ce soit par un professionnel de la santé (87,5 %) ou encore à travers des recherches sur Internet (12,5 %). Il est intéressant ici de spécifier que la majorité des participants (87,5 %) ont pris conscience de leurs propres symptômes dans le contexte où ils allaient consulter pour le TDAH de leurs enfants. Suite à cette découverte,

tous les participants ont rencontré un spécialiste, habituellement leur médecin de famille, pour la confirmation de leur diagnostic. Une des participantes, sans enfant, avec un diagnostic d'anxiété généralisée a découvert qu'elle était atteinte du TDAH lors d'une formation qu'elle a reçue dans le cadre de son travail. Cette participante a procédé à une auto-évaluation du dépistage du TDAH et a demandé à son entourage d'évaluer ses comportements à l'aide des tests pour évaluer le TDAH par les pairs. Par la suite, elle a rencontré son médecin pour une validation du diagnostic. La découverte du TDAH a été un facteur bénéfique, elle a permis aux participants de mettre des mots, sur des symptômes qu'ils expérimentaient depuis plusieurs années.

[...] pourquoi je ne comprends rien là? C'est quoi... qu'est-ce que j'ai de ne pas correct moi là ? Parce qu'un moment dans ta vie tu te la pose la question. Pourquoi moi je fais ça de même et que le monde ils ne font pas ça de même? C'est quoi que j'ai? [...] (O)

Cette découverte a permis la réduction d'un sentiment de culpabilité. La culpabilité dont il est question, ici, se rapporte à un parcours de vie chaotique, période considérée comme horrible par certains. La découverte a surtout permis de mettre en œuvre différentes stratégies pour faire face aux manifestations du TDAH.

Mais aujourd'hui [...], j'ai changé de caractère, justement avec la trouvaille du déficit d'attention, tout le monde a dit que j'ai changé. Je suis moins colérique, je suis moins impulsive, je respire... (F)

5.2.1 La divulgation du TDAH et ses effets

À la suite de la découverte de leur trouble, certaines personnes ont choisi de le dévoiler à leur entourage, alors que d'autres sont plus réticentes à le faire. Cela s'explique notamment par le manque d'ouverture, le manque de connaissances ou encore le déni de certains proches face à la problématique. En effet, le conjoint de l'une des participantes perçoit davantage les manifestations du TDAH comme des caractéristiques de sa personnalité plutôt que des symptômes en soit. Elle dit à ce sujet :

*[...] Mais lui (le conjoint) dans sa tête ce n'est pas ça là (le TDAH). [...] Il dit (que) moi je suis comme ça. Fait que lui il ne s'est pas arrêté à dire... il m'a pris comme ça [...] **[Et qu'est-ce qui empêche que tu en parles toi?]** Bien comme je disais... parce qu'il (le conjoint) ne croit pas à ça (au TDAH) mais t'sais... [...] Mais peut-être aussi que c'est moi qui n'est pas à l'aise avec ça (son TDAH), je ne le sais pas là. Là j'en parle là avec vous, mais normalement je n'en parle pas vraiment là. (V)*

Dans le milieu socioprofessionnel, la plupart des participants (57%) ont révélé leur TDAH. Cependant, certains participants ont plutôt choisi de le déclarer à certains individus en particulier. Certains l'ont divulgué seulement à leurs collègues tandis que d'autres en ont informé aussi la direction.

Je leur ai expliqué comment c'est et tout le monde comprend. [Cela a été bien reçu?] Très bien reçu. Très bien, surtout de la part de mon assistante-gérante qui m'a dit... on est avec toi, tu fais un très bon travail et puis on va t'aider. Au début j'avais besoin d'aide beaucoup et puis ils ont tous été là pour m'aider. C'est vraiment des amours! (Rires). (B)

Certains participant ont révélé leur tentative pour divulguer leur TDAH dans leur milieu de travail, mais se sont heurtés à des réactions qui les ont empêché d'étendre leur dévoilement à d'autres personnes, ont créé un certain sentiment d'isolement. Trois raisons semblent expliquer la non divulgation du TDAH dans le milieu socioprofessionnel : 1) le déni des collègues, 2) les préjugés, 3) la crainte ou la peur d'être disqualifié par l'entourage.

Même par rapport aux collègues et tout là, j'ai essayé d'en parler un moment donné et le monde là que tu ailles ça, ils ne te croient pas.[...]Mais t'sais ils (les collègues) ne le savent pas là comment je me sens là-dedans, comment ma tête elle est... que je ne suis pas capable de mettre des idées, t'sais là... Fait que ça je trouve ça plate un peu, c'est pour ça que je n'en parle pas, c'est pour ça que j'essaie de faire ma job pour ne pas que personne s'en rende compte. Et ça marche là! À part dans les discussions que des fois... Mais on dirait que les autres sont... à la job ils sont fermés là.[...]Fait que mes collègues au travail, bien je pense qu'eux autres ils manquent d'informations, comme moi j'en manquais peut-être... [...] (V)

5.3 LA PERCEPTION DES PARTICIPANTS QUANT AUX MANIFESTATIONS DU TDAH

La majorité des participants ont décrit des manifestations et des symptômes associés au TDAH à partir de leur perception et de leur expérience subjective de vie. Il est intéressant ici de constater que la plupart du temps, les personnes ont utilisé des métaphores, des images, ou encore des exemples concrets pour illustrer ces manifestations, qui ont, ici, été regroupées en 5 catégories : (a) l'impulsivité, (b), l'hyperactivité, (c) l'inattention, (d) le manque de mémoire et (e) le manque d'organisation. Bien qu'elles soient traitées de façon distincte dans les prochaines sections, quelques participants soulignent que ces manifestations sont inter-reliées, qu'elles s'inter-influencent. L'extrait suivant le démontre bien.

Ah! Mon gros, gros, handicap. Des fois je me dis, si au moins j'en avais juste un (symptôme) sur trois... (Inattention, défaut de mémoire, manque d'organisation) en tous les cas au moins les autres pourraient pallier mais là... Moi les trois sont inter-reliés et j'ai bien, bien, bien de la misère, l'inattention ah oui! Et bon bien... par le fait même, le manque de mémoire, j'oublie tellement tout, ça n'a quasiment pas d'allure... (M)

5.3.1 La conception de l'impulsivité selon les participants

La majorité des participants de cette étude ont mentionné avoir été sous l'emprise, à un moment où l'autre d'un certain niveau d'impulsivité. Cette impulsivité, est caractérisée, par la majorité des participants comme étant un changement rapide, soudain, d'humeur. L'un des participants utilise entre l'autre l'image de la montagne russe pour qualifier ces variations intenses de l'humeur. De façon générale, lorsqu'ils traitent de l'impulsivité, les participants associent cette manifestation à des émotions négatives telles que l'agressivité, la colère, la rage.

L'impulsivité je la relie beaucoup à la colère, c'est une montée d'adrénaline là...assez...avec un pic assez haut là (M).

L'impulsivité c'est quand tu pognes les nerfs d'un coup. [...] Quand tu es «frue» là et que ça te monte à la tête, t'sais là...tu es enragée là. (R).

Certains la qualifient même comme une perte de contrôle momentanée, un moment de panique ou encore de crise. Quoi qu'il en soit, il semble y avoir un aspect « imprévisible », « incontrôlable » à ces comportements :

Je viens en maudit, je viens bull là, je viens à ne pas me sentir bien. [...] Et je viens en crise de nerfs. [...] En voulant dire que je ne suis plus là quand je suis en crise de nerfs [...] (J).

Bien l'impulsivité c'est exemple... la machine ne marche pas ou peu importe, bien la patience...tu perds patience et c'est... on fout un coup de pied dedans ou peu importe ou bien on a un moment de panique là, c'est un peu ça là (O).

D'autres apposent à cet aspect « incontrôlable », un élément prédécesseur tel qu'un sentiment d'obligation dont la cause semble interne. Les extraits suivants l'illustrent parfaitement.

[...]Mais il faut que je le dise tout de suite (mon idée) sinon je vais l'oublier (P).

[...] Avant c'était quelque chose qui me grugeait en-dedans. Il fallait que je coupe (la parole aux autres) mais pourquoi je ne le savais pas pourquoi j'étais incapable de m'arrêter (de couper la parole aux autres). (B)

5.3.2 La conception de l'hyperactivité selon les participants

Dans le discours des participants émergent deux formes distinctes d'hyperactivité : l'hyperactivité physique et l'hyperactivité mentale. Pour la majorité des participants, l'hyperactivité physique est associée à une agitation motrice, au fait de ne pas pouvoir tenir en place, au besoin de bouger constamment. En fait, l'hyperactivité physique est associée à la difficulté d'être calme, d'être posé comme l'illustrent les participants.

[...] je n'arrête pas de bouger (F).

Je ne tiens pas en place, je suis toujours en train... [de faire quelque chose] (B).

[...] tout le temps bouger, tout le temps parler, pas capable de s'arrêter (V).

Outre la dimension motrice ou physique, l'hyperactivité se manifeste aussi sous forme d'agitation mentale pour les participants. Pour qualifier cette agitation, les

participants parlent d'un niveau d'excitation intellectuelle, d'un flux d'idées important. L'un des participants utilise même l'image du cerveau en ébullition pour qualifier ce phénomène.

L'hyperactivité mentale, ça n'arrête pas. [...] dans la tête [...] je ne bouge pas tant mais dans ma tête ça le fait» [bouger] (P).

Mais ça peut être aussi... bien en tous les cas que je pense... dans la tête, que tu penses à une affaire, tu penses à une autre affaire, tu restes dessus, un moment donné oups ! Tu pognes sur une autre affaire et le temps passe et tu ne le vois pas» (R).

5.3.3 La conception de l'inattention selon les participants

La majorité des participants (75 %), définissent l'inattention comme le fait d'avoir l'esprit occupé ailleurs, d'avoir de la difficulté à se concentrer lors de la lecture de document, lors de conversations, lorsqu'une autre personne parle. Deux participants révèlent :

Bien l'inattention [...] tu penses que tu écoutes quelqu'un ou la personne pense que tu l'écoutes et tu n'es pas là, tu es ailleurs (O).

L'inattention, bien j'oublie des choses ou quelqu'un va m'avoir dit de quoi... hein! Répète voir, je n'écoutais pas...(F).

Le concept d'inattention est également perçu par un participant au fait d'oublier des choses : « *Bien c'est ça... si j'ai plusieurs choses à faire, je vais finir par en oublier quelques unes ou quelques commissions, c'est d'oublier* » (R).

5.3.4 La conception du manque de mémoire selon les participants

Le manque de mémoire est synonyme d'oublis pour les participants. Ces oublis prennent diverses formes : (a) oubli de l'emplacement des objets, (b) oubli des rendez-vous ou encore (c) oubli d'obligations telles que le paiement des factures. L'inattention, semble, pour plusieurs, à l'origine de ces problèmes de mémoire.

Oublier des rendez-vous, oublier de payer mes affaires. Après ça je pars, je fais quelque chose, j'oublie mes affaires là, je retourne de bord, je m'en vais faire d'autre chose. Oups! Ah! C'est vrai j'ai oublié ça! (F).

Le manque de mémoire, bien ça l'a rapport... pour moi ça l'a rapport avec l'inattention, si tu n'as pas écouté ce que l'autre... [a dit] si tu n'as pas compris ce que l'autre a dit ce n'est pas un manque de mémoire (O).

5.3.5 La conception du manque d'organisation selon les participants

La très grande majorité des participants (87,5 %) ont parlé de leur manque d'organisation dans les entrevues. Ce manque d'organisation (au plan mental) peut se manifester d'une part, par le fait d'avoir de la difficulté à prioriser les tâches à effectuer, à diviser le travail en étapes pour être réalisées ou à achever ce qui a été entrepris.

Un manque d'organisation ou bien c'est de ne pas avoir d'ordre de travail là t'sais... (O).

[...], je vais faire une étape avant l'autre entre autre dans le manque d'organisation je vais faire une affaire avant une autre et j'aurais peut-être été mieux de passer une autre chose avant. (M)

Pour trois autres participants, le manque d'organisation a été défini comme une difficulté d'organiser les objets dans l'espace, menant ainsi à un désordre dans l'environnement physique. Deux des participants s'expriment à cet égard.

Le manque d'organisation c'était assez le free for all merci! Et quand j'arrivais pour classer un coin, je mettais tout ça dans une boîte, résultat je me ramassais avec une grosse boîte de choses à classer qui ne se faisait jamais. Ça c'était mon trou noir mais j'en avais plusieurs dans l'appartement (B).

Le manque d'organisation c'est le bordel. Écoute... le bordel. (P).

La conception du manque d'organisation peut aussi être traduite par un état d'esprit, comme le souligne une participante à travers une métaphore.

C'est comme si que... je regarde les choses sur mon bureau là et c'est comme si tu aurais tout mis ce que j'ai à faire et tu l'aurais mis dans un blender. T'sais que je ne suis même pas... [capable de savoir par où commencer] mais ça, ça ne dure pas trop longtemps là. (P)

5.4 LES RÉPERCUSSIONS ASSOCIÉES AUX MANIFESTATIONS DU TDAH

Les manifestations du TDAH ont des impacts dans plusieurs sphères du fonctionnement des participants. Le TDAH ne fait pas qu'affecter négativement la vie des personnes. En fait, certaines des manifestations du TDAH ont des impacts positifs. Cette section vise à documenter les impacts de l'impulsivité, de l'hyperactivité, de l'inattention, le manque de mémoire, le manque d'organisation et la procrastination dans la vie des participants.

5.4.1 Les répercussions liées à l'impulsivité

L'impulsivité a des répercussions importantes sur la vie conjugale, familiale, sociale et professionnelle des participants de l'étude. Certains participants mentionnent que la prise de médication diminue les répercussions de l'impulsivité. Toutefois, six des participants indiquent vivre de l'impulsivité dans l'une des sphères de leur vie. L'impulsivité des participants peut se traduire de façon verbale (paroles) ou encore de façon comportementale (gestes). L'impatience ou la difficulté à attendre est l'un des traits qui est souvent associé à l'impulsivité dans le discours des participants.

[...] Que je grimpe vite dans les rideaux là, ce n'est pas long. Et je suis très impatiente de... OK, mettons que là on est chez nous... ah! On va manger au restaurant, OK, go! On y va là là, tout de suite! On a décidé qu'on y allait, on y va maintenant. Go! On se dépêche! Avoye! Non, on n'a pas le temps, vite! Go! C'est toujours tout de suite.[OK. Fait que la capacité d'attente elle est difficile...] Oui. Oui c'est difficile. Et je le sais et j'essaie mais je viens choquée là (P)

Cette impatience peut aussi résulter d'un manque de contrôle, comme le souligne l'une des participantes et se traduire par le fait de couper la parole aux autres alors qu'elles sont en train de parler. Cela peut être perçu négativement par l'entourage.

En réunion aussi là, un moment donné la directrice générale et là j'ai comme... j'ai parlé et ce n'était pas le temps là... Elle a dit comme... excuse (Nom de la participante)! Peux-tu lever ta main ou attendre ton tour là? Je suis en train de parler. (P)

L'impulsivité peut également se traduire, chez certaines personnes, par de l'agressivité verbale ou encore par des excès de colère. Cette manifestation du TDAH est perçue par certains, comme une perte de contrôle de soi, qui peut par la suite, être associée à des regrets ou encore à de la culpabilité.

[...] Oui. Oui c'est difficile (d'attendre). Et je le sais et j'essaie mais je viens choquée là. [...] [...] Et ça fait que des fois je suis comme... voyons! Tu (le conjoint) n'es pas fin! Et des fois je devenais méchante là, genre... fou-moi la paix! Et va t'en et tu es con, tu m'énerves là... Ou là faire une crise de colère et là je frappais dans les murs (P).

Je pense juste au niveau de l'impulsivité, il me passe une bulle par la tête et après ça je le regrette [...] (B).

Alors que pour la majorité cette colère se manifeste verbalement, pour d'autres, elle peut prendre la forme de comportements violents.

Quand quelque chose ne fait pas mon affaire là, j'ai déjà lancé des bouteilles de Ketchup et t'sais... je l'avais brisé là, elle était pleine et là dans ce temps-là je fais comme... ah! Pourquoi j'ai fait ça? Mais sur le coup c'était ça, il fallait que... je claque des portes ou t'sais... oui (V)

Ces réactions promptes peuvent avoir des effets positifs, ou négatifs. Du point de vue des avantages, l'une des personnes indique que sa réactivité l'amène à rapidement se mettre en « mode solution » ce qui a des impacts positifs dans sa vie.

Parce que c'est le fait que je sois impulsive [...] qui amène les autres à faire des choses et puis d'aller chercher du monde, des solutions, des choses comme ça [...] comme on dit... plus on est de monde plus on rit et ça occupe l'esprit. Et c'est un gros, gros, plus. (B)

Cependant, l'impulsivité semble la majorité du temps, liée à des dommages tant pour soi que pour autrui : *[...] l'impulsivité bien tu peux faire du mal aux autres, tu peux te faire mal toi-même. (O).* Cette façon de réagir n'est pas perçue comme une stratégie adaptée pour faire face à des difficultés : *[...] l'impulsivité ça n'a jamais été un bon moyen de régler les choses dans le milieu du travail [...] (M).* Quoi qu'on en dise, l'impulsivité

affecte les relations dans plusieurs sphères de vie des participants et le processus de résolution de problèmes lorsqu'il n'est pas traité comme le souligne une participante

Exemple... un matin... j'aime (nom du conjoint), je l'adore, mais avant d'avoir mon Ritalin® j'étais tellement impulsive, au point que le soir même je le déteste et je m'en vais avec un autre! C'était à ce point-là. Et là si je m'en allais avec un autre, dans ma tête j'étais déjà en train de m'imaginer le déménagement et tout ce que ça amenait, comment ça allait coûter et là je suis en train de calculer. C'est à ce point-là, l'impulsivité là c'est très problématique. (B)

5.4.2 Les répercussions liées à l'hyperactivité

Six des huit participants de l'étude ont indiqué vivre de l'hyperactivité. Cette hyperactivité peut se manifester tant d'un point de vue physique (activation motrice) que mental (activation mentale). Au point de vue physique, cette hyperactivité se traduit par le besoin de bouger, par l'incapacité de rester en place. La capacité à se détendre, à être inactif semble limitée chez ces participants.

Quand je suis en train de faire des notes là, je ne reste pas assise une heure ½ de temps, je me lève, je me promène, je vais faire un tour de corridor, je reviens, je me rassois. [...] (P).

L'hyperactivité, comme je vous dis, beaucoup parce que si le film m'intéresse pas ou si j'ai de quoi qui traîne à terre et... je ne resterai pas assise. J'ai de la misère à rester assise. Et il (le conjoint) me le dit souvent... arrête de bouger! Reste assise avec moi, écoute! (F).

L'hyperactivité, au même titre que l'impulsivité, peut avoir des impacts positifs ou négatifs. L'une des personnes mentionne que le fait d'être hyperactive augmente sa rapidité à exécuter des tâches au travail ou encore à mettre en œuvre des stratégies pour faire face à des difficultés.

[...] [...] souvent j'innove ou je m'adapte vite, je change souvent. Mon jeune ça ne marche pas ou il fait une crise ou ça ne fonctionne pas, ce n'est pas grave, go! On fait d'autre chose et ça ne me dérange pas. [...] (P)

Même où je travaille chez (nom du commerce), la plupart des personnes ont de la misère à rentrer dans leur temps de travail, tandis que moi quand j'ai

fini de travailler, ça va faire deux heures ½ que je me tourne les pouces. [...]
(B)

Ce surplus d'énergie peut cependant être vécu plus difficilement par l'entourage, qui va tenter de « calmer » la personne.

[...] quand on a des amis et que là j'ai tendance à m'exciter un peu trop, prendre le monopole de la place, bien là...[...] un petit coup de pied quand... ou bien elle [sa conjointe] me fait signe... je comprends là... [...] C'est ça oui et souvent je la remercie... oui... [...] Ah oui! Tu as bien fait de me dire de « slaquer » un peu là, je commençais à en mener large pas mal [...] (O)

L'hyperactivité non plus (ne crée pas de problème), [...] sauf qu'il (le conjoint) me met des « breaks » là, [...]. Elle ajoute : « (Nom du conjoint) il dit tout le temps d'arrêter de les énerver (les enfants) » (V).

5.4.3 Les répercussions liées à l'inattention

Trois des participants observent une amélioration marquée de leur attention et moins de répercussion du fait de l'utilisation de stratégies compensatoires. L'inattention peut se manifester par des oublis fréquents de la part des personnes atteintes du TDAH. Les personnes paraissent facilement distraites et ont de la difficulté à se centrer sur les tâches à effectuer comme le démontre l'extrait suivant.

[...]Chéri me ferais-tu une brassée de lavage là? Oui pas de problème. Mais tu passes devant le tas de linge et tu n'allumes pas là. Tu penses à d'autre chose, tu fais d'autre choses, tu ne le fais pas. Là ma blonde elle arrive à la maison, c'est comme je vous dis c'est beaucoup moins qu'avant, mais ça arrive encore à l'occasion... hein! Tu n'as pas fait mon lavage! Ah! Ostie c'est vrai! Tu m'avais demandé ça. C'est des petites choses comme ça je vous dirais aujourd'hui l'inattention que ça amène là... (O).

Bien définitivement ça (inattention) l'a eu un impact (dans la vie familiale) parce que j'oublie tellement tout qu'un moment donné c'est difficile avec moi [...] (M).

Parfois, cette capacité à être attentif est affectée négativement par l'hyperactivité des participants : *Je ne suis pas quelqu'un qui aime rester assis. Une des raisons pourquoi j'ai de la misère à me concentrer dans mes études, pourquoi je n'ai pas encore mon secondaire (B).*

La difficulté à être attentif lors d'une conversation, la capacité à écouter l'autre, est l'une des principales manifestations de l'inattention. Le fait d'être distrait amène parfois à couper la parole des personnes.

L'inattention... j'ai de la misère à porter attention des fois sur les autres, exemple ça m'arrive souvent de les couper. [De couper quand ils parlent?] Et je ne m'en rends pas compte, ça fait partie de l'inattention. (B)

[...] même dans les conversations, non je ne fais pas par exprès, je suis partie... (esprit dissipé) bien je suis partie mais il y a rien, t'sais je ne pense pas vraiment à rien d'autre. [...] (V)

Les difficultés d'attention des participants semblent être accrues dans le contexte où il y a plusieurs stimuli dans l'environnement.

C'est que j'ai beaucoup de difficulté à avoir une discussion avec une personne. Là (endroit de l'entrevue) il y a pas de problème là, il n'y a personne, il n'y a pas de tv, il n'y a rien. Mais au resto, dans la rue quand mon médicament ne fait pas effet... [...] aller souper au resto et ces choses-là je sais les gens à la table à côté, ceux-là, en arrière, je sais eux-autres à côté de quoi ils parlent, mais la personne qui me parle, c'est... je ne suis pas capable de répéter la phrase qu'elle vient de me dire. [...] [...] une fourchette tombe à terre [...] on dirait que l'ouï est développée cent fois comme... je ne le sais pas ce que ça se fait. Tu entends tout là vraiment là... [...] (O)

[...] quand j'étais à l'école s'il y avait un train qui passait, ça arrive que je me lève, que j'aille à la fenêtre pour voir le train. Ça m'intriguait vraiment là, le moindre bruit me dérangeait, le moindre... tout pouvait me déranger... Tout tout tout. (M)

[...] Et quand je travaille, bien dans le corridor ça marche beaucoup, les talons hauts... je suis tout le temps en train de regarder c'est qui qui passe. (V)

Ce manque d'attention qui se traduit par un manque d'écoute lors de conversation peut amener des frustrations de la part de l'entourage des personnes.

L'inattention c'est sûr que des fois il me parle, j'écoute la tv et je n'entends pas. Moi tout ce que j'entends c'est... ah! Pis laisse donc faire! Ça je l'entends. [...]Mais là dans ce temps-là je fais... eh! Quoi? Qu'est-ce que tu as dit? (V)

L'inattention avec la famille... même mon fils me dit... tu m'écoutes pas... (V)

Ce manque d'attention peut également amener les personnes à être moins efficaces ou encore à commettre des erreurs dans le cadre de leur travail.

Mais avant j'avais de la misère des fois là, j'étais en train de travailler, il y avait des clients qui arrivaient, je l'ai entendu le bip-bip mais je n'ai pas fait le lien, c'est un petit trouble d'inattention de ce côté-là. Là je me lève... hein! Il y a trois clients à ma caisse. Et souvent quand j'ai commencé à travailler, mes assistants-gérants me disaient... (Nom de la participante) il y a quelqu'un à ta caisse. (Nom de la participante) il y a quelqu'un à ta caisse (B).

Et l'inattention aussi là qui fait que ça arrive que je fais des erreurs et c'est tannant, c'est difficile à corriger (M).

L'inattention semble liée aussi à une difficulté dans le partage de l'attention comme le démontre cet extrait.

[...] Eux autres (ses collègues) ils viennent parler dans mon bureau et ils pensent que je suis capable d'écrire en même temps que je leur parle, mais je ne suis pas capable. Mais je ne le dis pas fait que... après bien je paye pour. (V)

5.4.4 Les répercussions liées au manque de mémoire

Tous les participants de l'étude ont indiqué vivre des répercussions du défaut de mémoire. Toutefois, quatre de ces participants jugent avoir réduit les répercussions de celui-ci. Les oublis fréquents semblent être la principale manifestation du manque de mémoire des participants. Ces oublis peuvent avoir des répercussions tant en ce qui concerne l'organisation de la vie conjugale, familiale, que professionnelle.

Mais c'est rough quand même et surtout avec plusieurs enfants, il faut penser à changer la couche à (nom de l'enfant), il faut envoyer (nom de l'enfant) à l'école, il faut envoyer (nom de l'enfant) à l'école mais il ne faut pas oublier sa collation parce que tu te le fais dire souvent. Il y a des mots à lire et tu l'oublies, il y en a qui dise que c'est à cause que tu as trop d'affaires, je n'ai pas trop d'affaires, parce que même... je ne peux pas... il y en a qui dise couper (les activités de loisir), mais je ne peux pas couper. (J)

[...] bien avec des choses à faire pour les enfants aussi là, c'est toutes les obligations familiales que dans le fond des fois j'oublie. (V)

Le manque de mémoire se manifeste également par la difficulté qu'ont les participants à retenir de l'information. L'information à retenir paraît ne pas s'enregistrer dans la mémoire à court terme. Cela peut avoir des répercussions sur la vie professionnelle des participants qui doivent redoubler d'efforts pour éviter les oublis. L'extrait suivant décrit bien ce phénomène et son impact.

La collègue qui est avec moi, elle va dire... va voir un tel, va lui demander voir... mettons pour une question bien banale... Et là je m'en vais voir la patiente, c'est un exemple qui m'est arrivé mais pas juste une fois, là je lui pose la question, elle me répond, je m'en retourne au poste et là la collègue me le redemande mais je ne suis pas capable de lui répondre. Je ne le sais plus, il faut que je retourne dans la chambre le redemander, parce que c'est parti. Je ne sais même pas si ça l'a rentré tout court, mais l'information elle n'est plus là (ce qui) fait que je suis obligée d'y retourner. Fait que dans ce temps-là bien ce que je trouve tannant c'est qu'il faut que je leur dise. (V)

Le manque de mémoire n'est cependant pas que négatif, il a pour effet d'amuser les collègues de travail.

Et à tous les jours, eux autres (ses collègues) ils trouvent ça drôle à la job parce qu'ils me demandent... qu'est-ce que tu as mangé pour souper hier? Et je ne suis pas capable de leur répondre, il faut que j'y repense, des fois ça peut prendre jusqu'à 5 minutes trouver... il faut que je revienne dans ma journée pour savoir ce que j'ai mangé pour souper. (V)

5.4.5 Les répercussions liées au manque d'organisation

Les participants ont été très bavards en ce qui concerne cette manifestation du TDAH qui touche toutes les sphères de leur fonctionnement. Cinq des huit participants de l'étude ont indiqué être au prise avec le manque d'organisation. Un des huit participants ne rencontre aucun problème d'organisation et deux autres utilisent des stratégies compensatoires aidantes. La difficulté de prioriser, parmi un ensemble de tâches à effectuer, celles qui sont de première importance, est l'une des facettes de ce manque d'organisation.

Oui je le sais (comment s'y pendre pour l'organisation) mais quand je commence à faire quelque chose... oh! Il y a d'autre chose, fait que là je le laisse là ou là. (P)

Pour d'autres, ce manque d'organisation se manifeste par le fait de passer d'une activité à une autre sans n'en achever aucune.

Et le manque d'organisation, ça fait dur des fois aussi, il faut que j'écrive. Il faut que je me dise... tu as ça à faire, tu as ça à faire et... sinon je commence plein d'affaires en même temps et je ne fini plus (V)

La difficulté à planifier ou à structurer des actions est également soulevée par certains participants (37,5 %). Conséquemment, cette difficulté laisse place aux décisions de dernière minute ou à la passivité.

On dirait que je ne suis pas capable de structurer une idée et de l'amener à... aux différentes étapes pour organiser une activité quelconque. (M)

Planifier des activités avec les enfants c'est dur! Je fais comme dire... bien là il faudrait que je fasse ça, mais c'est rare que je vais vraiment dire... OK, on part, on fait ça et ça, tout est organisé. [...] parce qu'organiser une activité c'est trop compliqué. [...] Si on a, au pire, quelque chose à faire... si vraiment je veux aller au cinéma avec les enfants, bien ça va se décider dans la journée, mais je ne prévois rien. (V)

La gestion du temps constitue également l'une des difficultés mentionnées par les participants. L'un des participants mentionne qu'il cumule souvent les retards :

[...] bien toutes les autres affaires je suis en retard épouvantable là pour... soit pour payer le compte de téléphone, soit pour payer le matelas qu'on a acheté, soit que... je suis tellement désorganisé que ces choses-là en souffrent, ça c'est sûr. (M)

L'une des conséquences de ce déficit organisationnel, est que les personnes atteintes du TDAH laissent souvent aux autres, la responsabilité de l'organisation. Ce qui peut parfois être un irritant, notamment pour les conjoints qui semblent vouloir davantage d'implication des participants.

Oui (le TDAH dérange beaucoup le couple). Genre... le manque d'organisation comme te dire, l'heure je ne suis jamais à l'heure, [...] Après

ça l'organisation avec les enfants, la discipline avec les enfants. Souvent il trouve ça dur parce qu'il ne veut pas partir et je le comprends, parce qu'il a toujours peur que... parce que souvent ça arrive. Quand il arrive [...] les enfants ne sont pas à l'heure, ça ne se lève pas le matin, ça ne se couche tard, ça ne mange pas aux heures, fait que le maudit TDAH n'aide vraiment pas. (J)

Le manque d'organisation... oui, parce que c'est tout lui (son conjoint) qui se tape quand même le matin, il se tape beaucoup de choses ici fait que... il me le dit souvent, fait que j'essaie de faire des efforts mais ça ne fait pas tout le temps. (V)

En quelque part ce n'est pas moi qui organise les sorties ou quoique ce soit, on laisse quasiment ça aux autres l'organisation, fait que c'est rare que moi j'organise quelque chose (M).

Le manque d'organisation peut également se traduire, chez certaines personnes, par une progression inefficace du travail. Cet extrait l'illustre bien.

[...] Bien c'est parce que je ne suis pas efficace. Des fois c'est plus long que d'autre chose là. C'est comme une affaire que j'essaie de ranger mes papiers, je fais juste les changer de place. Je ne les range pas, je les change de place. [...]. (V)

Le manque d'organisation est perçu, par plusieurs participants, comme une conséquence de l'inattention et des problèmes de mémoire.

[...] le manque d'organisation. Je suis un gars complètement désorganisé moi là. Si je ne prends pas... si je n'écris pas tout très détaillé, la méthode... ma méthode, si je n'ai pas une méthode très détaillée là, je suis très désorganisé. Je suis vraiment très désorganisé, effectivement ça de ce côté-là j'ai un gros travail à faire. (M)

5.4.6 Les répercussions liées à la procrastination

Sept des participants de l'étude ont indiqué utiliser la procrastination dans au moins une sphère de vie. La procrastination ou le fait de « remettre à plus tard » ou encore « d'attendre à la dernière minute » avant d'effectuer des tâches fait partie du quotidien de plusieurs participants. Pour certains participants, « toutes les raisons sont bonnes » pour remettre à demain ce qui pourrait être fait aujourd'hui.

J'essaie, je veux bien, j'ai du beau vouloir, oui je vais le faire, demain je vais faire ça ça ça, je me fais des petites listes là, de ménage ou de... Ah! Et si je me « start » pas bien oups! Ou si j'ai d'autre chose à faire, oups! J'ai oublié. Oups! Je le ferai demain. Ou... oups! Eh! Je ne peux pas là, quelqu'un vient de m'appeler, il faut vraiment que j'aie prendre un café, ça urge! (P)

[...] j'ai des affaires à faire [...], fait que quand vient le temps de le faire, bien souvent soit qu'il fait trop chaud, soit qu'il ne fait pas assez chaud, soit qu'il vente, soit qu'il pleut, on a tout le temps... finalement je fais jamais rien à temps. [...] Remettre à plus tard, je suis bien fort là-dessus. (M)

Par ailleurs, certains ont notamment tendance à remettre à plus tard des tâches qu'ils aiment moins ou pour lesquelles ils se sentent moins motivés ou qui demandent davantage d'efforts.

J'ai pris conscience que mettons ce n'était pas une vie de toujours avoir la vaisselle sur le « cygne » et de toujours... qu'on est tellement mieux et je le sais là! Quand j'en fais du ménage, je suis tellement contente après! Je le sais, mais je ne suis pas capable d'avancer et de dire... je vais aller le faire. (R)

Mais pour moi oui ça en a là (un impact) et bien souvent je viens que... j'ai du travail à faire là et je ne sais plus où me mettre et... Surtout la paperasse là, si c'est une job manuelle, je vais arriver et je vais aller la faire. Mais là quand j'ai beaucoup de paperasse à faire, ça traîne et je saute sur le téléphone et je fais plein d'affaires que je n'aurais pas à faire. (V)

Certains des participants expliquent ce phénomène par le fait qu'ils sont plus efficaces dans l'accomplissement de leurs tâches lorsqu'ils ont de la pression pour les effectuer. Cependant, comme le souligne l'une des participantes, cela a pour effet de créer un stress sur l'entourage. L'exécution des tâches sous pression peut également amener des oublis comme l'indique le deuxième extrait.

Remettre à plus tard... oui. Parce que... bien parce que c'est tannant être rendu au pied du mur pour être obligée de faire quelque chose, fait que là tu le fais plus stresser et tout le monde est... et là tu dis aux enfants... vite vite vite! Fait que là tout le climat, bien tout le monde en souffre là. (V)

[...], même dans le travail je mets beaucoup de choses à plus tard, mais effectivement je ne peux pas tout faire en même temps, donc j'ai comme pas le choix de remettre à plus tard certaines étapes, mais c'est parce que des

fois je les oublie carrément ces étapes-là et bon bien... je me fais jouer le tour là, ça l'a comme... j'ai comme oublié là que j'avais ces étapes-là à faire. Ça devient assez compliqué. (M)

5.5 LE FONCTIONNEMENT SOCIAL DES ADULTES AYANT UN TDAH

La section précédente a permis de documenter certaines des répercussions du TDAH en ce qui a trait au fonctionnement des personnes. Les sections suivantes visent à faire ressortir, plus en profondeur, les impacts du TDAH en ce qui a trait à différentes sphères du fonctionnement des individus, qu'il s'agisse de la sphère conjugale, familiale, sociale, scolaire et professionnelle.

5.5.1 Le fonctionnement conjugal des personnes ayant un TDAH

Cette section se concentre sur le fonctionnement conjugal des participants. La perception des participants à propos de l'impact du TDAH y est présentée suivi par l'opinion des participants à l'égard de leur expérience de vie avec le TDAH pour cette sphère de vie. Puis, les thèmes de la satisfaction conjugale, de même que des facteurs qui facilitent et entravent ce fonctionnement sont abordés.

Au niveau du couple, on observe dans la figure 11, que les manifestations du TDAH qui semblent, en importance, influencer le fonctionnement conjugal sont : la procrastination (5,9/10), le manque d'organisation (5,6/10), le manque de mémoire (5,25/10) et l'inattention (5,0/10). Les participants indiquent que leurs conjoints se plaignent des tâches non exécutées dans le temps, et des fréquents oublis.

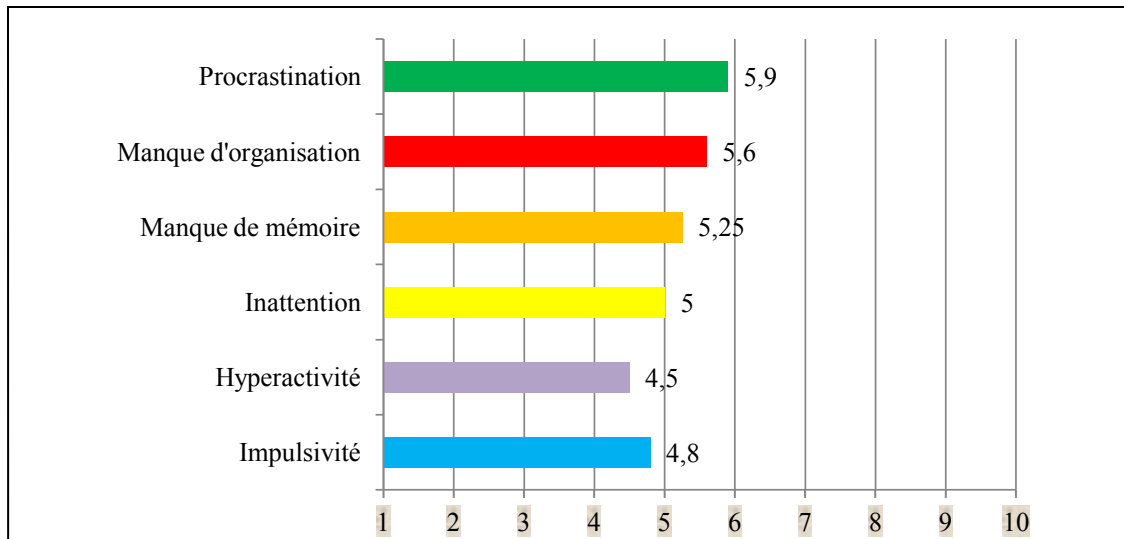


Figure 11 Les impacts du TDAH dans la sphère conjugale

5.5.1.1 Les facteurs associés à la satisfaction conjugale

Dans le cadre des entrevues, les participants ont été questionnés à l'égard de leur degré de satisfaction conjugale. De façon générale, les participants (75 %) se disaient satisfaits de leur vie conjugale, malgré les difficultés présentes. Plusieurs facteurs ont été nommés comme ayant une influence positive sur leur satisfaction conjugale, il s'agit : (a) de se sentir bien en présence de l'autre, (b) de la complicité dans le couple, (c) d'avoir des buts communs, (d) des attentions qui sont accordées par le conjoint et (e) du soutien mutuel en cas de difficulté.

[Qu'est-ce que tu apprécies le plus dans ta vie de couple?] *Qu'il (son conjoint) s'occupe de moi. Qu'il prenne soin de moi et qu'il pense à moi.*(F)

[...] je me trouve chanceux d'avoir connu une femme qu'on s'entend bien, on a les même idées, on a les mêmes buts. [...] on est rendu où on voulait être rendu...(O)

Ce dont je suis le plus fière là c'est d'être capable après 20 ans de rester ensemble. [...] de réussir à s'en sortir [...] d'être capable de ne pas jeter l'éponge à la première difficulté là. (R)

5.5.1.2 Les facteurs facilitant le fonctionnement conjugal

En plus des facteurs qui influencent de façon positive, la satisfaction conjugale, les participants ont parlé des éléments qui ont une influence positive sur leur fonctionnement conjugal. La communication est l'un des premiers facteurs à avoir été mentionné par les participants. Aussi, le retrait ou l'ignorance intentionnelle des paroles ou gestes impulsifs de certains participants ont été favorables à la vie de couple.

[...] on communique, on parle beaucoup. J'imagine que si ça serait quelqu'un qui ne parlerait pas, on serait déjà divorcé. (V)

Bien là j'étais chanceuse parce que mon chum il me laissait me chicaner toute seule, mais souvent là je me chicanais toute seule. C'est correct, il ne me répondait pas mais il ne fallait pas non plus parce que ouf! (P)

La connaissance du TDAH autant de la part de la personne qui en est atteinte, que du conjoint est également un facteur qui aide au fonctionnement du couple. D'une part, cette connaissance permet aux participants de mettre des mots sur des symptômes qu'ils vivent comme le mentionnent ces participants.

Finalemnt j'ai compris beaucoup de choses sur moi-même et j'ai grandi énormément là-dedans. Il y a beaucoup de choses que... en permettant de comprendre pourquoi j'étais comme ça, maintenant je peux travailler sur le problème pour essayer de m'améliorer. (B)

[...] on (le couple) avait de la misère, mais là ça s'améliore parce que vu que j'ai compris des affaires (sur son trouble) et lui (son conjoint) en quelque part je pense qu'il commence à comprendre des affaires aussi, [...] (R)

Les participants mentionnent à cet égard que cette plus grande connaissance amène une plus grande compréhension et une plus grande tolérance de la part du conjoint. Ce qui se traduit notamment par une diminution des critiques et des blâmes à leur égard.

[...] en étant au courant de ce que c'est (le TDAH), de ce que j'ai (un TDAH), ma conjointe... [...] Elle ça l'aide à comprendre mon problème, moi ça (aide) [...] à le comprendre aussi. [...] (O)

Un autre facteur facilitant la vie de couple semble être le fait de découvrir qu'il y a d'autres individus comme eux. Le fait de se sentir dans le même bateau, a eu un effet rassurant comme le mentionne des participantes :

[...] je le sais là maintenant que je ne suis pas toute seule à être comme ça (atteinte du TDAH). (J)

[...], ça rassure aussi, je ne suis pas toute seule et il y en a d'autres aussi (qui ont un TDAH) et il y en a qui comprennent et je ne suis pas juste t'sais... pas fine, pas bonne ou t'sais... (P)

L'acceptation de ses limites personnelles est un point de départ pour corriger certains comportements comme l'exprime cette participante :

Et quand tu acceptes tes limites là, tu vas tellement plus loin là, t'avances tellement plus dans la vie là...Bien moi c'est ce que je pense. Parce que d'accepter comment tu es, c'est le pas que tu fais pour t'améliorer. Et plus tu t'améliores, plus tu comprends, bien tu finis... (R)

Un autre facteur facilite la vie de couple. En fait, l'aide du conjoint permet d'éviter la procrastination et ainsi passer à l'action.

Parce que quand j'ai le support de l'autre à côté de moi, je ne procrastine plus. Je me dis il est là, aussi bien d'en profiter pendant qu'il est là pour m'aider fait que je fais toutes les affaires. (B)

5.5.1.3 Les difficultés en ce qui concerne le fonctionnement conjugal

Au-delà des éléments satisfaisants, les participants ont également parlé de certaines de leurs difficultés conjugales. Les principales difficultés mentionnées par les participants sont : a) la méconnaissance et la non reconnaissance du TDAH par le conjoint, b) la gestion du temps et c) la gestion du budget. Il est à noter que les difficultés conjugales ont eu pour effet que plusieurs ont songé à la séparation à un moment ou un autre de leur vie de couple.

Alors que la connaissance et l'acceptation du TDAH constituent des facteurs qui facilitent le fonctionnement, la méconnaissance et la non reconnaissance de la problématique ont un effet contraire. En fait, certains conjoints des participants ne

démontrent aucun intérêt à connaître et comprendre cette problématique. Un participant soulève les difficultés que cela occasionne :

[...] j'ai connu des personnes qui ont fait les mêmes cours (sur le TDAH) que nous autres... (le couple) [...] Et que exemple la madame elle vient et lui (le conjoint de la dame) ne veut rien savoir, ça ne marche pas chez eux là. La madame elle en parle à toutes les fois qu'on se rencontre là. [...]. Parce que lui (le conjoint de la dame) il ne veut rien savoir, c'est correct, c'est un choix qu'il a fait mais ça marche pas les deux. (O)

La gestion du temps est également un enjeu ayant été soulevé par les participants. Parce que leur conception du temps diffère de celle de leur entourage, certains participants éprouvent des difficultés dans la gestion de leurs agendas et cela se répercute dans leur fonctionnement, notamment au plan conjugal. Plusieurs participants (62,5 %) ont parlé de « leur » notion du temps : pour certains il paraît plus court, pour d'autre il paraît plus long. À cet égard, l'une des participantes précise qu'elle n'a aucune notion du temps :

[...] pour moi deux minutes c'est comme 15 minutes, je n'ai pas la notion du temps. J'ai aucunement ça [la notion du temps] et ce n'est pas volontaire, c'est involontaire, je ne suis pas capable de faire la différence entre 15 minutes et une heure. [...] C'est carrément la perte de notion de temps. (B)

Cette difficulté avec la gestion du temps constitue une source de stress et de gêne chez certains participants. Certains ont tendance à oublier des rendez-vous, même s'ils sont inscrits à leurs agendas ; tandis que d'autres dissipent leurs stress en se présentant à leurs rendez-vous avec beaucoup trop d'avance. Pour d'autres, la difficulté à gérer le temps serait un facteur qui expliquerait leur tendance à la procrastination.

[...] j'ai rendez-vous à 6h00, j'aurais été ici à 5h00. Fait que là dans ce temps-là je suis chez nous, j'arrive chez nous [...], là il faut que je soupe et il y a une panique qui s'installait. [...]. (O)

Bien lui juste le fait que là je le (son conjoint) vois arriver dans la cour, je fais... ah! Je n'ai pas fait le lit. Fait que là au pire je vais me dépêcher d'aller le faire, [...]. (V)

[...] [...], je ne fais pas mes affaires quand c'est le temps. Mettons ma vaisselle, mon ménage, si je remets... je fais beaucoup de procrastination, énormément, énormément. (R)

Enfin, pour la majorité des participants (75 %), la gestion de l'argent, la gestion des comptes à payer, est particulièrement problématique et affecte le couple. Ces difficultés dans la gestion des finances sont attribuables à divers facteurs tels que : (a) la multitude de comptes à payer, (b) les difficultés en mathématique, (c) les symptômes du TDAH (inattention, mémoire, impulsivité, hyperactivité), (d) les difficultés du conjoint (non diagnostiqué TDAH), (e) le choix des priorités, (f) l'utilisation des cartes de crédit et (g) la maladie du conjoint. Le tableau 4 situe ces facteurs, de même que des extraits de verbatim illustrant les propos des participants.

Tableau 4 Les facteurs attribuables aux difficultés dans la gestion des finances

Facteurs	Extraits
Multitude de comptes à payer.	<i>[...]... le budget ou quoique ce soit, je ne suis pas capable de m'en occuper tout seul ou bien de le prendre tout seul et de le faire. Bien... je ne suis pas capable... je serais sûrement capable, mais ça serait beaucoup plus difficile que (nom du conjoint) de le faire. [...]... moi me gérer tout seul c'est pas dur là. je veux dire... tu n'as pas de femme. Aujourd'hui avec la maison et les taxes et ça ne finit plus là, l'école et... [...] Moi je pense que j'aurais... il y a des bouts qui n'arriveraient pas c'est sûr. (O)</i>
Difficultés en mathématique	<i>« Question mathématiques... parce que j'étais nulle en mathématiques » La seule affaire que j'essaie de faire plus là ce n'est pas de compter parce que le comptage j'ai bien de la misère, mais de payer plus les comptes, pas des gros montants parce que j'essaie toujours d'en donner mais pas tout au complet, pour qu'au moins le monde sache qu'on payer. T'sais jusqu'au temps qu'il n'y en ait plus à payer. (J)</i>
Les symptômes du TDAH	<i>Des fois je pète mon budget, mais parce que je suis impulsive. (B)</i>
Les difficultés du conjoint sans diagnostic de TDAH	<i>[...] regarde... pense à moi (le conjoint) aussi... à penser t'sais... comme à des paiements qu'il (conjoint) oublie à faire, parce que moi je l'oublie, dans ma tête il n'y en a pas de paiement là (J).</i>
Les priorités dans la vie quotidienne	<i>Moi l'important ce n'est pas ça [les comptes à payer], c'est que je vois là c'est de m'occuper des enfants, que mes enfants manquent de rien, le linge, la nourriture. (J)</i>
L'utilisation des cartes de crédit	<i>Les cartes de crédit pour les hyperactifs ce n'est pas une bonne affaire, ça c'est sûr. Pendant un moment [...] j'étais incapable de me budgéter. (B)</i>
La maladie du conjoint	<i>[...] jusqu'à ce que sa maladie prenne le dessus, c'était elle qui s'occupait tout du budget, ça fait que je n'avais pas de misère à ce moment-là parce que je savais que tout se payait là. mais là depuis que ce n'est plus elle qui fait nécessairement le budget, c'est moi, fait que là c'est difficile.[...] ... je payais beaucoup de frais là de chèques sans provision là... (M)</i>

Bien que tous ces facteurs génèrent des difficultés dans la gestion des finances, la prise en charge par les conjoints n'ayant pas de TDAH diminue les difficultés dans la gestion du budget.

5.5.2 Le fonctionnement familial des personnes ayant un TDAH

Cette section traite du fonctionnement des sujets dans la sphère familiale. La plupart des participants ont indiqué qu'ils avaient besoin de l'aide de leur conjoint qui n'a pas de TDAH. Les participants ont également parlé de certains facteurs facilitant la vie familiale. Certains sont liés au soutien alors que d'autres relèvent de moyens pratiques favorisant le fonctionnement familial. Les participants se sont aussi exprimés sur des difficultés et les facteurs qui nuisent au fonctionnement familial. Plusieurs éléments compliquent la vie de famille dont les désaccords entre conjoints à propos des enfants.

Avant de traiter de ces thèmes, commençons d'abord par explorer la perception des participants à propos des impacts du TDAH dans la vie familiale. On remarque dans la figure 12, que dans la dynamique familiale, l'hyperactivité semble être la manifestation ayant le plus d'impact. Il importe de souligner que pour certains des participants (28,6 %), cette manifestation du TDAH était perçue positivement et dans une même proportion elle est considérée plutôt négativement par d'autres participants. Pour quelques participants, l'hyperactivité n'a eu presque aucun impact dans la vie familiale. Soulignons que certains participants avaient un TDAH sans hyperactivité. Néanmoins, pour presque tous les participants (85,7 %) la procrastination, le manque d'organisation et l'inattention sont les manifestations qui ont été considérées comme les plus nuisibles au bon fonctionnement familial.

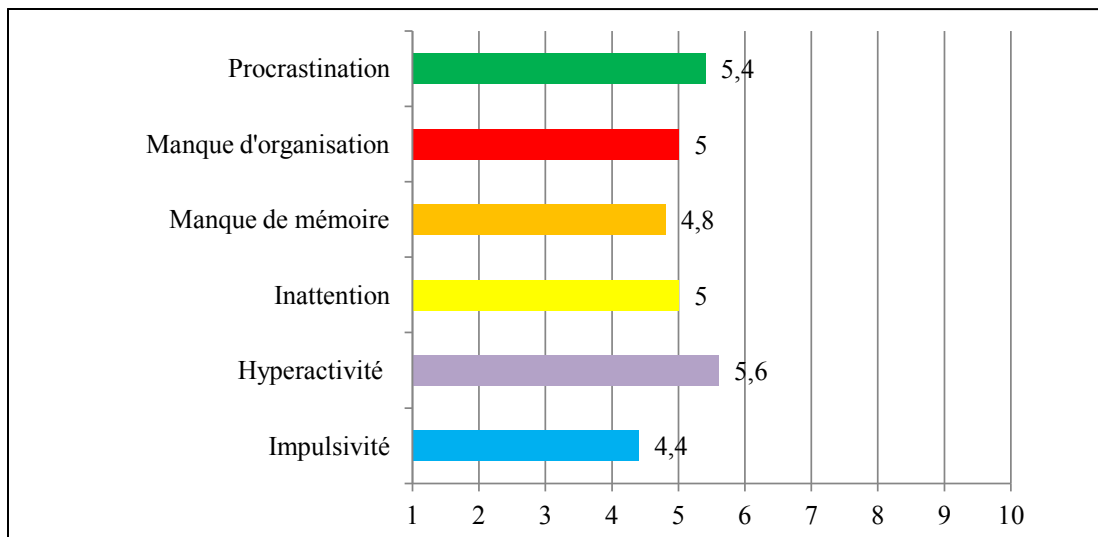


Figure 12 Les impacts du TDAH dans la sphère familiale

5.5.2.1 Les facteurs facilitant le fonctionnement des participants dans la vie de famille.

Parmi l'ensemble des participants de l'étude, sept ont mentionné avoir des enfants. Cette section concerne donc les facteurs qui facilitent le fonctionnement de ces sept familles. Des entrevues réalisées, quatre principaux facteurs ont été mentionnés comme ayant un impact positif sur la vie familiale : a) le soutien des proches et b) le soutien médical et pharmacologique et c) le soutien psychologique et psychosocial.

Le soutien des proches

Dans le cadre des entrevues, les participants ont parlé des sources et types de soutien reçu. La majorité des participants (85,7 %) ont mentionné que le conjoint constitue la principale source de soutien dans la famille. Parmi les autres sources mentionnées, les grands-parents (14,2 %) et la belle-famille (14,2 %) ont également été nommées par les participants. À l'égard du type de soutien reçu, les participants ont identifié plusieurs formes : a) soutien dans l'organisation des activités dans la vie quotidienne, b) l'établissement d'une structure dans la famille (exemple : les routines), c) les

encouragements, d) la recherche d'information, e) l'offre de gardiennage et f) la communication égalitaire.

Les participants ont parlé de l'importance du soutien des conjoints dans l'organisation des activités dans la vie quotidienne. Ce soutien se traduit dans l'organisation de la vie familiale à travers notamment la préparation des enfants pour le départ à l'école (ex. déjeuner, préparation des effets personnels) ou encore à travers l'accomplissement de tâches ménagères ou l'instauration de routine. Les routines paraissent bénéfiques pour les participants, car elles semblent diminuer le stress et rendent la vie de famille plus harmonieuse.

Mais le matin là quand... lui (le conjoint) il s'occupe des enfants, il les fait déjeuner, il les habille, lui il va préparer ses choses le soir. Ou bien des fois quand il allait travailler là, ce qu'il faisait, il me sortait tout le linge. Il me sortait des pantalons, culottes, bobettes, des bas. Tous les trois enfants et il me disait... (Non de la participante), le linge est sur le bureau pour les enfants. Fait que ça faisait bien parce que si non j'ai de la misère à arriver le matin. [...] c'est plus (nom du conjoint) là qui s'occupe de trouver les trucs pour que ça aille mieux, comme placer le linge et tout là. (V)

[...] maintenant je prépare les choses le soir, les lunchs, leur linge, on prépare tout ça le soir en famille, t'sais c'est beaucoup moins stressant que le matin... Quand on se lève le matin, bien il reste rien qu'à faire à déjeuner et ils sont prêts à s'habiller, leur linge est sorti, tout est prêt et... ça, ça l'a amélioré beaucoup par rapport à mon stress. [...] [...] il y en a un qui fait le lunch, l'autre le linge, c'est un ou l'autre là et on fait ça tous les deux ensemble et les enfants nous aident avec ça et... C'est beaucoup plus harmonieux. (O)

De plus, le soutien du conjoint se manifeste dans la gestion des symptômes du TDAH. C'est ainsi que certains conjoints servent « d'aide mémoire ». Ce faisant, ils permettent aux personnes ayant le TDAH de se remémorer des choses ou encore de limiter les oublis.

Bien dans le milieu familial, ma conjointe m'aide beaucoup par rapport à ça (les oublis). [Comment?] Elle me laisse une petite note, c'est écrit, c'est palpable, c'est là là. [...] Elle la colle dans la porte de la maison fait que quand j'arrive j'ai la feuille là. Me ferais-tu telle brassée de lavage ou le lave-vaisselle ou des choses comme ça là, elle m'aide beaucoup. (O)

[...] Fait que là avant de partir il dit... c'est quoi que je t'ai demandé là? Je fais... eh! Il faut que je dise là ce qu'il m'a demandé. Des fois... là j'ai réussi lundi. Mais s'il me ne l'aurait pas redemandé, je ne l'aurais pas fait. Ça aurait parti. (V)

Le soutien du conjoint s'exprime aussi par une qualité attentionnelle bienveillante qui se traduit par des transferts d'informations pertinentes à propos du TDAH et des encouragements.

C'est lui-même (son conjoint) [...] il a pris un après-midi au complet tout en regardant pour lui-même sur le TDAH, de m'envoyer une documentation pour moi, pour m'aider à mieux me comprendre. [...] Et à chaque fois que j'ai des choses que je fais de plus qui m'aident à mieux m'en sortir, c'est toujours le premier (son conjoint) à me dire... bravo! Je suis fier de toi, continue! C'est beau! (B)

Outre le conjoint, certains des participants (14,2 %) mentionnent obtenir du soutien de la famille élargie. En effet, les grands-parents ou la belle-famille ont été mentionné comme une source fiable de soutien. Ce soutien se manifeste d'une part, par une disponibilité pour de la garde d'enfants et d'autre part, par une communication égalitaire et positive.

[...] j'essaie toujours de les envoyer aux grands-mères et aux grands-pères pour aller prendre un moment toute seule avec mon conjoint. [...] (J)

[...] c'est des gens (sa belle-famille) attentionnés, c'est des gens qui sont aidants, c'est des gens qui comprennent, c'est des gens avec qui on est capable de parler, qu'on est capable de s'expliquer, d'amener des idées et qui vont nous donner des idées [...]Et ils sont tellement là... (M)

5.5.2.2 Les difficultés et les facteurs non facilitant le fonctionnement des participants dans la vie de famille

La majorité des participants ont parlé des difficultés rencontrées dans la vie familiale. La combinaison de plusieurs facteurs semble fragiliser la famille. Il sera plus spécifiquement question de deux facteurs ici : a) la mauvaise gestion du temps qui est une source de stress et de conflits et b) les difficultés avec les enfants et les désaccords entre conjoints à propos des enfants, ce qui compliquent la vie de famille.

Tout comme c'était le cas pour la sphère conjugale, la gestion du temps peut avoir des impacts négatifs sur la vie familiale. Par exemple, une participante retire du plaisir à étirer le temps, le matin. Les obligations de la vie de famille semblent mises en sourdines durant cette période de la journée. Cependant, les répercussions de ce choix de comportements provoquent des épisodes de stress et de panique au sein de la famille. Pour un autre participant, c'est l'inverse qui se produit. Le temps semble être un élément stressant qui lui fait appréhender les retards ce qui produit des conflits dans la famille. Ces extraits illustrent ces dires.

Moi mon trip là c'est que le cadran sonne, mais ce que j'aime c'est de réembarquer dans le lit. C'est pour ça que je le refais aussi souvent. Juste le fait de me sortir du lit, d'avoir fret là et de réembarquer là, ah! J'aime tellement ça! Et je me ré-endsors! [...] [...] genre (le cadran sonne à 6h30) ... je vais me dire... [...] encore une fois! Encore une fois! Je vais me recoucher et là il va re-sonner à 6h45, je fais... encore une fois, une petite fois... ah! Je ne peux plus là. Je ne peux plus, j'aurai jamais assez de temps, ils vont rater l'autobus. Là je n'ai pas le choix. (V)

[...] et peut-être les enfants et ça amenait des conflits dans le couple, parce que je déteste être en retard. Mais trop en avance ce n'est pas mieux non plus. Ça créait d'autres problèmes ailleurs (avec les enfants). (O)

La majorité des participants de cette étude ont évoqué les sources de leurs difficultés avec les enfants dans la vie de famille. Ces causes ont été, ici, regroupées en quatre catégories : (a) les symptômes du TDAH de plusieurs membres dans la famille, (b) le déni du diagnostic du TDAH d'un membre atteint, (c) les avis contradictoires des conjoints quant aux interventions et aux exigences face aux enfants, et (d) les moyens inefficaces pour améliorer la vie de famille. De façon générale, lorsqu'ils traitent de leurs difficultés, certains des participants s'attribuent une part de responsabilité dans les conflits.

En plus des sources des difficultés dans la vie familiale, les participants ont parlé de trois éléments qui influencent négativement le fonctionnement de la famille : (a) l'oubli de la prise de la médication, (b) le fait de s'abstenir d'intervenir auprès des enfants et (c) les symptômes du TDAH de plusieurs membres de la famille. Les extraits suivants illustrent bien nos propos.

Parce que quand on ne prend pas la médication, on ne réfléchit pas, on parle. Tu es un ci, tu es un ça, tatatata... ça n'arrête plus. Je fais des sermons. Je faisais beaucoup de sermons. (F)

Parce que mes enfants ils bougent tout le temps, ils peuvent casser un bibelot et tatata tata. Je le sais que souvent je n'interviens pas full mais j'en ai déjà un problème de TDAH et ce n'est pas facile quand tu as le problème et que tes enfants l'ont. Il faut s'adapter à tout là. (J)

5.5.3 Le fonctionnement social des personnes ayant un TDAH

Cette section présente le fonctionnement des participants dans la sphère sociale. Il apparaît dans le discours des participants que cette sphère est la moins affectée par les manifestations du TDAH. Dans la figure 13 on remarque que toutes les manifestations du TDAH ont une cote inférieure à 5 sur une possibilité de 10.

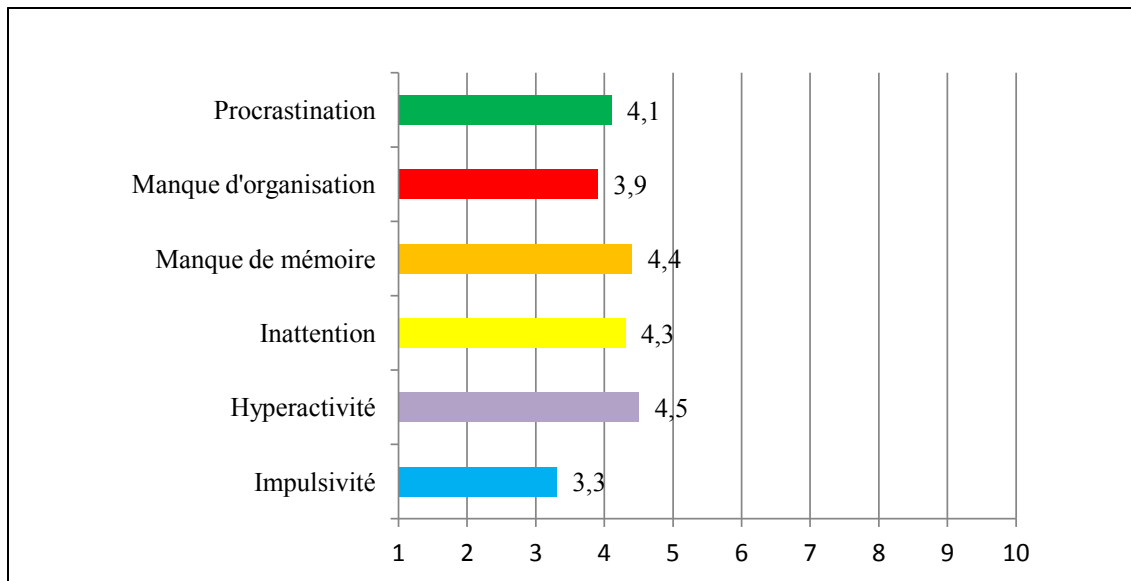


Figure 13 Les impacts du TDAH dans la sphère sociale

En fait, pour certains des participants (37,5 %), l'hyperactivité et l'impulsivité sont des facteurs positifs dans la sphère sociale. Pour ces participants, ces manifestations du TDAH font qu'ils se définissent comme drôles, toujours prêts à proposer des activités et éviter l'ennui. Cependant, pour d'autres participants (25 %), ces mêmes manifestations

provoquent certains malaises et semblent nuire aux relations sociales tout comme le manque de mémoire, l'inattention et la procrastination. Un fait intéressant est à souligner ici : on remarque que les participants qui ont seulement un TDA ont davantage de difficultés dans le fonctionnement social que ceux qui ont un TDAH. Regardons plus en détails la vie sociale des participants.

5.5.3.1 La vie sociale des participants

Dans le cadre des entretiens, les participants ont mentionné que leur vie sociale était organisée autour de trois pôles : a) la sphère conjugale, b) la sphère socioprofessionnelle et c) l'implication sociale. En effet, certains des participants indiquent que leur conjoint est presque toujours impliqué lorsqu'il s'agit d'activités sociales. Cela est rendu possible en raison du fait que les participants ont des intérêts communs à ceux de leurs conjoints.

J'en fais toute seule (activités sociales) mais on fait beaucoup en couple. [...] On fait des activités... en quatre roues et des choses comme ça, on y va beaucoup en couple. (V)

Alors que pour certains, les liens et les activités sociales tournent autour de la vie conjugale, pour d'autres le milieu de travail aide à la création des liens sociaux.

[...] Donc moi de mon côté je fais mon rôle de mère, mais je reste quand même moi avec des amis, des projets à moi personnels et puis c'est ça, une vie sociale. Et même au niveau du travail pour moi aussi c'est la même chose, pour moi ce n'est pas juste des collègues, c'est des bons amis avec qui je passe au moins 40 heures par semaine, c'est quand même beaucoup. (B)

Pour certaines participantes (25 %), le temps pour le social est restreint par les temps des activités de la vie professionnelle et de la vie familiale. À ce propos, une participante raconte :

[...] la partie sociale aussi est moins grande que tout le reste, [famille, travail] elle n'est pas aussi grande que quand j'étais jeune t'sais là... [...] Veut, veut pas quand tu as fini ton travail, tes obligations à la maison, il ne reste pas grand temps (pour la vie sociale). (V)

Une autre façon, pour les participants, de créer des liens sociaux, est à travers l'implication sociale ou bénévole. Cette implication semble répondre à différents besoins, ce qui leur procure une satisfaction personnelle. Ces différentes formes d'implications, qu'elles soient dans les domaines récréatifs ou encore de l'intervention, procurent, aux participants une satisfaction personnelle. Cette implication est valorisante et augmente leur sentiment d'utilité personnelle.

Ma fille elle joue au hockey, m'asseoir dans les estrades et la regarder jouer je ne suis pas capable. Fait que je suis entraîneur et je la suis au bout et avoye go! Et... Je m'implique là, je fais quelque chose à là moitié là, je ne suis pas capable. (O)

[...] j'aimerais ça avoir des cafés, tu y vas, tu jases, tout ça. [...] la troisième fois, j'ai dit là ça serait le fun, je dis je ne dois pas être toute seule à vouloir avoir des cafés jaser de tout et de rien et t'sais là... j'ai dit... au pire on tricoter, on fera du scrapbooking. [...] j'ai décollé des ateliers de tricot à Parents-enfants. [...] en février ça va faire deux ans que je fais ça à tous les jeudis [...] Et le fait de leur montrer, c'est valorisant. (R) [...] De me sentir utile. D'être importante. Parce qu'aux yeux de mon chum je ne me sens pas importante. (R)

5.5.3.2 La satisfaction des participants en ce qui concerne leur vie sociale

D'emblée, mentionnons que plus de la moitié (62,5%) des participants ont dit avoir une vie sociale satisfaisante. Ces participants mentionnent avoir des bons amis, des liens durables dans le temps. Cette satisfaction est rattachée au fait d'«être avec les autres», de profiter et vivre le moment présent, d'avoir du plaisir et de rire. En fait plusieurs participants l'expriment ainsi :

On a beaucoup de plaisir à se rencontrer. [...] j'aime ça avoir du plaisir, [...] (O)

[...] je dois passer quasiment deux heures à rire par jour, je suis toujours en train de déconner. Et ça, ça fait partie des choses que j'adore. J'ai pour mon dire, on a juste une vie à vivre, peu importe ce qui se passe après, qu'il y ait le paradis ou non, ça reste quand même que le temps présent ça ne peut pas se racheter, tu es aussi bien de t'organiser pour bien le passer. (B)

Ces participants soulignent l'importance d'avoir des amis, d'être entourés, de partager des activités. Alors que pour une majorité de participants, les liens sont durables et satisfaisants, on note pour certains d'entre eux une précarité en ce qui concerne leur vie sociale. Cette précarité se manifeste d'une part, par des réseaux sociaux qui sont moins étendus ou absents et d'autre part, des liens sociaux qui sont moins satisfaisants. À l'égard de l'étendue du réseau social, un des participants mentionne que celui-ci est majoritairement constitué de membres de la famille.

[...] on n'a pas d'amis là qu'on pourrait voir là une fois aux deux semaines, faire du ski, faire de la raquette, faire... je ne sais pas moi... avoir des activités avec eux autres là, jouer au golf ou peu importe là, c'est... non, on en n'a pas. Fait qu'on est très restreint là, une chance que le beau-frère et la belle-sœur [...] on va les voir au moins une fois par mois et c'est avec eux autres qu'on fait nos activités sociales le plus souvent. Fait que de ce côté-là social, la vie sociale est très limitée. (M)

[...] mais il y en a une en particulier que si ça serait pas qu'elle a besoin que je l'aide, on se verrait pas. Elle ne m'invite pas pour juste m'inviter, ça je trouve ça plate un peu. (R)

Une autre des participantes aborde d'une manière émotive le rejet social et l'isolement et dit : « j'aimerais ça avoir des amis de mon âge » (J). Ce manque de vie sociale se traduit dans le discours des participants par la description de leur rêve, leur espoir, de disposer d'un réseau social en dehors de celui de la famille pour échanger, communiquer et partager des activités sociales. Ces participants (37,5 %) qui ont un réseau social moins étendu souffrent, en l'occurrence, d'isolement social.

5.5.3.3 Les facteurs facilitant le fonctionnement social

Dans la continuité d'une vie sociale, la qualité des relations est importante surtout lorsque les symptômes du TDAH sont présents. Avoir des bons amis permet de conserver des liens. Les activités sociales se réalisent à travers des projets, des rencontres, des buts communs. Ces divertissements partagés génèrent le plaisir, l'expression de soi, l'interactivité avec des collègues ou des amis. Trois participants ont mentionné des critères importants pour eux qui leur prouvent la solidité de leur relation d'amitié : (a) la durée de

la relation, (b) l'acceptation des symptômes du TDAH par les personnes, et (c) l'assurance d'un soutien en cas de difficultés futures.

[...] mes amis je pense qu'ils me connaissent assez aujourd'hui [...]. T'sais ils m'acceptent quand même (que j'ai le TDAH), c'est là qu'on voit les vrais amis et tout ça. Ils m'acceptent comme ça. (O)

[...] j'ai des bonnes amies qu'eux autres elles me connaissent, elles n'en font plus de cas là (des manifestations du TDAH). (V)

Le support que j'ai de mes amis.[...]En étant juste présents ou en juste... vivant la vie avec moi là, juste en étant là et qu'on vive notre vie en sachant que si jamais il y a quelque chose, ils sont là. (P)

5.5.3.4 Les difficultés en ce qui concerne le fonctionnement social

Outre les éléments s'avérant satisfaisant, les participants se sont exprimés à propos de leurs difficultés dans la sphère sociale. La plupart sont liées aux manifestations du TDAH et à la gestion du temps. En effet, la gestion du temps, ou plutôt la difficulté à gérer le temps est parfois source d'insatisfaction dans la vie sociale des participants. Face aux retards fréquents de l'une des participantes, ses amis usent maintenant d'une stratégie qui consiste à lui donner une heure de rencontre qui est généralement plus tôt que l'heure prévue du rendez-vous.

Mais le monde c'est rendu qu'ils le savent (que le couple va arriver en retard) fait que si on va souper à 7h30, eux autres nous disent 7h00 pour être sûr qu'on soit là à 7h30. (V)

L'hyperactivité, qui se manifeste notamment par le besoin de bouger des participants, par leur expansivité, si elle a parfois des impacts positifs, produit également l'effet contraire à l'occasion. Notamment lorsque les participants se retrouvent en situation où ils connaissent moins les personnes avec qui ils sont.

Bien des fois il (ami) y en a qui me trouve énervante là parce que je bouge beaucoup et je parle beaucoup, je prends beaucoup de place, je gestuelle beaucoup, mais c'est ça... les amis ils apprennent... soit ils m'aiment ou ils m'aiment pas les gens là. (P)

C'est plus les nouveaux qui appellent qui font un saut que je ne rappelle pas. Fait que dans ce temps-là des fois ils peuvent penser aussi que je ne veux

pas leur parler ou que t'sais... je ne veux pas plus que ça de cette relation-là ou... Mais ce n'est pas ça, pas pantoute. (V)

Enfin, l'une des participantes fait part de l'éloignement de certains amis dans sa vie sociale du fait du non respect de ses engagements liés à ses oublis :

Que j'ai perdu des amis... bien pas perdu nécessairement parce qu'on va encore souper avec eux autres, mais qui se sont éloignés parce qu'ils m'appelaient et bien souvent avec les enfants je n'ai pas le temps de parler au téléphone, fait que je dis... je vais te rappeler. Je ne rappelle jamais. Jamais, jamais. Et que je me le suis fait dire! Tu avais dit que tu allais me rappeler, tu ne me rappelles pas... Je n'y ai pas pensé! Et c'est vrai là, je peux le faire 100 fois à la même personne, jusqu'à temps qu'un moment donné elle arrête d'appeler. (V)

5.5.4 Le fonctionnement scolaire des personnes ayant le TDAH

Le TDAH a eu un impact sur le fonctionnement scolaire des participants de notre étude. Pour plusieurs, le parcours scolaire a été empreint d'obstacles, et certains ont interrompus leurs parcours à un moment de leur cheminement. En effet, on observe que plus de la moitié (62,5 %) des participants ont repris le chemin de l'école à l'âge adulte. Une de ces participantes poursuit par ailleurs des études universitaires. Les autres ont repris leurs études à partir du niveau secondaire. Parmi ces personnes, une a effectué un retour aux études pour ensuite abandonner l'école, alors que les trois autres ont persévéré dans leurs projets scolaires. Parmi les personnes qui ont persévéré, une est actuellement aux études, alors que les deux autres ont achevé leur parcours académiques ou dit autrement ont obtenu leur diplôme.

J'ai fini mes études, à 31 ans je suis retournée à l'école, j'ai fini tout, j'ai commencé secondaire I à V, français, maths, maths fortes, sciences physiques, informatique, histoire et après j'ai eu un bébé et après je suis retournée au CÉGEP faire génie en électronique (Il n'a pas été complété). Durant mon cours de génie en électronique, j'ai placé ma petite dans une garderie [...] Et après ça bien je me cherchais encore, je suis retournée encore aux études et là j'ai fait préposée aux bénéficiaires au Centre Oasis (la formation a été complétée). (F)

5.5.4.1 Les facteurs facilitant et les facteurs non facilitant le fonctionnement de la vie scolaire

Parmi les moyens utilisées par les participants pour faciliter leur parcours scolaire; plusieurs des étudiants parlent de techniques d'études, notamment des procédés pour favoriser la rétention de l'information. En fait, c'est le fait de recopier des écrits qui semble laisser une empreinte dans la mémoire. À ce propos, les participants expliquent leur façon d'étudier pour retenir l'information :

Comme j'ai toujours étudié en recopiant mes notes. C'est comme ça que j'ai toujours étudié dans ma vie, en recopiant mes notes. Fait que là quand j'écris, ça marche, ça me rentre dans la tête. (P)

Oui. Et même quand j'ai suivi mon cours pour faire ça, moi j'étudiais sur l'heure du midi pendant que les autres mangeaient. Moi il fallait que je m'assise dans un coin toute seule et que j'étudie. Et j'étudiais le soir quand les enfants étaient couchés. Mais j'ai étudié en mosus là.[...] [...]. Et je prenais mon cahier là, je prenais un Cahier Canada et je retranscrivais. Tout ce qu'il fallait que j'apprenne, je le réécrivais pour être capable que ça rentre parce que si non... (V)

Toutefois, le discours des participants à l'égard de leur cheminement scolaire met en évidence certains facteurs ayant contribué à l'abandon ou à la persévérance scolaire. Trois facteurs sont ressortis ici comme ayant complexifié le parcours scolaire des étudiants : les difficultés d'ordre académique, la conciliation famille-travail-étude et la présence de certains des symptômes du TDAH (ex. difficultés attentionnelles et de concentration). Si pour certains, cela a contribué au décrochage scolaire, pour d'autres, cela a eu pour effet de perturber, de ralentir, mais malgré tout les étudiants ont persévéré dans leur projet scolaire.

[...] je travaille présentement à 40 heures et j'étudie et puis ça m'arrive très rarement de dire comme d'être complètement brûlée. C'est très rare. Il y en a plusieurs qui me disent... comment tu fais? Tu es fait en béton armé? Comment je fais... je suis faite comme ça! (B)

[...] mais on dirait que des fois j'ai l'impression que... je ne sais pas comment j'ai fait pour me rendre là. Parce que je n'étais pas bonne à l'école, t'sais j'étais... [...]... Fait que c'est ça là... fait que... que je sois rendue là, des fois je me dis... mon Dieu! Je ne suis pas plus folle qu'une

autre. Mais en même temps là je l'ai fait mais ça n'a pas été facile là. [...](V)

[...] quand j'étais jeune, parce que je n'avais pas de trouble d'apprentissage, j'étais très bonne à l'école, sauf que j'avais un trouble d'opposition, tout ça. (P)

5.5.5 Le fonctionnement professionnel des personnes ayant un TDAH

La majorité des participants (7/8) ont mentionné avoir une vie socioprofessionnelle. Ainsi, à l'exception d'une personne qui est sans emploi, tous les autres ont pu nous entretenir de leur fonctionnement dans le marché du travail. Ces participants ont parlé positivement du travail qu'ils avaient actuellement et de certaines difficultés rencontrées dans ce milieu. À la lecture de la figure 14 on observe que les manifestations du TDAH qui affectent le plus les participants dans le milieu du travail sont le manque d'organisation (50 %) et le manque de mémoire (50 %).

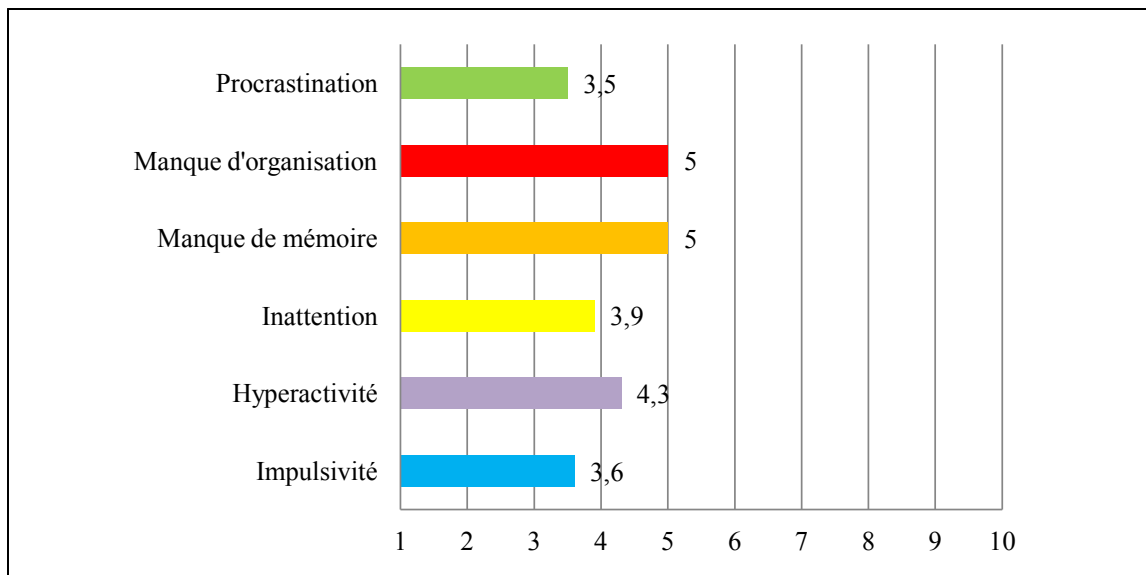


Figure 14 Les impacts du TDAH dans la sphère socioprofessionnelle

Les participants ont été très explicites sur ces manifestations et certaines participantes (28,5 %) en particulier ont tenté d'expliquer par des métaphores les processus

impliqués dans la survenue de ces manifestations. Néanmoins, la plupart des participants s'expriment favorablement sur leur fonctionnement socioprofessionnel.

5.5.5.1 La satisfaction des participants face à leur vie socioprofessionnelle

La vie socioprofessionnelle des participants se divise en trois secteurs d'activité : a) le travail manuel (42,8 %), b) les soins de santé (42,8 %) et c) le service à la clientèle (14,2 %). Dans l'entrevue, les participants ont répondu à la question suivante : « Qu'est-ce qui vous satisfaisait le plus dans votre travail? ». La plupart des participants (71,4 %) ont révélé être satisfaits de leur emploi actuel. Notons que certains des participants (42,8 %) avaient un nouvel emploi depuis 2 ans environ.

Les participants ont nommé certains états affectifs générant leur satisfaction professionnelle comme le plaisir, l'amusement dans le milieu du travail, le sentiment d'accomplissement.

Je dois dire que c'est l'ambiance de travail surtout. Je me lâche « lousse », j'y vais... t'sais autant que je peux tenir droit dans le cadre prédéfini obligatoire, ultra fermé de (nom du commerce), autant qu'avec des clients je me lâche « lousse ». Je déconne longtemps et même entre employés on rit énormément, fait que ça lâche la tension et c'est ça que j'aime. Parce que quand je me lève le matin, je me dis... c'est le fun, je vais aller rire avec mes collègues. (B)

Bien c'est les petits pas que ça donne, que les enfants font. Parce que là je travaille avec des enfants, beaucoup des enfants TDAH aussi. (P)

[...] Et j'ai mes clients que je m'attache à eux autres et avec eux autres, bien j'ai l'impression d'être meilleure, de pouvoir les aider et tout là. (V)

5.5.5.2 Les difficultés des participants dans la vie socioprofessionnelle

Les sujets ont énoncé trois types de difficultés rencontrées dans leur vie professionnelle : a) celles qui peuvent concerner tous les travailleurs, qu'ils aient ou non une incapacité, b) celles dérivant de la personnalité ou des croyances et c) celles qui résultent plutôt du TDAH. Une participante relève les inconvénients associés au fait de travailler dans un milieu où les femmes sont majoritaires tandis qu'un participant a plutôt

évoqué les inconforts dans la relation employeur et employés. L'adaptation et la pression au travail semblent aussi être des facteurs responsables des sautes d'humeur de l'une des participantes (14,2 %).

Il ne faut pas que le monde exagère t'sais là...[...][...]. C'est juste que... on a déjà un travail qu'on court, s'il faut en plus se parler bête ou se faire parler bête par les patients là, dans ce temps-là moi non, ça ne passe pas. (V)

Certains traits de la personnalité, comme la gêne et l'appréhension, semblent être des facteurs préjudiciables à la vie socioprofessionnelle. À ce propos, un des participants raconte : [...] *Ça m'a quand même pris là un gros deux ans avant de comme me dégêner et de m'intégrer à la petite gang qui est là (M)*. Lorsque l'on ajoute le TDAH à la personnalité, il semble y avoir un terrain propice aux conflits. Une participante confie : « [...] *je fais partie d'une équipe, mais je ne veux pas les voir au-dessus de moi [...] fait que je fais comme prendre ma place* ». Celle-ci affirme même s'être chicanée avec une collègue à un moment donné : « *je me suis déjà chicanée avec une [collègue],... oui. J'ai sacré, [...]* ». Cette participante reconnaît dans sa réaction la présence de son impulsivité. Elle dit : « [...] *il aurait fallu que je réfléchisse un peu [...]*. Parfois, c'est plutôt le manque d'organisation qui favorise les conflits entre collègues tel que l'illustre cet extrait.

Parce que là ma collègue... on est deux dans mon bureau là, l'autre jour elle m'a chicané là, parce que là je suis en train d'envahir l'autre bureau, le bureau de la stagiaire et le dessus de l'armoire et le meuble de l'ordi. (P)

Le stress au travail se manifeste parfois par de l'impatience ou une incapacité à agir. Deux participantes racontent :

D'être obligée d'attendre après les gens et les réunions, attendre les téléphones des gens là, de communiquer et les réunions que tout le temps quelqu'un est en retard ou il faut attendre trois semaines avant de se réunir parce que tout le monde a un horaire chargé. Moi il faudrait que ça avance vite là, je n'aime pas ça attendre. C'est long. (P)

[...]... je ne devrais pas avoir de difficulté de lui parler (personne en autorité) mais j'ai tellement peur. C'est comme si tu me mettais en avant

là... montre-nous ce que tu es capable de faire t'sais là... [...] [...] J'ai un méchant gros fige. [...] (J)

Toutes les manifestations du TDAH et leurs conséquences augmentent le niveau de stress chez les participants.

En somme, le TDAH a des impacts sur les différentes sphères du fonctionnement des participants. Parfois ces impacts sont positifs, mais en général les effets nommés étaient davantage négatifs. Le tableau 5 constitue une synthèse des principaux facteurs ayant une influence sur le fonctionnement social des adultes ayant un TDAH, et ce, pour toutes les sphères concernées dans cette portion de chapitre.

Tableau 5 Les facteurs facilitant ou entravant le fonctionnement social des adultes atteints de TDAH

<i>Facteurs facilitant le fonctionnement conjugal</i>	<i>Facteurs entravant le fonctionnement conjugal</i>
<ul style="list-style-type: none"> • La complicité • La communication • Le soutien entre conjoint (encouragement) • La connaissance du TDAH • La bonne attitude du conjoint face aux déficits de la personne atteinte du TDAH • La prise de la médication du conjoint atteint du TDAH 	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque de connaissance et de reconnaissance du TDAH par le conjoint • Le manque de communication • L'absence de la prise d'une médication pour le TDAH • Le manque d'encouragement du conjoint
<i>Facteurs facilitant le fonctionnement familial</i>	<i>Facteurs entravant le fonctionnement familial</i>
<ul style="list-style-type: none"> • La connaissance de la problématique du TDAH par tous les membres de la famille • L'acceptation de la différence des membres de la famille • L'implication de tous les membres de la famille (les efforts, l'entraide) • Les efforts de tous les membres de la famille • Les outils compensatoires • La prise de la médication par les membres atteints du TDAH • Le soutien des grands-parents • Le soutien du conjoint 	<ul style="list-style-type: none"> • La non reconnaissance des membres de la famille atteint de TDAH • Le manque d'effort pour compenser les déficits du TDAH • La médication non adaptée • La prise irrégulière de la médication • Les conséquences des manifestations du TDAH • Le manque de persistance • Le manque de routine • Le manque d'organisation • Les manifestations du TDAH
<i>Facteurs facilitant le fonctionnement social</i>	<i>Facteurs entravant le fonctionnement social</i>
<ul style="list-style-type: none"> • La divulgation du TDAH • L'acceptation par les pairs • L'adaptation du réseau 	<ul style="list-style-type: none"> • Le faible réseau social Les manifestations du TDAH • Le manque de connaissance du TDAH
<i>Facteurs facilitant le fonctionnement socioprofessionnel</i>	<i>Facteurs entravant le fonctionnement socioprofessionnel</i>
<ul style="list-style-type: none"> • La divulgation du TDAH • L'acceptation par les pairs • Utilisation d'outils compensatoires • La prise de la médication 	<ul style="list-style-type: none"> • Les manifestations du TDAH • Utilisation inefficace des outils compensatoires • La gêne

5.6 LES STRATÉGIES UTILISÉES PAR LES PERSONNES POUR PALLIER AUX MANIFESTATIONS DU TDAH

Dans les entrevues, les participants ont mentionné, à plusieurs reprises, utiliser des stratégies pour faire face aux manifestations du TDAH. Ces stratégies palliatives ou compensatoires sont davantage reliées aux effets du défaut de l'inhibition comportementale et des fonctions exécutives, résultant du TDAH. À cet égard, la plupart des participants ont utilisé des stratégies pour atténuer leurs déficits mnémoniques, organisationnels et comportementaux, et ce, particulièrement, dans le cadre socioprofessionnel ou familial. Les stratégies mentionnées relèvent 1) du soutien médical et pharmacologique ; 2) de l'aide psychosociale et psychologique et 3) d'une variété d'outils utilisés pour compenser les déficits.

5.6.1 Le soutien médical et pharmacologique

Les participants mentionnent la prise d'une médication comme stratégie aidant à la prise en charge du TDAH. Ils affirment avoir reçu du soutien d'un médecin ou d'un psychiatre. Le suivi médical ou psychiatrique fait en effet partie de la réalité de la majorité des participants. Les deux principaux motifs de consultation, qu'il s'agisse d'un médecin généraliste ou d'un psychiatre, concernent : a) l'évaluation ou la confirmation diagnostique ou encore b) la prescription ou l'ajustement de la médication.

J'ai appelé mon médecin de famille et là j'ai dit... je pense que j'aurais besoin de prendre du Ritalin®. Fait qu'il a dit... des « je pense » ça ne se fait pas bien bien... Là j'en ai parlé avec lui, j'ai pris rendez-vous avec lui, je lui ai parlé de mon problème, que je penserais que je serais TDAH. [...] Fait qu'il a dit... bien regarde écoute... on va commencer à prendre du 20mg et si tu as besoin d'augmenter, bien coup donc on augmentera. (B)

Fait que là je suis allée voir mon médecin pour qu'il me change de médication et il m'a envoyé voir mon psychiatre, que j'ai vu hier et lui il m'a changé de médication. (R)

À l'égard de la prise de médicaments, elle ne se fait pas toujours régulièrement par tous les participants. En fait, diverses causes semblent influencer l'irrégularité dans la prise la médication : (1) le type de médication ; (2) les effets des médicaments et (3) les

symptômes du TDAH. Par conséquent, il arrive que le parcours des participants pour en arriver à une prise régulière de la médication et l'identification de la dose optimale soit parfois long. Une des participantes préfère, quant à elle, utiliser une dose non optimale pour conserver certains effets considérés positifs, du TDAH comme par exemple l'hyperactivité. Dans son cas, un suivi médical soutenu, a été une stratégie mise en place afin de procéder régulièrement à tous les ajustements nécessaires.

[...] mais mon Dieu! Le monde est donc bien au ralenti! Le monde là... parce qu'au début ce n'est pas le fun là (l'effet de la médication). Ce n'était pas le fun là... eh! Non, ça ne va pas assez vite là! Enlève-moi ça ces médicaments-là! [OK, ça n'allait pas assez vite pour toi...] On dirait qu'on m'avait pesé sur pause là, qui n'allait pas vite là. Non je n'aime pas ça, je n'étais pas bien, là je n'aimais pas ça. Parce que ma médication n'est pas optimale, je le sais, mon médecin le sait, on le sait tout mais je ne veux pas qu'elle le soit non plus, parce que je ne suis pas bien. Parce que sinon je me sens comme... je ne sais pas, je n'aime pas ça. (P)

La médication comme stratégie pour diminuer les impacts du TDAH a donné des résultats positifs pour l'amélioration de la vie de famille. Certains participants ont affirmé que la médication leur avait donné plus d'assurance et de fierté ; la médication a permis d'améliorer leurs fonctionnements dans la vie de famille et permis d'aller chercher les outils pour mieux cheminer. Les participants en arrivent tous à la même conclusion : la médication a changé leur vie.

T'sais ce n'est pas toujours facile mais ma vie elle est de même. T'sais comparer à avant là (avant la prise d'une médication pour son TDAH), mon Dieu que je vais bien! Et personne ne me l'avait jamais dit que ce n'était pas ça la vie là! Moi j'ai toujours pensé que c'était ça là! Et ce n'est pas ça! [...](P)

[...] Moi je le dis souvent là, depuis que je prends de la médication là, c'est comme si... c'est une autre vie, ça l'a complètement changé ma vie. [...] au niveau familial bien ça serait peut-être d'autre chose que c'est là... (O)

[...] Bien médicamenté tu es correct, tu peux vivre comme il faut. Tu ne te cherches plus. Parce que je me suis cherchée souvent ce que je fais là... (F).

La prise d'une médication semble être une stratégie facilitant un plus grand contact avec soi (ses émotions), un meilleur autocontrôle. De plus, la prise d'une médication

semble contribuer à la survenue de l'auto-instruction, interne ou à voix haute, pour gérer les affects. Ce dialogue intérieur, qui appelle au calme, semble avoir un effet au plan de la réduction du stress. Les extraits suivants illustrent bien ce phénomène.

Mais moi quand je prends ma médication, je vais mieux.[...]Parce que je suis plus là (présente), je suis plus arrêtée et je me parle. [...] Se parler à nous autres. Se parler, regarde... c'est assez. Regarde... calme-toi ou bien prend de l'air t'sais... ou bien fais d'autre chose et après ça reviens. Va respirer une bonne bouffée d'air t'sais. (J)

[...] [...]Bien il (mon stress) est moins fort par rapport que c'est comme je vous disais, je me voir venir, [...] [...] Je me sens venir fait que là regarde...ton rendez-vous est dans deux heures, stresse-toi pas avec ça... tu sais ce que ça fait... Je suis quand même capable de... pas de me contrôle, de... [De te parler...]Oui et d'agir autrement, de changer ma façon d'agir. (O)

En effet, la prise d'une médication semble donner accès au langage intériorisé (se parler à soi-même), à la réflexion et à la verbalisation des stratégies (prend une bonne respiration pour te calmer), nécessaire pour la résolution de problème.

Outre l'autocontrôle, l'effet de la prise de la médication semble produire une fluidité des pensées et du discours. En fait, la médication semble faciliter la rétention et le rappel d'informations, l'organisation des pensées et enfin donner naissance à un discours plus développé et plus cohérent. Donc, une appréciation positive de sa valeur personnelle comme le démontre ces extraits.

C'est juste le fait que je sois capable... que j'aie beaucoup plus de mémoire et puis que je sois moins dans le brouillard qu'avant. [...] Et là bien je me suis arrêtée et dans la conversation que j'ai eue, il y avait vraiment un développement beaucoup plus intelligent des discours que je tenais avant là. Et puis ça c'est... le Ritalin® là il a aidé beaucoup de ce côté-là, il a aidé beaucoup aussi à mon discours, qui était beaucoup plus cohérent que les discours que je tenais avant. [Et comment tu t'es sentie à ce moment-là?] Forte et très en assurance, ce que je n'étais pas avant. [...]Avant j'étais tout le temps dans l'incertitude et je fais tu bien les choses, c'est tu correct... Et maintenant, non, je fais bien les choses et je suis une adulte et je suis une femme qui avance bien dans la vie. (B)

[...] J'ai parlé [...] pendant la journée là, ça coulait... [Ah! Les mots sortaient là...] Oui! Parce que je l'ai le vocabulaire, c'est juste que des fois il ne se place pas tout le temps comme je voudrais et là ça coulait, j'ai raccroché, j'ai fait... eh! J'ai dit ça moi? (V)

De plus, l'effet de la prise de la médication paraît diminuer les oublis, augmenter l'efficacité au travail, maintenir l'énergie plus longtemps dans la journée et augmenter l'estime des participants. Alors, en considérant tout cela, on peut prétendre que cette stratégie d'une prise de médication accroît la qualité de vie familiale, mais a également des impacts dans toutes les sphères de vie.

Au début c'est sûr que j'avais de la misère avec l'humeur, ça jouait beaucoup sur mon humeur. Mais le résultat positif (de la médication) en valait amplement la peine. Et plus que ça allait, plus que j'avais de l'assurance, plus que j'étais fière de moi, de tout ce que je faisais. C'est clair que de mon côté, une plus grosse estime de moi-même et puis une belle qualité de vie qui s'en vient là. Ça là je ne retournerai jamais sans médication, [...] (B)

[...] quand je prenais le Concerta® j'avais l'impression d'avoir... je n'étais pas fatiguée comme ça rendue à 4h00. Fait que j'arrivais ici à la maison et oui j'étais patiente, j'étais plus... (patiente) Mais... c'est ça, oui. (V)

Et quand je prends la pilule, j'arrive le matin, je fais mes notes et tout mes dossiers et ça me tente même pas de me lever la tête parce que je suis là et je les fais et ça me tente pas d'appeler et... Ça avance tellement vite là!(V)

5.6.2 Le soutien psychosocial et psychologique

Outre le suivi médical, certains participants ont été suivis par un psychologue ou par un travailleur social que ce soit à travers un établissement du réseau ou encore un organisme communautaire. Le soutien psychosocial ou psychologique, que ce soit en intervention individuelle ou de groupe, a été mentionné comme une stratégie ayant un impact positif sur le fonctionnement familial. Deux des participantes ont souligné les bienfaits du suivi avec un psychologue en ce qui a trait à la gestion de leur impulsivité et de leurs émotions. L'extrait suivant témoigne le démontre bien.

[...] je suis allée voir un psychologue pour gérer l'agressivité, la colère et l'impulsivité. Prendre des outils, des moyens pour comme... j'ai tout ça sur le bureau et pour ma fille aussi, ma fille elle l'a aussi (le TDAH). (F)

Certaines des participantes ont été soutenues par des intervenantes sociales d'organismes communautaire (71,4%), que ce soit pour les difficultés de leurs enfants ou les leurs. La participation à ces groupes d'intervention psycho-éducative leur a notamment permis d'acquérir des connaissances sur la problématique du TDAH, les habiletés sociales comme la communication avec leurs enfants. Elle a aussi permis l'apprentissage d'outils pour faciliter la gestion des émotions des participants et des membres de la famille comme l'expliquent ces participants :

[...] bien dans le cours avec (nom de l'intervenante) sur le TDA pour les enfants, un moment donné il y avait un genre de... un outil là... ils appellent ça... c'est comme une lumière... comme les lumières... jaune, rouge, vert... [Oui, OK...] Bien quand la lumière est verte, OK on est réceptif, on jase, ça va bien. Jaune bien là ça serait le temps que tu te lèves là, parce que papa ça s'en vient là, là elle commence à tirer sur le rouge là... Quand je dis que la lumière est rouge là, elle (sa fille) sait ce que ça veut dire, on lui a expliqué et elle l'a appris. [Oui...] Et c'est un outil que je me sers. (O)

5.6.3 La variété d'outils utilisés

Plusieurs variétés d'outils sont utilisées pour faciliter la mémorisation. Les outils classiques (l'agenda et le calendrier), les outils aide-mémoire (les mémos, les listes) et finalement les outils technologiques comme les téléphones intelligents. Le tableau 6 situe la proportion de participants utilisant chacun des types d'outils.

Tableau 6 Les outils techniques pour compenser les manifestations du TDAH

Genre d'outils	Sortes d'outil	% de sujets utilisant l'outil
Outils classiques	Agenda	62,8 %
	Calendrier	50 %
Outils aide-mémoire	Mémos	62,8 %
	Listes ou	50 %
	Feuilles de route	25 %
Outils technologiques	Cellulaire	25 %
	Téléphone intelligent (Blackberry)	25 %

Les outils classiques

Quatre types d'outils sont utilisés par les participants afin de faciliter la mémorisation. D'abord, on retrouve les outils que l'on considère comme étant des classiques, en ce sens qu'ils sont utilisés par nombre d'individus, qu'ils aient ou non un TDAH soit : l'agenda et le calendrier. Ces outils sont utilisés pour les rappels à court, moyens et long terme. L'agenda est un outil qui peut être mobile, tandis que le calendrier est plutôt statique. L'agenda est surtout utilisé dans le contexte du travail par les participants. Néanmoins, quelques participants (25 %) l'utilisent ou souhaitent son utilisation dans le milieu familial étant donné les bienfaits de son utilisation dans le milieu du travail.

[...] j'écris des choses personnelles dans l'agenda à l'ouvrage. Fait que je m'en suis acheté un de 2011 mais là on commence à en écrire des choses pour janvier. Fait que oui... et j'ai dit à mon chum... cet agenda-là je veux qu'il soit sur le comptoir et je veux que tout le monde le voit et qu'il y ait pas juste moi là qui soit à jour dans mes affaires. [Donc ça devient un moyen au niveau de la famille l'agenda...]Oui.[C'est un moyen que tu vas expérimenter...]Oui et je suis sûre que ça va fonctionner. (V)

Par ailleurs, on note que la façon d'utiliser l'agenda diffère chez les participants. En fait, l'agenda peut-être utilisé d'une façon sélective lorsqu'il est combiné avec d'autres outils organisateurs. Ainsi, l'agenda peut être utilisé pour y inscrire les dates des réunions

tandis que les tâches à accomplir et les rendez-vous figurent sur une liste, nommée feuille de route personnalisée. Cet outil, plus explicite, permet une meilleure coordination des activités journalières. Alors que pour d'autres, l'agenda est le seul moyen utilisé comme aide mémoire et il se trouve utilisé à son plein potentiel : c'est-à-dire que tout, sans exception y est inscrit.

Il est intéressant de relever que pour certains participants, le simple fait de noter à l'agenda est suffisant pour mémoriser ; alors que pour d'autres, il est non seulement important de noter, mais l'agenda doit être consulté fréquemment pour se remémorer les écrits.

[...] Et même chez nous dans ma tête des fois je me dis... ah non! Demain t'sais... et je le vois (ce qui est inscrit dans l'agenda) dans ma tête. Et je le sais quand j'ai des réunions aussi, c'est écrit comme... (dans la tête) (P)

[...] il est tout le temps sur mon bureau et je le sors, je le manipule 40 fois par jour pour savoir quel client qui s'en vient et... [...] Des fois je tourne mes pages... ah! bien regarde donc! J'ai ça à faire, je ne me souvenais plus pantoute, s'il n'aurait pas été écrit, j'aurais passé free. (O)

On observe que l'agenda est efficace comme aide-mémoire dans la mesure où certaines conditions s'appliquent. En effet, pour être efficace, l'agenda doit être rangé au même endroit et être visible. L'agenda n'est toutefois pas un outil infallible : s'il aide, il ne permet pas d'éviter tous les oublis. Néanmoins, on observe que tous les participants qui utilisent des outils aide-mémoire (62,5 %) ont recours à plus d'un moyen afin de ne rien oublier.

En ce qui concerne le calendrier, on note qu'il est utilisé davantage comme aide-mémoire dans le milieu familial. L'efficacité de cet outil est directement reliée à sa consultation. En effet, l'outil est efficace s'il est consulté régulièrement. On remarque que le conjoint, non atteint de TDAH, favorise l'efficacité du calendrier en rappelant aux participants les notes inscrites sur celui-ci, par exemple les rendez-vous des enfants.

Dans un autre ordre d'idée, le calendrier peut être aussi utilisé comme un outil organisationnel, tout comme l'agenda. En effet, pour un participant, le calendrier sert de référent pour la famille. Tous les horaires, de travail, école et garderie y sont inscrits, en plus de toutes les tâches à effectuer. C'est ainsi que le calendrier est alors utilisé avec une légende et des codes pour être efficace.

[...] Et pour mettons les bacs de recyclage aussi, sur ces calendriers de couleur-là j'ai un autre petit point qui veut dire ça c'est le recyclage, il faut que tu ailles le porter la veille. Et ça c'est mis sur mon frigidaire, fait que n'importe qui peut y aller et il sait avec la légende à côté, telle couleur veut dire telle chose, telle couleur veut dire telle chose...[...] Un excellent résultat parce que je peux dire que maintenant on sait exactement tout ce qu'on fait. (B)

Le calendrier comme moyen mnémonique peut devenir non efficace 1) lorsque les participants oublient de le consulter, et ce, même lorsqu'il est placé dans un endroit stratégique; 2) quand il n'y a pas de rappel fait par un tiers ; 3) si l'information transmise par un tiers n'est pas utilisée ou retranscrite immédiatement.

Les outils aide-mémoire

Comme aide-mémoire, les mémos et les listes sont utilisés comme rappel à court et moyen terme. En fait, les mémos sont plutôt notés promptement tandis que la liste est plus élaborée et susceptible d'être employée dans le moyen terme. Les mémos et les listes sont utilisés dans les contextes familiaux et professionnels.

On observe que le mémo peut être écrit sur différents médiums : soit sur un papier collant de type « *pense-bête ou post-it* » ou un bout de papier ou sur un tableau effaçable ou un tableau papier adaptée aux exigences du travail ou soit sur une partie du corps.

[...] Ça va arriver que mes mains sont pleines de bleus (encre bleu) parce que j'écris pas sur les papiers, j'écris sur mes mains...(J)

Le mémo peut être écrit par les participants ou un tiers afin de rappeler aux participants l'objet à se souvenir. On relève un phénomène intéressant chez certains

participants (28,5%). En fait, on a observé que souvent c'est le fait d'écrire qui rend le mémo efficace. En effet, le fait d'écrire le mémo pour certains participants permet la mémorisation de celui-ci.

[...] L'écrire moi je trouve que ça fait bien, je ne sais pas... c'est... et je le vois très bien ce que j'ai écrit là. [OK, ça te permet de voir...] Oui, de revoir... mettons le... Exemple la page que j'ai écrit là, parce que c'est une page importante, là je me revois en train d'écrire... quelle page... OK, c'est ça qui... je revois vraiment là... je réussis à...(O)

On observe que l'emplacement du mémo rend celui-ci efficace. En effet, lorsqu'un tiers laisse un mémo et que celui-ci est placé dans un endroit stratégique, bien en vue, alors le mémo devient efficace à la condition que le participant exécute immédiatement la note inscrite.

[...] Elle me laisse une petite note, c'est écrit, c'est palpable, c'est là là. T'sais c'est palpable, c'est là, c'est écrit fait que la feuille si... elle me la met vraiment genre... elle la colle dans la porte de la maison fait que quand j'arrive j'ai la feuille là. Me ferais-tu telle brassée de lavage ou le lave-vaisselle ou des choses comme ça là, elle m'aide beaucoup. [...] Il faut que je le fasse immédiatement. (O)

Les mémos à l'aide de «*pense-bête ou post-it*», ou de papier sont non efficaces lorsque les participants oublient à quels endroits ils sont rangés. De plus, ils sont inefficaces lorsqu'il se produit de l'interférence entre le moment de la lecture de la note et son exécution. En effet, comme nous explique un participant, si son attention est détournée, il oublie la tâche à réaliser.

[...] ... t'sais des rendez-vous chez le pédiatre et tout là, bien je les écrivais un peu partout, sur différents papiers et je perds le papier. Fait que là je ne sais plus... (V)

[...] Bien si je prends la note, je l'enlève d'après la porte et je la mets sur le comptoir, je vais l'avoir lu la note mais... si je fais d'autres choses, il y a un de mes enfants qui me parle... [...] Ça risque... ça peut arriver que je le fasse là, mais comme ça peut arriver que si ma petite fille... hein ! Papa viens ici un peu, mes devoirs... oui... c'est fini, terminé là. (O)

Dans le contexte du travail, les listes, nommées feuilles de route par les participants qui les utilisent ont un rôle de garde-fous nécessaires pour prévenir les omissions, les oublis, qui peuvent avoir des conséquences fâcheuses dans certains milieux de travail comme par exemple le milieu hospitalier. Ces listes ont pour objet de dresser un tableau des tâches ou actions à accomplir et leurs structures favorisent la vérification des tâches à effectuer et de ce fait, prévenir les oublis. Ces listes sont des moyens pour être plus fonctionnels et professionnels. Certains participants (28,5 %) se fabriquent des listes pour être plus méthodiques ou ils adaptent les outils du milieu de travail pour éviter les erreurs causés par le défaut de mémoire.

[...] Par exemple j'ai des documents là, j'ai... une semaine là j'ai mes cinq jours tout divisés le matin, j'ai tout des petits carreaux là et tout lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, j'écris mes rendez-vous là. Je les fabrique moi-même là, ils sont beaux, c'est des couleurs, je les fais en fluo. Quand j'ai fait ma note, je le barre en jaune fluo. Quand j'ai fait la stat, il est écrit à côté un petit OK en bleu. J'ai des codes de couleurs là, (P)

[...] des fois la personne avec moi elle voudrait faire la feuille de route et la faire photocopier, mais si elle n'est pas faite à ma façon, je la prendrai pas et je lui dis... non non! Je vais faire la mienne, au pire tu prendras une photocopie de la mienne, parce que moi j'écris tout tout tout et tout [...] je l'écris et je me mets une ligne. Et à la fin de la journée, il faut que toutes mes lignes soient remplies. S'il y a une ligne de pas remplie c'est parce que j'ai oublié quelque chose. Fait que ça c'était mon truc [...] pour ne pas avoir de problème. [...] Comme ça je n'oublie rien. (V)

À propos des listes comme aide-mémoire, on observe que cet outil peut être efficace à certaines conditions, tout comme le mémo : 1) lorsque la liste est utilisée avec un autre outil mnémotechnique ; 2) la liste reste à portée de main et ; 3) la liste soit écrite de la main du participant. En effet, pour certains participants le fait d'écrire eux-mêmes leur liste, leur permet de se la remémorer.

[...] Normalement quelqu'un qui se dit... il va le marquer mettons sur une petite liste, commissions, quelque chose de même, une petite liste de commissions, je vais la perdre c'est sûr et certain. Le mettre sur mon frigidaire, je vais oublier de l'apporter. Fait qu'il faut que je le mette dans quelque chose que je vais avoir toujours sur moi en permanence. (B)

[...] Je pense que oui et à écrire les affaires là et à... faire mes petites listes même si je les perds toujours. Au moins je l'ai écrit et quand je l'ai écrit je le sais. Il est comme imprimé dans ma tête. Et là il me reste juste à savoir... OK, il est où et... (V)

Les outils technologiques

Les outils technologiques sont utiles dans les contextes familiaux et professionnels selon les participants utilisateurs de ces appareils (50 %). Les participants ont surtout parlé des cellulaires et des téléphones intelligents. Ces appareils sont dotés d'agendas et d'outils pour créer des mémos et des listes. De plus, la fonction sonore ou vibratoire permet le rappel à court, moyen et long terme.

Mon téléphone intelligent qui m'aide aussitôt que j'ai quelque chose à faire, toutes mes commissions... exemple je dis... ah! Il faudrait que j'achète je ne sais pas moi... des crochets pour mettre mes lumières dans le couloir. Normalement quelqu'un qui se dit... il va le marquer mettons sur une petite [...] liste de commissions, je vais la perdre c'est sûr et certain. Le mettre sur mon frigidaire, je vais oublier de l'apporter. Fait qu'il faut que je le mette dans quelque chose que je vais avoir toujours sur moi en permanence. Fait que je le mets là-dedans. (B)

[...] Là j'écris mes rendez-vous dedans et même des fois... bien regarde comme tantôt je l'ai entendu vibrer, je l'ai senti fait que je suis allée voir et j'ai fait... ah! C'est vrai, j'avais écrit ça... Et des fois il se met à sonner pour... la coiffeuse, ou n'importe quoi et je fais... ah! Mon Dieu! C'est vrai, je n'y pensais plus ou t'sais... [...] Mais quand il sonne, je ne me souvenais plus que je l'avais mis dedans. C'est comme... ah! Comme ça tantôt je ne me souvenais plus que je l'avais écrit dedans. (V)

On observe que les outils technologiques sont des instruments très efficaces pour les participants. Pour que ces outils soient efficaces, ils doivent être en permanence à portée de main. Les outils technologiques sont non efficaces lorsqu'ils sont égarés ou utilisés sans automatisme.

5.6.4 Les autres stratégies

Pour terminer cette partie qui présentait les stratégies utilisées par les personnes pour pallier aux manifestations du TDAH, retenons que certaines stratégies ont été discutées

dans certaines parties précédentes lorsque nous avons abordé les facteurs facilitant le fonctionnement des participants dans les sphères à l'étude. Rappelons que certains conjoints sont très aidant pour l'organisation de la vie familiale et éviter les oublis. Certains participants ont pallié à la procrastination en adoptant un mode de fonctionnement qui se traduit par «faire tout de suite». Cette stratégie semble être gagnante pour ceux qui l'utilisent. Pour une participante l'écriture, sous forme de griffonnage, semble être un facteur facilitant la concentration. Elle spécifie qu'elle doit faire deux choses en même temps pour garder sa concentration et ainsi être capable d'écouter. À ce propos, elle explique :

[...] en réunion je m'arrange pour écouter là. [Comment tu fais ça?] Bien je fais d'autre chose en même temps, je dessine, je dessine des fleurs tout le temps. [OK. Fait que ça, ça te permet de...] Oui, je dessine et j'entends. Si je ne dessine pas, là je pars dans la lune. (P)

En ce qui concerne l'impulsivité, il semble que la médication soit l'élément qui permet d'instaurer un processus fonctionnel gagnant : délai pour réfléchir, délai pour se parler à soi-même (dialogue interne) ce qui favorise l'autocontrôle. La médication a également un effet sur l'hyperactivité. Un fait intéressant, aucun des participants n'a nommé les activités physiques comme stratégies compensatoire.

5.7 SYNTHÈSE DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

Ce chapitre a permis de percevoir la réalité des adultes atteints de TDAH. Tout d'abord, les participants ont communiqué leurs perceptions, leurs compréhensions de leur trouble en utilisant des métaphores pour se faire comprendre. Par la suite, ils se sont exprimés sur les répercussions des symptômes du TDAH à partir de leurs sphères de vie : conjugale, familiale, sociale, scolaire et professionnelle. Ensuite, ils ont discuté des facteurs aidant leur fonctionnement et par le fait même de ceux gênant celui-ci. Finalement, ils abordé leurs expériences dans la mise en place de moyens compensatoires pour faire face aux manifestations du TDAH dans leurs quotidien. Dans l'ensemble, les participants se sentent satisfaits de leur fonctionnement en général. Ils reconnaissent leurs

difficultés et les répercussions de celles-ci. Ils nomment les efforts qu'ils font pour améliorer leur fonctionnement et reconnaissent que celui-ci a un impact dans toutes les sphères de leur vie. En somme, la plupart des participants sont en quête d'un bien-être, d'un mieux-être dans toutes les sphères de vie.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

L'objectif général de ce mémoire était de mieux comprendre le fonctionnement social et les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes ayant d'un TDAH. Quatre objectifs spécifiques ont guidé cette étude afin de mieux connaître le fonctionnement de ces adultes aux plans conjugal, familial, scolaire, social et socioprofessionnel. D'abord, nous voulions explorer les principales répercussions du TDAH (objectif 1) et identifier les facteurs qui facilitent et nuisent au fonctionnement de ces adultes (objectif 2). Par la suite, nous souhaitons rendre compte des différents défis auxquels ces adultes ayant un TDAH sont confrontés au quotidien (objectif 3). Finalement, nous voulions connaître les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes ayant un TDAH pour faire face aux difficultés de fonctionnement qui émergent de ce trouble (objectif 4). Nous considérons avoir atteint, à des degrés divers, les objectifs visés par cette étude. En effet, à travers la collecte de données, que ce soit via les questionnaires ou encore l'entrevue semi-dirigée, nous avons pu colliger du matériel pour chacun de ces objectifs. Il nous semble toutefois que les objectifs 1, 2 et 3 soient davantage documentés que le quatrième. Nous y reviendrons dans ce chapitre.

Dans les pages qui suivent, nous ne reviendrons pas sur tous les résultats issus de cette étude, plutôt nous insisterons sur ceux qui nous paraissent marquants. Ces derniers seront discutés à partir du cadre conceptuel de cette étude et des écrits recensés aux chapitres 1 et 2. De façon plus spécifique, la discussion comportera cinq sections : 1) les répercussions du TDAH ; 2) les facteurs facilitant, les obstacles et les défis associés au TDAH ; 3) les stratégies de *coping* ; 4) les forces, limites et biais de l'étude et 5) les recommandations pour le travail social.

6.1 LES RÉPERCUSSIONS DU TDAH AU PLAN DU FONCTIONNEMENT

L'objectif de décrire les principales répercussions du TDAH au plan du fonctionnement conjugal, familial, scolaire, social et socioprofessionnel est largement atteint. En effet, tous les participants ont témoigné des répercussions du TDAH sur leur fonctionnement ce qui nous amène à identifier plusieurs constats. D'une part, nos résultats

indiquent que la majorité des manifestations du TDAH ont des répercussions négatives dans la vie des participants. C'est notamment le cas de la procrastination, du manque de mémoire et du manque d'organisation. Ces manifestations, sembleraient avoir plus d'impacts que les autres en ce qui a trait au fonctionnement des individus. Il en sera plus spécifiquement question dans cette section. D'autre part, certaines manifestations, en plus d'avoir des répercussions négatives, ont des impacts positifs dans la vie des participants. En effet, nos données indiquent que l'impulsivité et l'hyperactivité ont à la fois des effets positifs et négatifs sur le fonctionnement. Enfin, le troisième constat qui émerge de nos résultats concerne le lien entre le diagnostic et le fonctionnement des participants. En effet, il a été observé que l'impact des manifestations (notamment au niveau de la procrastination et de l'organisation) diffère selon que les individus ont un diagnostic de trouble du déficit de l'attention (TDA) ou un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Dans les lignes qui suivent, il sera question des trois principales manifestations du TDAH que sont la procrastination, le manque de mémoire et le manque d'organisation et de leurs impacts.

6.1.1 La procrastination

Un premier constat apparaît dans nos résultats en lien avec la procrastination. En fait, les adultes atteints de TDAH que nous avons rencontrés, utilisent trois formes de procrastination dans leur vie quotidienne : a) la procrastination d'évitement (i.e. repousser les activités désagréables), b) la procrastination d'excitation (i.e. retarder le démarrage ou l'achèvement des tâches par un besoin de sensations fortes, comme par exemple s'activer à la dernière minute pour respecter un délai) et c) la procrastination décisionnelle (i.e. difficulté à prendre des décisions). L'analyse de nos résultats va dans le même sens que ceux de Ferrari et Tice, (2000) quant à l'existence de plusieurs formes de procrastination. Lorsque nous observons de plus près nos participants, il appert que ceux ayant un TDAH, utilisent davantage la procrastination d'excitation, alors que ceux ayant un TDA seraient plus enclins à utiliser les deux autres formes. Ces auteurs affirment que la procrastination d'excitation est utilisée afin d'éprouver une excitation agréable au moment de se précipiter

dans l'action (Ferrari et Tice, 2000). La sensation agréable serait liée à une réaction du système endocrinien et plus spécifiquement à la libération de deux hormones : l'adrénaline et la noradrénaline (Rathus, 2000). L'étude de Niermann et Sheeres (2014), portant sur la relation entre la procrastination et les symptômes du TDAH (inattention, hyperactivité et impulsivité) conclue toutefois que la procrastination n'est pas associée à l'hyperactivité, mais plutôt à l'impulsivité et au trouble de l'attention. Nous pensons différemment. Nous croyons que l'activation à la dernière minute pour respecter un délai augmente l'adrénaline, l'hyperactivité, nécessaire pour démarrer la tâche.

On constate dans la procrastination d'évitement ou décisionnelle, un phénomène de désengagement lié à l'estime de soi et à la performance retrouvé chez les participants ayant un TDA. Ces derniers ont tendance à accumuler les tâches ennuyeuses ou à ne pas s'investir dans l'organisation des activités dans la sphère familiale ou sociale. Les résultats ont montré un désengagement lié à deux facteurs : a) le manque de reconnaissance de l'entourage face aux efforts effectués dans le passé au regard de ces tâches et b) le manque de confiance personnelle face à ses capacités de performer dans ce type d'activité. Notre analyse montre que la procrastination d'évitement peut également se traduire par une difficulté à s'activer lorsqu'une tâche est sans intérêt pour eux. Nos résultats sont soutenus par ceux de Ferrari et Tice (2000). En effet, ces auteurs parlent de la procrastination d'évitement comme un retardement des activités perçues comme désagréables (Ferrari et Tice, 2000). Ces auteurs prétendent que cette forme de procrastination est une mesure de protection, un moyen d'éviter une situation qui pourrait être défavorable pour l'image de soi au regard de l'estime de soi et/ou de la performance personnelle (Ferrari et Tice, 2000).

La procrastination d'évitement, parfois perçue comme un manque de volonté, peut, selon Brown (2009), s'expliquer par un dysfonctionnement des fonctions exécutives. Il semblerait que les réseaux de gestion des fonctions exécutives nécessaires pour l'accomplissement des activités s'activeraient ou se désactiveraient inconsciemment selon l'intérêt pour la tâche à produire (Brown, 2009a). On constate que la procrastination cognitive (l'indécision) est perçue par certains participants comme faisant partie de leurs

difficultés organisationnelles. En fait, l'organisation est directement liée avec des processus décisionnels. L'analyse de l'information lors d'une prise de décisions implique le facteur temporel. Les résultats des études sur la procrastination suggèrent que l'indécision serait une résultante d'une rumination mentale tenant compte des événements positifs ou négatifs du passé et d'une orientation négative du futur (Díaz-Morales, Ferrari et Cohen, 2008). Ici, on peut faire des liens avec la rumination et l'hyperactivité mentale telle que décrite par les participants. On peut faire l'hypothèse que l'hyperactivité mentale peut être un facteur de l'indécision retrouvée chez certains de nos participants. Finalement, les répercussions de ces trois formes de procrastination utilisées chez nos participants sont jugées en majorité plus négatives que positives.

6.1.2 Le manque de mémoire

L'analyse de nos résultats a montré que tous les participants qu'ils aient un TDAH ou un TDA ont rencontré des difficultés de gestion de l'information de l'ordre de l'enregistrement, de la rétention et du rappel. On remarque deux éléments impliqués dans le phénomène des oublis chez les participants : a) l'hyperactivité mentale et b) l'interférence ou l'interruption. En fait, l'hyperactivité mentale, résultant du déficit de l'inhibition, surcharge la mémoire de multitude d'informations ce qui engendre une perte informative: 1) du fait de la capacité limitée de la mémoire à court terme. En effet, la capacité de rétention de la mémoire de travail de travail se limite à 7 ± 2 éléments, et ce, durant une très courte période de temps (Ruthus, 2000) ; 2) du fait, du déficit de l'inhibition comportementale qui restreint la conservation active de l'information principale en mémoire pendant l'analyse d'une autre information secondaire et qui freine le retour à l'information première (Barkley, 1997a ; 1997b ; 1998). Nous pensons que l'hyperactivité mentale, en plus d'être un facteur responsable des oublis, est aussi un facteur non négligeable à prendre en compte dans les difficultés relationnelles et communicationnelles des couples et des familles. Le deuxième élément impliqué dans le phénomène des oublis est l'interférence ou l'interruption. On constate chez les participants une incapacité à traiter plusieurs sources d'informations en même temps ou encore à déplacer son attention entre

différentes sources. Par exemple, revenir à une première demande après une distraction comme celle de se souvenir de faire une brassée de lavage après avoir été interrompu par une demande d'un enfant. Que ce soit le produit d'une interférence ou d'une interruption externe ou interne, le résultat est le même chez les participants: l'oubli d'une première information. Les difficultés dans la gestion de l'information, de par l'hyperactivité mentale ou l'interférence, se répercutent dans plusieurs sphères de vie des participants. Nos résultats sont confirmés par ceux de plusieurs auteurs (Barkley, 1997, 1998; Massé, 2011 ; Wassertein, 2001 ; Caron, 2002 ; Drouin et Huppé, 2005).

L'analyse de nos résultats a montré que les répercussions de la défaillance de la mémoire à court terme sont plus importantes dans le domaine professionnel, malgré que cette difficulté ait également des conséquences non négligeables dans les sphères conjugale et familiale. En effet, on constate que les participants cherchent davantage à dissimuler les conséquences de leur trouble de mémoire dans le milieu professionnel. Par exemple, dans le cadre professionnel de la santé, un participant raconte ne pas être capable de se rappeler les informations recueillies auprès d'un patient alors qu'il doit les rapporter à un autre collègue. Ces oublis engendrent des malaises importants chez ce participant en raison de leurs incidences élevées. La prise de conscience des dysfonctionnements de la mémoire à court terme chez certains participants génère du stress au travail, de l'anxiété et de l'isolement social. Les participants s'expriment rarement sinon jamais sur le processus non fonctionnel de leur mémoire dans le milieu professionnel. La peur du jugement des autres, en est l'élément responsable. Néanmoins, la crainte de commettre des erreurs, du fait des oublis, a comme répercussion positive une recherche des pistes, des moyens pour éviter les erreurs professionnels possibles. En fait, c'est dans le milieu professionnel que les adultes atteints de TDAH recherche davantage de moyens pour diminuer les répercussions du TDAH. Tout compte fait, il est plus facile de dissimuler les répercussions du dysfonctionnement de la mémoire que celles du manque d'organisation.

6.1.3 Le manque d'organisation

Au même titre que les écrits recensés dans le chapitre 1, nos résultats mettent en évidence les difficultés d'organisation chez les participants. En effet, le TDAH est une condition qui restreint la capacité de développer, de maintenir et d'organiser la vie quotidienne (Kolberg et Nadeau, 2002). Que ce soit dans le milieu professionnel ou familial, nous pensons que le manque d'organisation n'est pas indépendant de la qualité attentionnelle, du trouble de la mémoire et de la procrastination. Ces trois derniers éléments forment une boucle interactive qui entraîne des problèmes dans toutes les sphères de vie des participants.

« La stimulation est importante dans toute les fonctions mentales. Elle contribue pour une bonne part à l'attention, à la perception, à la mémoire, à l'émotion et à la résolution de problèmes. Sans stimulation, nous n'observons pas ce qui se passe, nous ne remarquons pas les détails. Mais une stimulation trop grande n'est pas bonne. Si vous êtes trop excité vous devenez tendu, anxieux et non productif. Vous devez recevoir le bon niveau de stimulation afin de fonctionner de façon optimale (LeDoux, cité dans Maté, p.148) ».

On constate des différences dans le fonctionnement organisationnel chez les participants ayant le TDA ou le TDAH. Les résultats de notre étude montrent que le degré des difficultés organisationnelles est plus élevé chez les participants atteint de TDA. En fait, ils sont plus enclins à la procrastination d'évitement. Ils ont besoin d'une stimulation plus forte pour se mettre dans l'action ou une crainte d'une conséquence négative importante pour se mettre en action.

Nous pensons que l'activation est en relation étroite avec le degré d'énergie produit par la motivation, le stress (Brown, 2009). Le désengagement ou la démission face à l'effort à produire pour accomplir une tâche, abaissent le niveau du stress. Par ce fait, la chimie du cerveau ne peut produire les hormones nécessaires pour l'activation. Nous pensons que le niveau d'énergie est l'élément central expliquant plusieurs des difficultés organisationnelles et comportementales chez nos participants qu'ils soient TDA ou TDAH. Par ailleurs,

l'encouragement et les récompenses sont les éléments dont ils ont besoin pour avoir un meilleur fonctionnement.

6.2 LES FACTEURS FACILITANT, LES OBSTACLES ET LES DÉFIS ASSOCIÉS AU TDAH

Au-delà des manifestations du TDAH, d'autres facteurs ont été identifiés dans cette étude comme ayant un impact sur le fonctionnement social global des adultes rencontrés. Ces facteurs sont recensés dans le tableau 5 (section 5.5) du chapitre qui présente les résultats. Sans revenir sur tous les facteurs facilitant, les obstacles ou les défis associés au TDAH, nous souhaitons ici mettre l'accent sur certains des éléments qui nous paraissent avoir le plus d'impact sur le fonctionnement des individus. Ces facteurs sont d'ordre individuel et environnementaux, il s'agit : a) de la conscience du TDAH et, b) du soutien social, c) de la prise de médication.

6.2.1 La conscience du TDAH

Les participants ayant une conscience intériorisée des symptômes du TDAH perçoivent les situations stressantes comme des défis à relever alors que les autres les perçoivent comme une menace ou une perte possible pour leur bien-être. On croit que la conscience du TDAH est un facteur influençant l'évaluation des situations stressantes et de ce fait mène vers le choix des stratégies efficaces, qui perdurent dans le temps. Les données de notre étude ont montré que les participants qui utilisent de meilleures stratégies d'adaptation, ont une plus grande conscience de leur trouble et de ses manifestations. Cette conscience va au-delà des connaissances théoriques sur le TDAH et ses manifestations; nous faisons ici référence à une intériorisation de ces connaissances qui a pour effet chez les participants une prise de conscience des répercussions qu'a le TDAH sur eux et dans leur vie. Nous observons que, plus cette prise de conscience est élevée, plus les choix de stratégies sont pertinents, donc plus le fonctionnement de ces individus est adapté. Dans notre échantillon, deux des huit personnes ont atteint ce niveau d'intériorisation et nous observons un meilleur fonctionnement dans toutes les sphères de vie. Ces participants sont

en mesure de se recadrer par eux-mêmes. Par exemple, lors d'une situation de stress qui demande une gestion des impulsions, ces participants commencent par évaluer la situation stressante par rapport à l'effet qu'elle produit sur eux et sur les autres. Ils reconnaissent leur état émotionnel, le risque d'agir impulsivement dans la situation évaluée comme une menace pour le bien-être. Ces participants gèrent leurs réactions impulsives et rapportent à plus tard le moment pour évacuer les émotions retenues.

6.2.2 Le soutien social

Le soutien social est d'une importance cruciale pour le fonctionnement des personnes ayant un TDAH. Qu'il s'agisse du soutien du conjoint, du soutien de membres de la famille, du soutien d'amis ou encore de collègues de travail, cette dimension surpasse toutes les autres lorsqu'il s'agit de poser un regard sur les facteurs qui ont un effet positif sur le fonctionnement de ces adultes. Cela rejoint les études qui indiquent que le soutien social est une composante essentielle du rétablissement en santé mentale (Caron et Guay, 2005).

« Le soutien des proches atténuerait l'impact du stress en offrant des solutions aux problèmes de l'individu, en réduisant l'importance perçue de l'évènement stressant, en facilitant l'adoption de cognitions rationnelles et en diminuant les réponses comportementales inadaptées (Caron et Guay, 2005, p. 20). »

Toutefois, pour que le soutien soit rendu possible et être bénéfique sur la santé et le bien-être, différentes conditions doivent être remplies. D'une part, il faut que les personnes ayant le TDAH soient prêtes à divulguer leur trouble, car en l'absence de cette divulgation, l'entourage ne peut offrir du soutien spécifique aux manifestations du TDAH. Et pour que la divulgation soit possible et qu'ultimement les proches acceptent la présence du trouble, il faut d'abord que la personne accepte son état. L'acquisition et le partage de connaissances sur le TDAH aident autant la personne touchée, que les proches, à accepter le diagnostic et, à demander de l'aide. Nos résultats le montrent bien. En effet, la plupart des participants ont obtenu du soutien sous différentes formes pour résoudre certains problèmes engendrés par le TDAH. Que ce soit de l'ordre du soutien émotif, de l'aide à l'intégration sociale, du

soutien de valorisation personnelle, du soutien informatif ou une aide tangible (Caron et Guay, 2005), la divulgation du TDAH dans les écosystèmes a été bénéfique.

Évidemment, divulguer, implique une part d'inconnu, qui peut être source de stress. L'analyse de nos résultats montre que la connaissance et la compréhension du TDAH sont des éléments modérateurs de stress ; un point de départ de l'acceptation du TDAH, de sa divulgation et de l'obtention de soutien. On constate que l'évaluation de la divulgation est perçue chez nos participants soit comme une menace ou un défi. C'est principalement dans les sphères professionnelle et sociale que l'évaluation de la divulgation est perçue comme une menace. De ce fait, la demande de soutien devient problématique chez certains participants. En fait, les participants n'ont ni le contrôle sur l'effet de la divulgation ni sur la réaction d'autrui. Il y a un aspect imprévisible. Face aux choix de divulguer sa différence ou non la grande question est : « Comment réagira l'entourage ? Me ferai-je rejeter ? Qu'est-ce que les autres vont penser de moi ?

« Être différent attire l'attention des autres. Être différent peut également rendre un individu plus conscient de lui-même. Cet état de **conscience de soi** peut souvent correspondre à une expérience négative parce qu'il crée chez l'individu une préoccupation quant à ses défauts ou ses défenses (Duval et Wicklund, 1972 cité par Gergen, et Gergen, 1984, p.326). »

Tout comme le contrôle, l'imprévisibilité est un facteur de stress. Néanmoins, l'analyse de nos résultats montre aussi que la divulgation de sa différence, de son TDAH, est perçue chez des participants comme une opportunité. Tout en n'ayant aucun contrôle sur la réaction d'autrui, certains participants évaluent positivement l'effet de la divulgation du TDAH. Toutefois, certains participants évaluent la divulgation comme une menace pour eux ; on constate chez ces personnes une faible estime de soi, un manque de confiance; l'environnement est perçu comme une menace pour l'égo. C'est ainsi que la crainte, la peur du jugement des autres sert de levier au stress et à l'anxiété.

Nos résultats ont montré que la connaissance et la compréhension du TDAH est un facteur non négligeable influençant le fonctionnement. En effet, ces éléments ont été le point de départ pour l'acceptation du TDAH, sa divulgation et l'obtention du soutien dans

la plupart des sphères de vie. Nos résultats indiquent que les difficultés des participants dans l'organisation de la vie quotidienne ont eu pour effet de forcer la mobilisation des conjoints pour l'organisation de la maisonnée. Cette mobilisation est un facteur facilitant le fonctionnement chez les participants. En effet, pour un bon nombre des participants les conjoints prennent en charge l'ordre de la maisonnée, l'établissement et le maintien des routines. Chez les participants, la pression des conjoints, que ce soit par l'exigence d'une tâche à réaliser dans un temps déterminé ou le maintien des routines familiales, est un facteur facilitant l'action et la diminution du temps de la procrastination d'évitement. On constate chez les participants des difficultés à maintenir une constance dans le maintien de l'organisation ou des routines en l'absence du conjoint. La présence du conjoint devient un facteur facilitant le maintien des routines et de l'organisation de la vie quotidienne. Nos résultats montrent que le microsysteme familial est l'un des systemes le plus perturbé lorsque le degré d'atteinte du TDAH est élevé.

6.2.3 La prise de médication

Un troisième facteur qui semble avoir une grande importance dans le fonctionnement des participants est la prise de médication. En effet, la prise de médication a été identifiée comme facteur facilitant le fonctionnement des individus dans trois sphères : conjugale, familiale et professionnelle. La prise de médication a son importance dans l'amélioration du fonctionnement chez les participants et non dans la guérison du TDAH.

« La médication ne guérit pas le TDAH, mais elle peut être considérée comme un moyen d'intervention efficace pour diminuer la présence des comportements inadéquats et augmenter l'apprentissage de nouveaux comportements mieux adaptés (MEQ et MSSS, 2003, p. 207). »

On constate notamment des liens entre la prise de médication et l'amélioration de l'attention et de l'autocontrôle de nos participants. L'analyse de nos résultats, en accord avec la littérature sur le traitement, témoigne de l'efficacité de l'observance de la prise de médication.

« Quand la médication est efficace, les adultes atteints de TDAH rapportent souvent un effet « frein » sur la bougeotte des idées. Ils reprennent le

contrôle du fil de leur pensée, sont moins faciles à distraire et mieux organisés (Vincent, 2005, p. 51). »

La prise de médication et l'utilisation des stratégies compensatoires à son importance dans l'amélioration du fonctionnement chez les participants

« En général, le traitement pharmacologique du TDAH est associé à une réponse clinique (réduction de 30 % des symptômes) chez environ 70% des cas, allant jusqu'à 90% lorsque toutes les stratégies ont été explorées (Vincent, Delâge et Lafleur, 2007). »

L'analyse de nos résultats indiquent également une non-observance du traitement pharmacologique durant la période d'ajustement de la médication. Les personnes tendent à être moins fidèles à leur traitement lorsque les effets perçus de la prise de médicaments sont inférieurs à leurs attentes. La prise de médicaments est également liée aux croyances des personnes, de même qu'au soutien de l'entourage. Enfin, les coûts influencent la persistance dans le traitement pharmacologique chez les participants.

« Il n'y a pas de molécule démontrée plus efficace pour le volet inattention ou hyperactivité. Le choix de la molécule tiendra compte de la durée d'action, des effets secondaires, de la comorbidité et, malheureusement, de la capacité de payer de la personne atteinte, certaines molécules n'étant disponibles pour le TDAH adulte qu'avec le statut de « patient d'exception » selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (Vincent, Delâge et Lafleur, 2007). »

On constate que l'investissement monétaire pour le soin médical des enfants atteints du TDAH est priorisé par rapport aux besoins des parents.

Si la prise de médication régulière a des effets positifs, la médication non adaptée ou non prise régulièrement s'est avérée être un facteur ayant un impact négatif sur les trois sphères de fonctionnement précédemment nommées. Nous avons toutefois constaté que la prise de médication régulière constitue un enjeu pour les personnes dont les manifestations du TDAH sont plus graves. L'impulsivité et les difficultés liées à la mémoire et à l'organisation influent négativement sur la régularité de la prise de médication.

6.3 LES STRATÉGIES D'ADAPTATION

L'identification des stratégies de *coping* ou d'adaptation a été l'élément motivationnel de cette étude. Nous voulions connaître les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes ayant un TDAH pour faire face aux difficultés de fonctionnement qui émergent de ce trouble. Le problème neurobiologique chronique dans le TDAH est un facteur responsable de multiples incapacités observées chez les personnes atteintes de TDAH (Barkley, 1997a ; 1998a ; Brown, 2009). L'analyse de nos résultats sous l'angle du modèle de Lazarus et Folkman (1984), permet de mieux saisir les enjeux adaptatifs, présents dans l'ontosystème et le microsystème des personnes atteintes de TDAH à travers les interactions personne-environnements. Selon le modèle Lazarus et Folkman (1984), les symptômes du TDAH (impulsivité, hyperactivité et inattention) ne peuvent pas être considérés comme des agents stressants étant donné qu'ils sont des caractéristiques stables chez les personnes atteintes de TDAH. Néanmoins, les situations de stress présentes dans la vie quotidienne résultant des incapacités du TDAH (Barkley, 1987a, 1998a) ou du manque d'habiletés sociales découlant de ces incapacités peuvent être évaluées comme excédant les ressources des participants lorsque l'on comprend bien les dysfonctionnements du TDAH. En effet, Maté (2001) mentionne que les habiletés ne sont pas des caractéristiques ni d'une personne ni d'un contexte, mais d'une personne en contexte. En se référant à l'idéologie de Lazarus et Folkman (1984) sur le concept de l'adaptation, nous avons exploré les stratégies de *coping* de nos participants. Nous discutons dans cette partie de ces stratégies et de leur précarité.

6.3.1 Les stratégies de *coping* utilisées

Les résultats démontrent que les participants ont utilisé des stratégies centrées sur les émotions et centrées sur les problèmes. En se basant sur le modèle d'évaluation cognitive de Lazarus et Folkman (1984), notre analyse met à jour une distinction entre les participants ayant une conscience élevée du TDAH et les autres. On constate chez les participants ayant une conscience élevée du TDAH une plus grande utilisation des stratégies plus active, centrées sur le problème ou dit autrement des stratégies de *coping* « vigilant »

(ex. soutien social, résolution de problèmes, recherche d'information). Les autres participants utilisent davantage de stratégies plus passives, centrées sur les émotions ou dites de « *coping* évitant » (ex. évitement, fuite, déni, acceptation stoïque). En effet, les participants ayant une conscience élevée du TDAH perçoivent les situations stressantes comme des défis à relever alors que les autres les perçoivent comme une menace ou une perte possible pour leur bien-être. On croit que la conscience du TDAH est un facteur influençant l'évaluation des situations stressantes et, de ce fait, mène vers le choix des stratégies efficaces, qui perdurent dans le temps.

Parmi les stratégies d'adaptation efficaces, notons : a) le soutien social (qui facilite autant le fonctionnement conjugal, familial et professionnel), b) l'autocontrôle, c) l'acceptation de la responsabilité de son TDAH, d) la présence d'un plan de résolution de problème et e) la réinterprétation positive. Le soutien social, notamment, le soutien du conjoint, que ce soit dans la sphère conjugale, familiale ou socioprofessionnelle s'est avéré très aidant ici (que ce soit pour éviter les oublis, prendre conscience des impacts du TDAH, prendre le relais dans la famille, etc.). L'autocontrôle et l'acceptation de la responsabilité de la prise en charge du TDAH dans le quotidien ont été des stratégies efficaces pour le maintien des bonnes relations sociales. En ce qui a trait au plan de résolution de problèmes, ou dit autrement au plan d'action, celui-ci s'avère d'autant plus efficace si le conjoint est impliqué dans son élaboration et le suivi qui en découle. Pour que cela soit possible, il doit y avoir au préalable un bon fonctionnement conjugal. Le soutien du conjoint est un facteur qui favorise le maintien à long terme du plan.

Les stratégies qui sont les moins efficaces sont : l'évitement, la confrontation, le déni, l'auto-accusation. En lien avec le TDAH, l'utilisation de ces stratégies n'ont pas permis la prise en charge des manifestations du TDAH et le développement d'un autocontrôle ou de l'autorégulation des émotions chez les participants. Les participants utilisant principalement ces stratégies ont des difficultés dans la gestion de leurs émotions et de leurs comportements. Ils ont tendance à se fier sur autrui pour résoudre leurs problèmes sans prendre d'initiative.

6.3.2 Les conditions d'utilisation des stratégies

À l'aide de notre modèle conceptuel, nous allons regarder un exemple de la mise en place des formes de stratégies d'adaptation et relever certaines conditions nécessaires pour l'efficacité des stratégies. Pour ce faire, nous avons utilisé une situation de la vie quotidienne impliquant plusieurs activités soit, la période du matin (le lever, l'habillage, le déjeuner, la préparation à l'école et au travail). On constate que cette période est évaluée comme une menace pour le bien-être des participants et celui des familles. Cette période est évaluée comme très stressante ; à haut risque de conflits, de danger de débordements émotionnels (panique et crainte des retards), de comportements inadéquats. Selon les familles, on constate pour la même situation, des interactions conjoint/participant démontrant la présence de stratégies utilisées par les participants, d'autres par les conjoints ou l'absence de stratégies d'adaptation. Un exemple est présenté pour chacune des situations parlées. En premier, nous présentons la situation d'Olivier (prise en charge de son TDAH- stratégies efficaces), de Viviane (non prise en charge de son TDAH-aucune stratégie sauf celle du conjoint) et de Julia (incapacité de la prise en charge du TDAH-aucune stratégie et besoin d'aide externe).

La situation d'Olivier

Dans la situation d'Olivier, on constate la présence d'un **objectif** à atteindre pour modifier la situation stressante. Dans cette situation, on constate l'**engagement** et les **efforts** d'Olivier pour faciliter le déroulement de cette période de la journée. Olivier **se responsabilise** par rapport à ses propres difficultés dont la gestion de son stress et de ses émotions. On constate que le **soutien du conjoint** est primordial pour la mise en place d'un plan de résolution de problème, du **maintien des efforts** et de la **constance** de la routine établie. Ici, on constate qu'une des conditions de l'application des stratégies centrées sur le problème est la compétence et la présence de la conjointe. Olivier utilise aussi des stratégies axées sur les émotions ; il reconnaît les efforts qu'il fait pour gérer son propre stress. Il a la conscience de son impulsivité, de son impatience et du fait que la

médication est non efficace durant cette période de la journée. Il est conscient de sa fragilité et de celles de ses enfants, qui sont aussi atteints du TDAH. Plusieurs stratégies d'adaptation sont mises en fonction par Olivier : l'évacuation des émotions, le rappel des connaissances acquises, l'autocontrôle émotionnel, l'autocontrôle du stress et il se donne des règles de conduite, des instructions, pour retarder l'évacuation des émotions comme par exemple se dire : calme-toi, tu te laisseras aller (explosion de ses émotions) quand les enfants seront partis pour l'école. Dans ces situations, on peut dire que l'application des stratégies d'adaptation est efficace.

Dans cette situation, les deux conjoints ont au départ reçu des informations sur les problématiques du TDAH et de l'opposition. On constate des efforts de la part d'Olivier vers l'atteinte d'un but soit un fonctionnement adapté diminuant le stress. La réévaluation de l'application du plan pour la résolution de problème et le soutien du conjoint sont réévalués par Olivier comme étant bénéfique. Il y a donc une poursuite de ces stratégies qui perdure dans le temps. Si le conjoint s'absente un soir ou deux, le plan de résolution de problème se poursuit. Cependant, la présence du conjoint pour le maintien des routines a tout de même son importance pour la poursuite à long terme du plan d'action. La figure 15 illustre la situation d'Olivier.

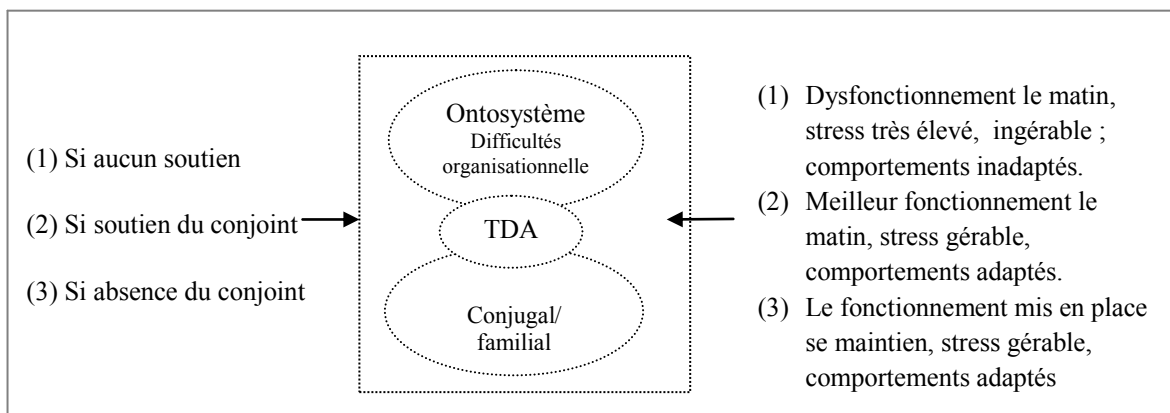


Figure 15 Situation de gestion des activités de la vie quotidienne d'Olivier

La situation de Viviane

Dans la situation de Viviane, le conjoint sans TDAH prend en charge toute la logistique du matin. Celui-ci ne croit pas au TDAH et il n'a pas d'information sur ce sujet. Pour ce conjoint, les difficultés organisationnelles de Viviane ne sont donc pas associées au TDAH mais à sa personnalité. L'évaluation de la situation de la gestion des activités de la vie quotidienne est effectuée seulement par le conjoint. Viviane ne prend pas en charge son TDAH et ne fait pas d'effort pour améliorer ses difficultés de gestions lors des activités de la vie quotidienne.

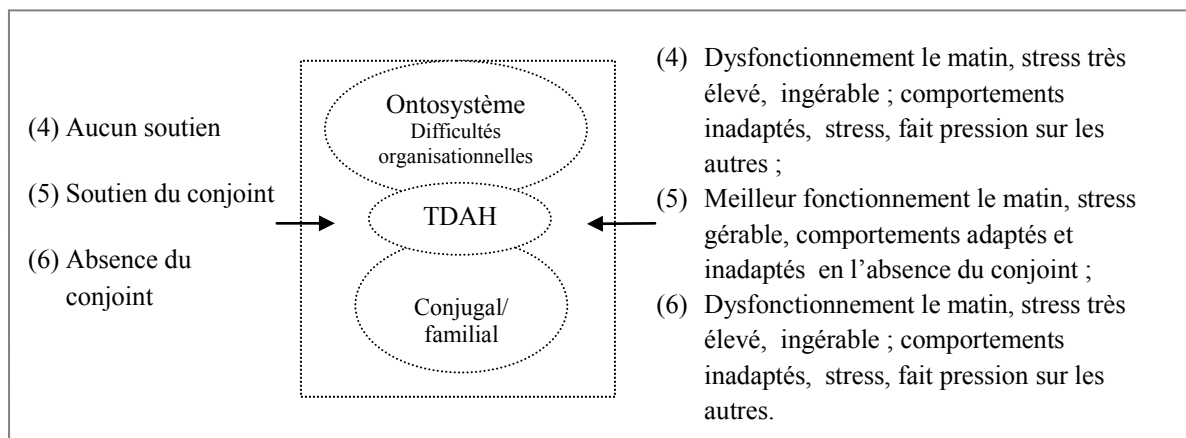


Figure 16 Situation de gestion des activités de la vie quotidienne Viviane

Ce que l'on observe ici, c'est que l'évaluation de la situation stressante est faite par le conjoint. En fait, le plan de résolution de problèmes est la stratégie utilisée par le conjoint n'implique pas Viviane. Donc, lorsque le conjoint est absent durant la période du matin, les problèmes de gestion se présentent et affectent tous les membres de la famille. On constate tout de même que Viviane a plutôt tendance à utiliser des stratégies axées sur les émotions pour diminuer le stress. C'est la procrastination d'évitement, la confrontation et le déni qui sont le plus souvent utilisés par Viviane, ce qui a pour effet de nuire au fonctionnement familial. Comme Viviane ne s'est pas déterminée d'objectif de changement, elle ne peut pas évaluer son fonctionnement inadapté ni les stratégies utilisées.

Sans objectif, il ne peut pas y avoir d'analyse réflexive de l'utilisation de stratégies à mettre en application pour diminuer le stress vécu.

La situation de Julia

Dans la famille de Julia, on constate d'importantes difficultés dans l'ensemble du fonctionnement familial. La participante et l'un de ses enfants ont tous deux un TDAH (dont la gravité semble élevée). On soupçonne également un TDAH chez le conjoint selon ce que nous décrit Julia (elle ne le mentionne toutefois pas). Au regard de la situation de la logistique du matin, on constate l'absence de stratégie de *coping*.

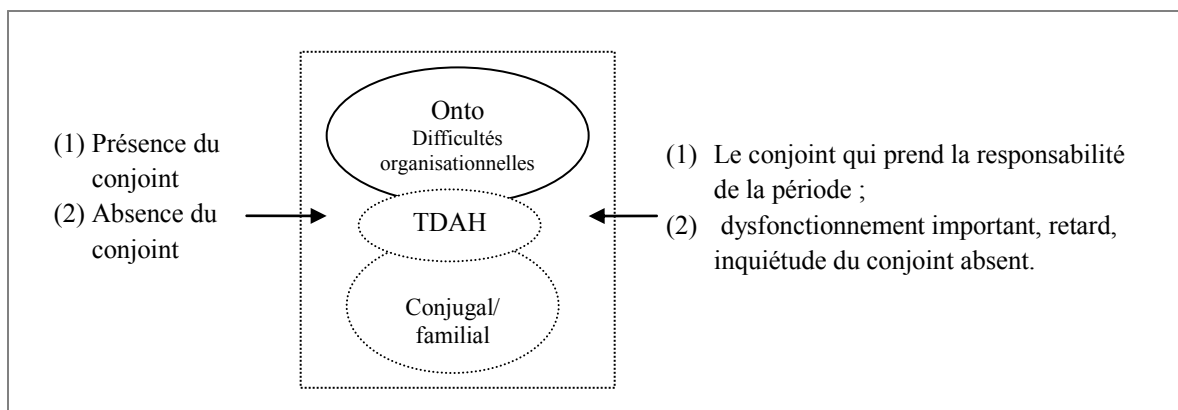


Figure 17 Situation de gestion des activités de la vie quotidienne de Julia

Julia et son conjoint croient que la mise en application de stratégies d'adaptation peut se faire seulement avec une aide ou un soutien externe à la famille. Les demandes internes ou externes des transactions personne-environnement sont évaluées comme excédant les ressources de la personne, du conjoint et du milieu familial. Les incapacités organisationnelles des parents augmentent le niveau de risques et de dysfonctionnement de tous les membres de la famille. Il y a un danger réel pour le bien-être des tous les membres de la famille.

Ce que nous indique ces trois histoires

L'analyse de ces situations de stress dans les sphères de vie de nos participants, nous porte à conclure : 1) que les participants utilisant des stratégies de *coping* ont dans un premier temps pris conscience d'un problème leur appartenant et se sont donnés un but pour modifier les situations stressantes ; 2) qu'il n'y a aucun changement chez les participants dont les conjoints prennent la responsabilité de leurs difficultés ; 3) que les familles ayant un degré élevé d'atteinte de TDAH ont besoin d'une aide extérieure pour instaurer des stratégies de *coping*.

On constate que les personnes qui se sont prises en charge, qui réussissent vraiment à changer leurs comportements, à s'autocontrôler, à s'autoréguler sont celles qui se sont données des buts qui visent le changement. Elles ont organisé l'environnement en fonction de leur trouble. Celles qui considèrent leurs problèmes, leurs difficultés et se les approprient utilisent davantage de stratégie centrées sur les problèmes.

6.3.3 La précarité des stratégies utilisées

Nos résultats ont montré que les participants ont fait des efforts de *coping* pour faire face à leurs difficultés organisationnelles, de mémoire, de gestion du temps, etc., Pour la plupart, ils ont utilisé des moyens tels que proposés par les experts : mémos, agenda, listes etc. Cependant, nos résultats ont montré que ceux-ci s'avèrent précaires pour réduire les impacts du TDAH chez plusieurs de nos participants. Nos résultats vont à l'encontre des propos de Vincent (2005) à l'effet que les personnes ayant le TDAH peuvent utiliser avec succès ces moyens (ex. horaire, tableau d'organisation, objectifs, échéanciers, agendas, listes). Nous pensons que ces trucs peuvent fonctionner avec succès lorsque le niveau de d'atteinte du TDAH est de léger à modéré ; mais inefficace lorsque le niveau d'atteinte de TDAH est de modéré à grave. Nous pensons que s'il n'y a aucune intériorisation telle que discutée précédemment, le succès de l'utilisation des trucs est voué à l'échec. Même lorsque ces trucs sont utilisés avec certaines conditions d'utilisation.

« Le docteur Russel Barkley insiste sur la nécessité d'utiliser les trucs adaptatifs à l'endroit et au moment où ils seront utiles. [...]. Par exemple, il

est plus pratique de placer près du téléphone un mémo, indiquant de penser à rappeler une telle personne. De la même façon le mémo rappelant de rapporter du lait au retour au travail n'aura aucune utilité s'il est placé sur la porte du réfrigérateur (Barkley cité par Vincent, 2005, p. 59). »

Nos résultats montrent que la précarité des moyens de compensations, pour réduire les impacts du TDAH, dépend des facteurs sous-jacents au TDAH par exemple les difficultés à maintenir un effort et à être constant. Il ne suffit pas de dire aux personnes atteintes de TDAH d'être persévérante (Vincent, 2005). Nos résultats le démontrent. Les stratégies compensatoires se sont révélées efficaces sous condition d'un soutien pour la plupart de nos participants, ce qui rejoint les propos de Kolberg et Nadeau (2002). En effet, ces auteurs mentionnent par exemple, que les outils de planification utilisés par la plupart des gens comme l'agenda ne fonctionne pas aussi bien avec les personnes atteintes de TDAH. Ces auteurs mentionnent que sans l'apprentissage de stratégies pour freiner l'incohérence et les oublis, souvent associées au TDAH, les outils ne peuvent pas être efficaces. Nos résultats confirment les dires de ces auteurs. En effet, la conscience de soi telle que discutée dans la section précédente en est un exemple. Ensuite, nos constats quant aux problèmes sous-jacents au TDAH soit les difficultés du maintien de l'effort et la constance doivent être considérés ; dont l'importance du soutien du conjoint.

Notre étude fait ressortir des conditions pour l'efficacité des stratégies de *coping* chez les personnes atteintes de TDAH. Les stratégies doivent tenir compte : 1) des difficultés dans le maintien des efforts à fournir ; 2) des difficultés de constance dans l'utilisation des moyens pour diminuer les impacts du TDAH ; 3) du soutien qu'ont besoin les personnes afin de persister dans leurs efforts ; 4) du niveau de conscience de soi des personnes et ; 5) de la gravité du TDAH.

6.4 LES FORCES, LES LIMITES ET LES BIAIS DE L'ETUDE

Cette étude comporte des forces, des limites et des biais qu'il importe de souligner, car ils ont une influence sur les résultats qui en émergent.

6.4.1 Les forces de l'étude

La première force a trait au caractère novateur de cette étude. En effet, à notre connaissance il n'y a peu (voire pas) de recherches qui ont été entreprises pour témoigner du fonctionnement social, dans une perspective globale, de même que des stratégies d'adaptation utilisées par les individus atteints du TDAH.

La deuxième force est liée aux connaissances de l'étudiante-chercheuse. En effet, celle-ci a participé à diverses formations, au fil des ans, sur le TDAH (notamment avec le Dr Russel Barkley dont il est question à maintes reprises dans ce mémoire). De plus, elle a été formée pour donner des ateliers aux adultes atteints de TDAH. Ses connaissances sur le TDAH et ses manifestations ont eu plusieurs impacts positifs dans cette étude. D'abord, c'est sur cette base qu'il a été convenu de recruter des personnes âgées de plus de 25 ans : ce choix a été judicieux car il a probablement permis une exploration plus en profondeur du fonctionnement social des participants. Également, ses connaissances ont facilité la création des outils utilisés dans cette étude.

La troisième force est également liée aux connaissances, mais aussi aux compétences de l'étudiante-chercheuse en ce qui a trait à l'approche de la Programmation Neuro-Linguistique (PNL). La PNL, a permis à l'étudiante-chercheuse d'être attentive à l'expression verbale et non verbale des participants tout au long des entretiens. En fait, plusieurs participants ont rencontré des difficultés à exprimer leurs opinions en cours d'entrevue. Ils se sont exprimés par gestes, ont utilisé des métaphores ou ont manqué de mots pour traduire leurs idées. C'est ainsi que l'étudiante chercheuse a traduit le langage non verbal, les métaphores et les pensées des participants en demeurant dans leur modèle du monde, dans leur histoire de vie tout en se faisant continuellement confirmer ses reformulations, ses traductions, pour s'assurer d'une bonne interprétation des pensées des participants. Pour ce faire, l'étudiante-chercheuse a cherché à demeurer en conscience externe et centrée sur les participants tout en discernant ses propres valeurs, ses propres idéaux, afin d'éviter qu'ils viennent interférer avec les valeurs et opinions des participants.

6.4.2 Les limites et les biais de l'étude

Cette étude comporte bien sûr certaines limites. Une première limite provient du réseau formé des organismes communautaires du Saguenay—Lac-St-Jean et des personnes connues de l'étudiante-chercheure. En fait, les intervenants de deux des trois organismes communautaires ciblés pour procéder au recrutement des participants ont été formés par l'étudiante-chercheure pour l'animation des ateliers donnés aux enfants atteints de TDAH et à leurs parents. Sans être entièrement une limite, soulignons que la moitié des participants sélectionnés pouvait partager certaines similitudes quant à la conception et l'interprétation des concepts du TDAH du fait qu'ils ont participé à des ateliers pour les parents d'un enfant atteint du TDAH. De ce fait, on peut présumer que le contenu était semblable ce qui a pu risquer de créer une certaine homogénéité dans le recueil des données. Néanmoins, la connaissance commune a sans doute permis d'aller plus en profondeur dans l'exploration du TDAH.

Notons une autre limite, quant à la taille de l'échantillon. Cette étude a été réalisée à partir d'un échantillon de petite taille. Dans cet échantillon, il se trouve des individus avec le trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité (TDA) et des individus avec le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Même si la problématique semble être semblable sur certains points pour les deux phénomènes, il y a aussi des différences marquées. Alors, pour permettre la généralisation des résultats, il aurait fallu avoir beaucoup plus de sujets TDA (trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité) et de sujets TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité). De cette manière, il aurait été peut-être plus facile de dégager des généralisations pertinentes à l'objet d'étude.

6.5 LES RECOMMANDATIONS POUR LE TRAVAIL SOCIAL

Notre étude a permis de tirer des observations qui permettent de proposer des pistes de réflexions et d'interventions. Nous proposons ici quatre pistes d'intervention qui devraient être privilégiées par les travailleurs sociaux. Celles-ci tiennent compte des

différents paliers d'intervention en travail social : l'intervention individuelle, familiale, de groupe et finalement l'intervention collective.

1. Sensibiliser la population à l'égard du TDAH. Le dévoilement est un enjeu important chez les personnes ayant un TDAH. Ce dévoilement, si difficile, en raison notamment des préjugés qui entourent les troubles mentaux, est pourtant nécessaire à l'obtention du soutien de la part de l'entourage. Nous suggérons donc de mettre en place des actions collectives de sensibilisation à la problématique ; de même que des groupes psycho-éducatifs destinés aux personnes concernées par le TDAH.
2. Le fonctionnement social optimal, chez les personnes ayant un TDAH, passe notamment par une prise de conscience du trouble ou dit autrement par la reconnaissance du problème. Sans cette prise de conscience, le cheminement vers un mieux-être est impossible (se référer notamment aux écrits de Prochaska et Diclemente sur les stades du changement). Que ce soit par l'entremise de l'intervention individuelle ou de groupe, nous suggérons de soutenir les personnes ayant le TDAH dans leur cheminement, en leur donnant notamment de l'information, de même qu'en travaillant l'utilisation de stratégies adaptées.
3. Le soutien social s'avère l'une des stratégies d'adaptation les plus efficaces recensées dans cette étude. Les proches, les membres de la famille sont souvent les grands oubliés du réseau. Nous suggérons des ateliers de groupe, afin de les informer, de diminuer leur sentiment d'impuissance, mais aussi que puissent émerger l'entraide entre eux.
4. En complément au soutien éducatif, nous proposons que soient développées les stratégies d'adaptation familiales.

Enfin nous recommandons aux travailleurs sociaux de ne pas perdre espoir, malgré les défis engendrés par l'intervention auprès des personnes ayant le TDAH. Cet espoir est nécessaire pour maintenir sa santé en tant qu'intervenant, mais aussi pour le susciter auprès des personnes, qui parfois l'ont perdu. Nous avons vu à travers cette étude que les adultes ayant le TDAH peuvent avoir un bon niveau de fonctionnement social et avoir une vie épanouie, à nous de guider les personnes vers ce mieux-être.

CONCLUSION

Un objectif principal et quatre objectifs spécifiques ont guidé la réalisation de ce mémoire. Le premier des objectifs spécifiques a été formulé pour mieux comprendre le fonctionnement social et les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes ayant un TDAH, consistait à décrire les principales répercussions du TDAH au plan du fonctionnement conjugal, familial, scolaire, social et socioprofessionnel. Le deuxième objectif visait à décrire les facteurs qui facilitent et nuisent au fonctionnement conjugal, familial, scolaire, social et socioprofessionnel. Le troisième objectif était de décrire les défis auxquels les adultes ayant un TDAH sont confrontés quotidiennement. Finalement, le quatrième était de décrire les stratégies d'adaptation utilisées par les adultes ayant un TDAH pour faire face aux difficultés de fonctionnement rencontrées.

Pour ce faire, une étude qualitative exploratoire, menée auprès d'un échantillon de huit personnes atteintes du TDAH a été menée. Ces volontaires, qui devaient être âgés de plus de 25 ans et avoir un diagnostic du TDAH ont été recrutés à travers divers organismes communautaires de la région du Saguenay—Lac-St-Jean. Ils ont par la suite été conviés à participer à une rencontre, d'une durée approximative de 120 minutes, à l'intérieur de laquelle : a) trois questionnaires ont été administrés et b) une entrevue semi-dirigée a été menée.

Les résultats de l'étude démontrent jusqu'à quel point le TDAH a des répercussions sur le fonctionnement social des participants, et ce, sur l'ensemble des sphères de vie concernées (conjugale, familiale, sociale et socioprofessionnelle). La connaissance et la compréhension du TDAH ont été des facteurs importants pour l'acceptation et la divulgation dans les réseaux sociaux et la coopération pour faire face aux difficultés dans les sphères de vie. Les participants dont le TDAH était plus grave ont rencontré davantage de difficultés de fonctionnement dans la gestion de la maison, la gestion des finances, l'encadrement et l'établissement des routines. Le soutien du conjoint a été la stratégie, le moyen, le plus efficace pour compenser les déficits des participants.

Nos principales conclusions sont : 1) l'importance de la connaissance et la compréhension de la problématique du TDAH pour l'acceptation et la divulgation du TDAH ; 2) l'importance du faire avec l'autre pour la prise en charge du TDAH par la personne atteinte ; 3) la gravité du TDAH est un facteur du dysfonctionnement familial ; 4) la conscience intériorisée des éléments sous-jacents au TDAH est l'un des principaux facteurs dans l'applications des stratégies efficaces pour compenser les déficits du TDAH.

Face aux résultats de notre étude, nous recommandons de mettre en place des interventions sociales qui visent à la fois l'individu, la famille, le groupe et la collectivité, le tout dans le but de promouvoir le meilleur fonctionnement des adultes ayant un TDAH. Nous pensons que de donner de l'information à la population et aux personnes concernées favorisera le mieux être des adultes ayant le TDAH. De plus, nous sommes d'avis que des modèles d'intervention faisant la promotion de stratégies d'adaptation efficaces devraient être mis en place afin de soutenir les individus diagnostiqués et leurs proches.

RÉFÉRENCES

- Absil, G., Vandoorne, C. et Demarteau, M. (2012). *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé*. Liège : Université de Liège, École de Santé Publique.
- Agarwal, R., Goldenberg, M., Perry, R. et Ishak, W.W. (2012). The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Clinical neuroscience*, 9(5-6), 10-21.
- Agence de la santé publique du Canada. (n.d., mise à jour le 21 octobre 2011). *Qu'est-ce qui détermine la santé?* Récupéré le 03 juin 2015 de http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#key_determinants
- Agence de la santé publique du Canada (n.d., mise à jour 15 janvier 2015). *Pourquoi les canadiens sont-ils en santé ou pas ?* Récupéré le 3 juin 2015 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php#education>
- Agence de développement de réseaux locaux de services de services de santé et de services sociaux. Concentrons nos énergies ! Trouble déficit de l'attention / hyperactivité : Plan d'action et de formation, ADRLSSSS Mauricie et Centre-du-Québec, février 2005. Repéré le 1 juin 2015 de http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/documents/Autres_documents/plan_act_tdah.pdf
- Albaret, JM. (2001). Troubles psychomoteurs chez l'enfant. Encyclopédie *Médico-Chirurgicale*, 4(101), H-30.
- Adler, A. L. et Shaw D. (2011). Diagnosing ADHD in adults. Dans J.K.Buitelaar, C.C. Kan et P. Asherson (dir.), *ADHD in adults. Characterization, diagnosis, and treatment* (p.91-105). Cambridge: Cambridge University Press.
- Alder, L.A. (2004). Clinical presentations of adult patients with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3), 8-11.

- Alder, L.A. et al. (2006). *Validity of pilot adult ADHD self-report scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. Annals of Clinical Psychiatry, 18(145), 145-148.* Repéré le 14 janvier 2015 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16923651> doi : 10.1080/10401230600801077
- Asherson, P. et al. (2012). Under Diagnosis of adult ADHD: Cultural influences and societal burden. *Journal of attention disorders, 16(5), 205-385.* doi: 10.1177/1087054711435360
- Aubron, V., Michel, G., Purper-Ouakil, D., Cortese, S. et Mouren, M. C. (2007). Les enjeux de l'évaluation du trouble déficitaire attentionnel avec hyperactivité (TDAH) : à propos de deux cas d'enfants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 55(3), 168-173.*
- Babinski, L.M., Hartsough, C.S. et Lambert, N.M. (1999). Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity. *Journal of Child Psychology, 40(3), 347-355.*
- Barbarino-Saulnier, N. (2006). Espace, qualité de vie et bien-être. Géocarrefour, 81(4). Repéré le 2 février 2015 de <http://geocarrefour.revues.org/1682>
- Barkley, R.A. (1997a). *ADHD and the nature of self-control.* New York, London: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997b). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121(1), 65-94.*
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment.* (2e Édi). New-York, London: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2002). Major Life Activity and Health Outcomes Associated With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 63 (suppl 12), 10-15.*

- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. et Fletcher, K. (2006). Young Adult Outcome of hyperactive Children: Adaptive Functioning in Major Life Activities, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12), 192-202.
- Barkley, R. (2010). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. The latest assessment and treatment strategies*. New York, London: Jones and Bartlette.
- Barkley, R. (2011). Predicting impairment in major life activities and occupational functioning in hyperactive children as adults: Self-reported executive function (EF) deficits versus EF test. *Developmental neuropsychology*, 36(2), 137-161. doi:10.1080/87565641.2010.549877
- Barkley, R.A., Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C. et Fletcher, K.E. (1992). Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Mother-Adolescent Interactions, Family Beliefs and Conflicts, and Maternal Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(3), 263-288.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S. et Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202.
- Barkley, R.A. et Murphy, K.R. (1998). *A clinical Workbook. Attention-deficit hyperactivity disorder*. New York, London: The Guilford Press.
- 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 test. *Clinical neuropsychology*, 25, 157-173. doi:10.1093/arclin/acq014
- Barkley, R.A., Murphy, K.R., et Fischer, M. (2008). *ADHD in adults. What the science says*. New York, London: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. et Wilens, T.E. (2005, janvier). *Nouvelles avenues chez les enfants et les adolescents TDAH*. Communication présentée à l'Institut Philippe Pinel, Montréal, Québec.

- Baud, P. (2008). Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité de l'adulte (TDA-H). *Revue médicale Suisse*, 4,1990-3.
- Belleau, L. Tétreault, K., Courtemanche, R. et Desrosiers, H. (2010). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010)*. Repéré le 15 mars 2014 de <http://www.stat.gouv.qc.ca>
- Bernfort, L., Nordfeldt, S. et Persson, J. (2008). ADHD from a socio-economic perspective. *Acta Paediatrica*, 97(2), 239-245.
- Besnier, N. (2009). Trouble bipolaire et trouble déficit d'attention avec hyperactivité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(10), 810-813. doi : 10.1016/j.amp.2009.09.004
- Biederman, J., Mick, E. et Faraone, S.V. (2000). Age-Dependant Decline of Symptoms of attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and symptom Type . *Americal Journal of Psychiatry*, 157, 816-818
- Biederman, J. (2004). Impact of Comorbidity in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3), 3-7.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 125-1220. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2004,10.020
- Biederman, J. et Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248.
- Biederman, J. et al. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study. *Journal American Academy Child adolescent Psychiatry*, 35(3), 343-351.
- Biederman, J. et al. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 524-540.

- Biederman, J. et Faraone, S.V. (2006). The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. Repéré le 5 mai 2014 à <http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1781280>
- Birnbaum, H. G. et al. (2005). Costs of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) in the US: Excess Costs of Persons With ADHD and Their Family Members in 2000. *Current Medical Research & Opinion*, 21(2), 195-205. doi: 10.1185/030079904X20303
- Blais, L. (1995). Étiologie sociale et santé mentale : ouvertures et fermetures des modèles explicatifs dominants. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaires*, 1(2), 138-162.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blondeau, C., Rénéric, J-P., Martin-Guehl, C. et Bouvard, M. (2009). Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité à l'âge adulte : concept, tableau clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(3), 234-242.
- Braswell, L. et Bloomquist, M. (1991). Cognitive-behavioral therapy with ADHD children : *Child, family, and school interventions*. New York: Guilford Press.
- Boily, M. et Bourque, S. (2011). Cadre de référence. L'évaluation du fonctionnement social. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Repéré 5 février 2015 de <http://www.otstcfq.org/docs/cadres-de-reference/cadre-de-reference-ts.pdf?sfvrsn=1>
- Bouvard, M., Le Heuzey, M-F. et Mouren-Simeoni, M-C. (2002). *L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte*. France : DOIN.
- Brod, M., Johnston, J., Able, S. et Swindle, R. (2005). Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale (AAQoL): A disease-specific

quality-of-life measure. *Quality of Life Research*, 15. 117-129. doi: 10.1007/s11136-005-8325-z

Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R. et Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and quality of life outcomes*, 10, 47.

Brown, T.E. (2006). Executive Functions and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications of two conflicting views, *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(1), 35-46, doi:10.1080/10349120500510024

Brown, T.E. (2009a). Developmental complexities of attentional disorders, Dans T. E Brown(dir), *ADHD comorbidities. Handbook for ADHD complications in children and adults* (p. 3-22). Washington DC, London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.

Brown, T.E. (2009b). *ADHD comorbidities. Handbook for ADHD complications in children and adults*. Washington DC, London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.

Brown, T.E. (2011). Adult ADHD and mood disorders. Dans Buitelaar, J.K., Kan, C.C., et Asherson, P. (Éds.), *ADHD in adults. Characterization, diagnosis, and treatment* (pp.121-129). Cambridge: Cambridge University Press.

Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le *coping* et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-80.

Burt, S.A. (2009). Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: A meta-analysis of shared environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135(4), 608-637.

Caci, H. et Bayle, F.J. (2005). Adult Self-Report (ASRS-1.1) Symptom Checklist. Récupéré le 10 octobre 2010 de http://www.tdah-adulte.org/Entretien_diagnostique_pour_le_TDAH_Adulte_18Q_FRENCH_FINAL.pdf

- Cadoret, R.J. et Stewart, M.A. (1991). An adoption study of attention deficit/hyperactivity/aggression and their relationship to adult antisocial personality. *Comprehensive psychiatry*, 32(1), 73-82.
- Cardin, J.F., Desrosiers, H., Belleau, L., Giguère, C. et Boivin, M. (2011). *Les symptômes d'hyperactivité et d'inattention chez les enfants de la période préscolaire à la deuxième année du primaire*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca>
- Carlson, G.A. et Meyer, S.E. (2009). ADHD with mood disorders. Dans T. E. Brown(dir), *ADHD comorbidities. Handbook for ADHD complications in children and adults* (p. 97-130). Washington, DC London, England: American Psychiatric.
- Carignan, L. (2011). Principales approches en travail social. Dans D. Turcotte et J.P. Deslauriers(dir). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (p. 141-163). Laval, Québec : Université Laval.
- Caron, A. (2002). *Programme Attentix. Gérer, structurer et soutenir l'attention en classe*. Montréal, Québec : Chenelière/McGraw-Hill.
- Caron, J. Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, XXX(2), 15-41.
- Celestin-Westreich, S. et Celestin, L. P. (2008). Ajustements cognitivoémotionnels familiaux face au Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166, 343-349. doi: 10.1016/j.amp.2005.06.008
- Centre for ADHD awareness, Canada (CADDAC) (2013). What is attention deficit hyperactivity disorder? Repéré le 10 avril 2015 à <http://www.caddac.ca/cms/page.php?67>
- Centre for ADHD Awareness, Canada (CADDAC) (2013). Porter attention au coût du TDAH... : Le prix payé par les familles canadiennes, les gouvernements et la société. Repéré à <http://adhdawarenessweek.ca/fr/documents/Socioeconomic%20Policy%20Paper%20FRENCH.pdf>

- Chan, E., Zhan, C. et Homer, C.J. (2002). Health care use and costs for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156, 504-511.
- Chandola, C.A., Robling, M.R., Peters, T.J., Melville-Thomas, G. et McGuffin, P. (1992). Pre and perinatal factors and the risk of subsequent referral for hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1077-1090. doi: 10.1111/j.1469-7610.1991.tb00926.x
- Collin, J. et al. (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Damant, D. Poirier, M-A. et Moreau, J. (2001). Ça prend tout un village pour élever un enfant. Une approche écologique visant le développement des enfants. Dans Dorvil, H. et Mayer, R. (dir), *Problèmes sociaux – Tome II. Études de cas et intervention sociales*, (p. 319-333). Saint-Nicolas, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Delisle, J. et Richard, C. (2006). Évaluation et traitement du TDAH chez l'adulte. Dans N. Chevalier, M.C. Guay, A. Achim, P. Lageix, et H. Poissant (dir), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser* (p. 283-301). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Delavenne, H. et Thibaut, F. (2009). Le trouble déficit de l'attention-hyperactivité et ses relations avec les conduites addictives. *Psychiatrie, sciences humaines neurosciences*, 7, 116-121. doi.10.1007/s11836-009-0090-6
- Delvenne, V. (2007). De l'hyperactivité dans l'enfance à la dépression à l'adolescence. *Psychiatrie de l'enfant*, 50(1), 81-96.
- De Quiros, G.B. et Kinsbourne, M. (2001). Adult ADHD. Analysis of Self-ratings on a behavior questionnaire. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 140-147.
- Desjardins, C. (2001). *Ces enfants qui bougent trop*. Outremont : Les Éditions Quebecor.

- Diaz-Morales, J.F., Ferrari, J.R. et Cohen, J.R. (2008). Indecision and Avoidant Procrastination : The Role of Morningness-Eveningness and Time Perspective in Chronic Delay Lifestyles. *The Journal of General Psychology*, 135(3), 228-240.
- Dorvil, H., et Mayer, R. (2001). *Problèmes sociaux : Vol. 1. Théories et méthodologies*. (3^e éd.). Montréal : Presses Université du Québec.
- Drapeau, S. (2008). L'approche bioécologique du développement humain. L'évaluation psychosociale de familles à risque. Dans G.M. Tarabulsky, M.A. Provost, S. Drapeau E. et Rochette (dir), *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables*. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Drouin, C. et Huppé, A. (2005). *Plan d'intervention pour les difficultés d'attention*. Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- Eakin, L. Et al. (2004). The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *Journal of Attention Disorders*, 8(1). doi: 10.1177/108705470400800101
- Eyestone, L.L. et Howell, R.J. (1994). An epidemiological study of attention-deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 22(2), 181-193.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Keenan, K. et Tsuang, M.T. (1991). Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients, *Psychological Medicine*, 21, 109-121.
- Faraone, S.V. et al. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1313–1323. Doi:10.1016/j.biopsych.2004.11.024
- Faraone, S.V., Biederman, J. et Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159-165.
- Faraone, S.V., Sergeant, J., Gillberg, C. et Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104-113.

- Faraone, S.V. et Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.11.024
- Ferland, M. et Paquet, G. (1994). L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (dir), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Québec : Presses de l'Université Laval. Repéré le 5 février 2015
- http://classiques.uqac.ca/contemporains/ferland_marc/influence_facteurs_sociaux/influence_facteurs_sociaux.html?
- Ferrari, J.R. (2000). Procrastination and Attention: Factor Analysis of Attention Deficit, Boredomness, Intelligence, Self-Esteem, and Task Delay Frequencies. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(5), 185-196.
- Ferrari, J.R. et Tice, T.M. (2000). Procrastination as a Self-Handicap for Men and Women : A Task-Avoidance Strategy in a Laboratory Setting. *Journal of Research in Personality*, 34, 73-83.
- Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. et DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal : Décarie Éditeur.
- Fortin, M-F, Taggart, M-E, Kérouac, S. et Normand, S. (1988). *Introduction à la recherche. Auto-apprentissage assisté par ordinateur*. Ville Mont-Royal : Décarie Éditeur.

- Fried, R. et al. (2012). A controlled study of a simulated workplace laboratory for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 2012 December 30 : 200 (2-3) : 949-956. Doi: 10.1016/j.psychres. 2012.04.020
- Gagné, P.-P. (1999). *Pour apprendre à mieux penser. Trucs et astuces pour aider les élèves à gérer leur processus d'apprentissage*. Montréal, Québec: Les Éditions de la Chenelière inc.
- Gaudreault, J. (2010). *Les perceptions des relations familiales de six enfants atteints du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité*. (Thèse de doctorat). Université du Québec.
- Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gergen, K.J. et Gergen, M.M. (1984). *Psychologie sociale*. Saint-Laurent, Québec : Éditions Études Vivantes.
- Gillberg, C., Gillberg, I.C., Anckarsäter, H. et Råstam, M. (2011). Attention-deficit hyperactivity disorder and anxiety disorders in adults. Dans J.K. Buitelaar, C.C. Kan et P. Asherson (dir.), *ADHD in adults. Characterization, diagnosis, and treatment*. (p. 130-137). Cambridge: Cambridge University Press.
- Goodman, D.W. (2007). The Consequences of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Journal of Psychiatric Practice*, 13(5), 318-327.
- Gouvernement du Québec (2009). *Institut de la statistique du Québec, recensement provisoire 2009*. Repéré à www.stat.gouv.qc.ca
- Grenier, S. (2005). Paradoxes et opportunités de la recherche qualitative en santé mentale communautaire. *Recherches Qualitatives - Hors-Série, 1*, 100-113.
- Grosse, E.-M., Da Fonseca, D., Fakra, E., Poinso, F. et Samuelian, J.-C. (2007). Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 378-385.

- Gross-Tsur, V., Shalev, R.S. et Amir, N. (1991). Attention deficit disorder Association with familial-genetic factors. *Pediatric Neurology*, 7(4), 258-261.
- Guay, M.-C., Lageix, P. et Parent, V. (2006). Proposition d'une démarche évaluative du TDAH. Dans N. Chevalier, M.C. Guay, A. Achim, P. Lageix, et H. Poissant (dir), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser* (p. 3-16). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Guay, M-C et Laporte, P. (2006). Profil cognitif des jeunes avec un TDAH. Dans N. Chevalier, M-C. Guay, A. Achim, P. Lageix et H. Poissant (dir), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser*. (p. 37-56). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Hakkaart-van Roijen, L.H. et al. (2007). Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16 (5), 316-326. doi: 10.1007/s00787-007-0603-6
- Haelewyck, M-C. et Nader-Grosbois, N. (2004). L'autorégulation : porte d'entrée vers l'autodétermination des personnes avec retard mental? *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 15(2), 173-186.
- Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 2-17. doi: 10.1136/adc.2004.059006
- Hazanov-Boskovitz, O. (2003). *Étude du coping des adolescents dans un contexte expérimental*. (Docteur en Psychologie, Université de Genève, Suisse). Repéré à http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2003/Hazanov-BoskovitzO/these_front.html
- Hechtman, L. (2011). ADHD in Adults. Dans T. E Brown (dir), *ADHD comorbidities. Handbook for ADHD complications in children and adults* (p. 81-94). Washington, DC London, England: American Psychiatric.
- Huberman, A. M. et Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : Éditions de Boeck-Wesmael. http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil02/02ra_index.htm

- Jensen, E. (2001). *Le cerveau et l'apprentissage. Mieux comprendre le fonctionnement du cerveau pour mieux enseigner.* (traduit par M. Renaud) Montréal, Québec: Chenelière/McGraw-Hill.
- Juneau, J. et Boucher, L-P. (2004). Le déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) et les comportements violents des jeunes en milieu scolaire: l'état de la question. *Éducation et francophonie*, XXXII(1).
- Keenan, K. Et Wakschlag, L.S. (2000). More than the terrible twos: the nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 33-46.
- Kessler, R.C. et al. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Kessler, R.C. et al. (2004). The US National Comorbidity survey replication (NCS-R): design and field procedures. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 69-92.
- Kessler, R.C., Lane, M., Stang, P.E. et Van Brunt, D.L. (2009) The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychological Medicine*, 39, 137-147. Doi: 10.1017/S0033291708003309
- Klein, R.G. et al. (2012). Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Archives of General Psychiatry*, 69(12), 1295-1303. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.271
- Kolberg, J. et Nadeau, K. (2002). *ADD-Friendly ways to Organize your Life.* London, New York : Psychology Press.
- Kooij, J.J.S. (2013). *Adult ADHD. Diagnostic Assessment and Treatment.* London, New York: Springer.

- Küpper, T. et al. (2012). The negative impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on occupational health in adults and adolescents. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 85, 837-847.
- Labrosse, M., Gingras, M.-A. et Godbout, R. (2006). *Sommeil et TDAH. In Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser.* Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lafleur, M., Pelletier, M-F, Vincent, M-F et Vincent, A. (2010). *La maîtrise du TDAH chez l'adulte. Un programme de thérapie cognitive-comportementale.* Québec, Québec : Institut universitaire en santé mentale du Québec.
- Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer publishing Company.
- Leibson, C.L. et Long. K.H. (2003). Economic implications of attention-deficit hyperactivity disorder for healthcare systems. *Pharmacoeconomics*, 21(17), 1239-1262.
- Lemonnier, C. (2008-2009). *Stratégies de coping et état de fragilité du sujet âgé.* (Mémoire), Université Montpellier.
- Le petit Larousse illustré, 1997 (1996).
- Levy, F., Hay, D.A., McStephen, M., Wood, C. et Waldman, I. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal American Academy Child adolescent Psychiatry*, 36(6), 737-744.
- Malo, C. (2000). *Le modèle écologique du développement humain : conditions nécessaires de son utilité réelle.* Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes et École de service social (IRDS).
- Massé L. (1999). Le déficit de l'attention/hyperactivité. Dans E. Habimana, L.S. Éthier, D. Petot, M. Tousignant (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative.* (p. 165-181).Montréal, Québec: Gaëtan Morin.

- Massé, L. Verreault, M. et Verret, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison. Programme pour aider les parents à mieux composer au quotidien avec le TDA/H de leur enfant*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Maté, G. (2001). *L'esprit dispersé. Comprendre et traiter les troubles de la concentration*. Montréal, Québec: Les Éditions de l'homme.
- Matza, L. S., Paramore, C. et Prasad, M. (2005). A review of the economic burden of ADHD. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 3(5).
- Mayer, R. et Saint-Jacques, M-C. (2000). L'entrevue de recherche. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M-C, Saint-Jacques et D. Turcotte (dir), *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- McCleary, L. (2002). Parenting adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Analysis of the literature for Social Work Practice. *Health et Social Work*, 27(4), 285-292.
- Mercier, A.M. (2003) *Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Plan d'action régional 2003-2006*. Lanaudière, Québec : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux, Lanaudière.
- Michielsen, M. et al. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 298-305.
- Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Déterminants sociaux de la santé. Les réalités canadiennes*. Repéré à http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- Miles, M. B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitative*. Bruxelles: De Boeck et Larcier.
- Ministère de l'Éducation (1999). *Une école adaptée à tous ses élèves. Prendre le virage du succès*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à

http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_comp/politi00F_2.pdf

Ministère de l'Éducation (MEQ) et ministère de la Santé et Services Sociaux (MSSS). (2000). *TDAH Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Plan d'action*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/educ_adulte_action_comm/hyperplan.pdf

Ministère de l'Éducation (MEQ) et ministère de la Santé et Services Sociaux (MSSS). (2003). *Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation : connaissances et interventions*. Québec : Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/formation.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (1998). *La politique de la santé et du bien-être*. Gouvernement du Québec. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2012a). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-914-09W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2012b). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>

Murphy, K.R. et Barkley, R.A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37(6), 393-401.

Nadeau, K.G. (1997). *ADD in the Workplace. Choices, changes, and challenges*. New York, London: Routledge Taylor & Francis Group.

- Nadeau, D. Bergeron-Leclerc, C. Pouliot, E. Chantal, M. et Dufour, M. (2012). Troubles mentaux chez les jeunes victimes de maltraitance. Dans S. Drapeau, M-H. Gagné, et M-C. St-Jacques (dir), *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action*. Laval, Québec: Presses de l'université Laval.
- Nadeau, K.G. (1991). Le TDA/H et la vie de couple. Repéré à http://membre.oricom.ca/michelgiroux58/index_fichiers/TDA_vie_de_couple.pdf
- Niermann, H.C.M. et Shceres, A. (2014). The relation between procrastination and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in undergraduate students. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 23(4), 411-421.
- Office des professions du Québec. (n.d.). Le Projet de loi 21. Travailleurs sociaux. Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan. Repéré à http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/PL_21/OP_Dep_TravailleursSociaux_Final.pdf
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). (mai 2012) *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Repéré à http://www.uqac.ca/departements/travail_social/stages/documents/annexe_7.pdf
- Paquet, G. et Tellier. (2003). Les facteurs sociaux de la santé. Dans V., Lemieux, P., Bergeron, C., Bégin et G., Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec. Organismes, acteurs et enjeux*. (chap.3, p. 65-89). Québec : Les Presses de l'Université Laval. [Autorisation accordée par l'auteure le 18 septembre 2007 de diffuser cet article dans Les Classiques des sciences sociales.]
- Paulhan, I. (1992). Le concept de *coping*. *L'année psychologique*, 92(4), 545-557. doi : 10.3406/psy.1992.29539
- Pelham, W.E., Foster, E.M. et Robb, J.A. (2007). The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescent. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1S).

- Poissant, H. (2006). Métacognition et TDAH. Dans N. Chevalier, M-C. Guay, A. Achim, P. Lageix et H. Poissant (dir), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser.* (p. 57-67). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Poissant, H. et Rapin, L. (2012). Facteurs de risque dans le trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité : étude familiale. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(4).
- Poissant, H. et Lecomte, S. (2007). Facteurs de risque chez la famille d'enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité: Données québécoises. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(1), 9-17.
- Le projet de Loi 21 Psychothérapie Office des professions
http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/PL_21/OP_Dep_Psychotherapie_Final.pdf
- Poissant, H. (2006). Métacognition et TDAH. Dans N. Chevalier, M-C. Guay, A. Achim, P. Lageix et H. Poissant (dir), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser.* (p. 57-68). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Posner, K., Pressman, A. W. et Greenhill, L.L. (2009). ADHD in preschool children. Dans T. E Brown (dir), *ADHD comorbidities. Handbook for ADHD complications in children and adults* (p. 37-78). Washington, DC London, England: American Psychiatric.
- Prosser, B. et Reid, R. (2013). The DSM-5 changes and ADHD: More than a tweak of terms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(12), 1196-1203. doi: 10.1177/0004867413509695
- Puper-Ouakil, D. et Franc, N. (2011). Dysfonctionnements émotionnels dans le trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDAH). *Archives de pédiatrie*, 18, 679-685.
- Rathus, S.A. (2000). *Psychologie générale 4e Édition*. Laval, Québec: Éditions Études Vivantes.

- Resnick, R. J. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder in teens and adults: they don't all outgrow it. *Journal of Clinical Psychology*, 61(5), 529-532.
- Robin, A. L. (1998). *ADHD in adolescents. Diagnosis and Treatment*. New-York: The Guilford Press.
- Rohde, L.A. et al. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? *Biological Psychiatry*, 57, 1436-1441.
- Rollini, M. et Baud, P. (2008). Traitement pharmacologique du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité de l'adulte. *Revue Médicale Suisse*, 1638-1643.
- Rösler, M., Casas, M., Konofal, E. et Buitelaar, J. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 684-698. doi: 10.3109/15622975.2010.483249
- Sciutto, M.J. et Eisenberg, M. (2007). Evaluating the evidence for and against the overdiagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 106. doi: 10.1177/1087054707300094
- Sauvé, C. (1997, 2000) *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit de l'attention*. Montréal, Canada : Hôpital Sainte-Justine.
- Secnik, K., Swensen, A. et Lage, M.J. (2005). Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 23(1), 93-102.
- Soppelsa, R., Gonzalès, F. et Tan Ham, A. (1996). Traitement spécifique du trouble déficitaire de l'attention à l'adolescence. *Evolutions psychomotrices*, 8(31), 17-24.
- Spencer, T.LJ., Biederman, J. et Wilens, T. (1998). Pharmacotherapy of ADHD with Antidepressants. Dans R.A. Barkley (dir), *Attention-deficit hyperactivity disorder. A*

handbook for diagnosis and treatment. (p. 552-563). New York, London : The Guilford Press.

Telford, C., Green, C., Logan, S., Langley, K., Thapar, A. et Ford, Tamsin. (2013). Estimating the costs of ongoing care for adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 48, 337-344. DOI: 10.1007/s00127-012-0530-9

Terrisse, B. (2007). *Intervention socio-éducative en milieu vulnérable : Le projet Famille-École-Communauté, réussir ensemble.* GREASS et DEFS. Montréal, Québec : Université du Québec.

Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R. et Stergiakouli, E. (2011). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of Disease in Childhood* 97, 260-265. doi: 10.1136/archdischild-2011-300482

van Dijk, F.E. et Anckarsäter, H. (2011). ADHD, personality, and its disorders. Dans J.K. Buitelaar, C.C. Kan, et P. Asherson (dir). *ADHD in adults. Characterization, diagnosis, and treatment* (p. 174-1619). Cambridge: Cambridge University Press.

Vantalou, V. (2014), Expression phénotypique du TDAH en fonction de l'âge. *Ann Med Psychol*. doi: org/10.1016/j.amp.2014.03.005

Vincent, A. (2004). *Mon cerveau a besoin de lunettes. Vivre avec l'hyperactivité.* Lac-Beauport, Québec : Éditions Académie Impact.

Vincent, A. (2005). *Mon cerveau a encore besoin de lunettes. Le TDAH chez l'adulte.* Lac-Beauport, Québec : Éditions Académie Impact.

Vincent, A., Delâge, M. et Lafleur, M.F. (2007). Dépistage et traitement du TDAH adulte: les omnis comme pivot essentiel. *Le clinicien*, 59-65. Repéré à <http://www.attentiondeficit-info.com/pdf/clinicien.pdf>

Weiss, M. et Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association or its licensors*, 168(6), 715-720.

- Weiss, M. Gibbins, C. et Hunter J.D. (2011). Attention-deficit hyperactivity disorder and anxiety disorders in adults. Dans J.K. Buitelaar, C.C. Kan et P. Asherson (dir.), *ADHD in adults. Characterization, diagnosis, and treatment*. (p. 130-137). Cambridge: Cambridge University Press.
- Weiss, M.D. et Weiss, J.R. (2004). A guide to the treatment of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3).
- Wender, P. H., Wolf, L. E. et Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD. An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 1-16.
- Wender, P. H. (2000). *ADHD attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults*. New-York: Oxford University Press.
- Wilens, T. E. et al. (2002). Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *Developmental and behavioral pediatrics*, 23(1S).
- Wilens, T.E. (2004). Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65,(3).
- Wilens, T.E. (2009). ADHD with substance use disorders. Dans T. E. Brown (dir), *ADHD comorbidities. Handbook for ADHD complications in children and adults* (p. 249-263). Washington, DC London, England: American Psychiatric.
- Wilens, T.E. et Spencer, T.J. (2010). Understanding Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder From Childhood to Adulthood. *Postgraduate Medicine*, 122(5), 97-109. doi: 10.3810/pgm.2010.09.2206
- Wilens, T.E. (2011). Attention-deficit hyperactivity disorder and the substance use disorders. Dans Buitelaar, J.K., Kan, C.C., et Asherson, P. (Éds.), *ADHD in adults. Characterization, diagnosis, and treatment* (pp.138-150). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolf, L.E. et Wasserstein, J. (2001). Adults ADHD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 396-408. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb05793.x

Young, S. (2004). *Coping strategies used by adults with ADHD. Personality and Individual Differences, 38*, 809-816. doi: 10.1016/j.paid.2004.06.005

Young, S., Toone, B. et Tyson, C. (2003). Comorbidity and psychosocial profile of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Personality and individual differences, 35*(4), 743-755.

ANNEXES

ANNEXE A FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Étude portant sur le fonctionnement des adultes atteints du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité vivant aux Saguenay-Lac St-Jean en regard des stratégies d'adaptation mises en œuvre pour atténuer les effets de ce trouble dans la vie quotidienne.

Je soussigné(e) _____ comprends que :

Responsables de l'étude :

La personne responsable de cette étude est Madeleine Vaillancourt, étudiante-chercheure, sous la direction de Christiane Bergeron-Leclerc, Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Chicoutimi, au département des Sciences Humaines.

Le but de cette étude est :

De mieux comprendre le fonctionnement (conjugal, familial, social et socioprofessionnel) et les mécanismes d'adaptation des adultes atteints du TDAH.

Les trois objectifs poursuivis sont de décrire :

- 1) les principaux rôles sociaux dans lesquels l'adulte atteint du TDAH est impliqué;
- 2) les principaux défis rencontrés par l'adulte atteint du TDAH lors de la gestion du temps, la gestion des conflits, la gestion des émotions, l'organisation de la vie quotidienne.
- 3) les stratégies d'adaptation utilisées par l'adulte atteint du TDAH pour faire face aux difficultés de fonctionnement (conjugal, familial, social, socioprofessionnel) rencontrées;
 - a. les facteurs qui facilitent la mise en place de stratégies aidant au fonctionnement (conjugal, familial, social, socioprofessionnel) de l'adulte atteint du TDAH;
 - b. les facteurs qui font obstacle à la mise en place de stratégies aidant au fonctionnement (conjugal, familial, social, socioprofessionnel) de l'adulte atteint du TDAH.

Le déroulement de l'étude est le suivant :

- (1) Je participerai à une entrevue d'une durée d'environ 120 minutes au cours de laquelle :
 - a. On me posera des questions :
 - i. au sujet de mes modes de fonctionnement au plan conjugal, familial, social et socioprofessionnel.
 - ii. à propos de mes processus adaptatifs c'est-à-dire mes façons de faire, ou d'agir.
 - b. J'aurai à remplir une fiche de renseignements personnels dont la première section servira à tracer un portrait sociodémographique des répondants à l'étude et la deuxième section sera des questions spécifiques aux TDAH.
- (2) J'accepte que cette entrevue soit enregistrée à l'aide d'un magnétophone.

Avantages et désavantages de ma participation à cette étude :

En participant à cette recherche, je pourrai contribuer à l'avancement des connaissances se rapportant aux stratégies adaptatives employées par les adultes atteints du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean. Ma contribution à cette étude me permettra aussi de mettre à jour mon fonctionnement adaptatif me permettant de m'intégrer socialement. Il se peut que le fait de parler de mon fonctionnement suscite des prises de conscience qui pourraient me surprendre. Si cela se produit, je sais que je peux en parler avec le chercheur. Il pourra alors, si je le souhaite, me donner les coordonnées de l'organisme communautaire de ma région qui travaille avec cette problématique. Je pourrai alors rencontrer un(e) intervenant(e) qui connaît cette problématique et qui me soutiendra dans ma réflexion. Cette rencontre sera sans frais. Cependant, si je sens que j'ai besoin de plus de support, je pourrai en discuter avec l'intervenant(e) sur place et s'entendre sur l'aide à recevoir. Outre le temps requis pour participer à l'entrevue, il n'y a pas de désavantage à participer à cette étude.

Droit de se retirer de l'étude :

En tout temps et par avis verbal, je pourrai quitter le processus de recherche, sans avoir à fournir de raison et sans subir de préjudices. Si je désire me retirer de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de mon retrait seront détruits.

Confidentialité des résultats et anonymat :

Je suis informé(e) des mesures qui seront prises pour respecter la confidentialité. Je comprends que mon nom n'apparaîtra sur aucun rapport de recherche et sera remplacé par un code numérique sur le matériel audio et sur les verbatim des entrevues. Je sais que pendant la durée de l'étude, le matériel recueilli sera conservé dans un classeur verrouillé et accessible uniquement à l'étudiante. En plus, les données sur soutien informatique seront protégées au moyen d'un mot de passe modifié à tous les mois. Je suis au courant que seule l'étudiante-chercheure, la personne effectuant la retranscription des entrevues et la directrice de maîtrise encadrant l'étudiante auront accès à ce matériel. Je sais qu'aucune information permettant mon identification ne sera publiée lors de la diffusion des résultats de l'étude. Je suis informé(e) que les données (cassettes, verbatim, fiches de renseignements) après analyse seront relocalisées dans le bureau de la directrice de maîtrise et conservées pendant sept ans – ensuite elles seront éliminées de façon sécuritaire.

Responsables et numéros de téléphone :

Je reconnais avoir reçu les coordonnées des personnes qui pourront répondre à toutes mes questions concernant cette étude tels que : l'étudiante-chercheure, Madeleine Vaillancourt, la directrice de maîtrise, Mme Christiane Bergeron-Leclerc et l'équipe de coordination du Comité d'éthique et de la recherche de l'UQAC.

Madeleine Vaillancourt, qui est l'étudiante à la maîtrise réalisant l'étude. Le numéro de téléphone pour la rejoindre est le suivant : **(418) 542-5802**.

Christiane Bergeron-Leclerc, qui est la directrice de maîtrise en travail social encadrant l'étudiante. Le numéro de téléphone pour la rejoindre est le suivant : **(418) 545-5011 poste 4230**.

Si jamais vous avez une plainte à formuler à l'égard de l'étude en cours, vous pouvez communiquer avec Monsieur François Guérard, président du Comité d'éthique et de la recherche de l'UQAC. Le numéro de téléphone pour rejoindre Monsieur Guérard est le suivant : **(418) 545-5011 poste 5095**.

ANNEXE B
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT/DÉCLARATION DU SUJET DE RECHERCHE

Je soussigné _____ (nom du sujet de recherche)
certifie que :

- a) Je comprends le but et les objectifs de cette recherche;
- b) Je comprends les risques et inconvénients potentiels que ma participation pourrait entraîner, de même que les avantages et bénéfices que je peux en retirer;
- c) Je comprends que je peux mettre fin à ma participation en tout temps et sans justification sur simple avis verbal, et que je ne subirai aucune pression ni aucun préjudice si je décidais de le faire;
- d) Je comprends et j'accepte que mon entrevue soit l'objet d'un enregistrement audio dans le but d'être retranscrite pour être analysée par la suite.

Signature du (de la) participant (e)

Date

Madeleine Vaillancourt, étudiante à la maîtrise

Date

ANNEXE C

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANTE-CHERCHEURE

Je certifie :

- a) Avoir expliqué dans un langage accessible au sujet de recherche les termes du présent formulaire de consentement;
- b) Avoir répondu à la satisfaction du sujet de recherche, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci;
- c) Avoir explicitement indiqué au sujet de recherche qu'il demeurerait libre, à tout moment, de mettre un terme à sa participation au projet;
- d) Avoir informé le sujet de recherche que je lui remettrais une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Nom de l'étudiante-chercheure

Signature

Date

ANNEXE D
ANNONCE POUR LE RECRUTEMENT DES SUJETS

VOLONTAIRES

DÉMARRAGE D'UNE ÉTUDE SUR LE TROUBLE DU DEFICIT DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITE (TDAH) CHEZ

Nous recherchons des hommes et des femmes âgé(e)s entre 25 et 50 ans pour participer à une entrevue.

Profil recherché

1. Avoir reçu un diagnostic de TDAH soit durant l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte.
2. Expérimenter à l'heure actuelle des symptômes du TDAH.

L'objectif de l'étude: Mieux comprendre l'adaptation et le fonctionnement social chez l'adulte atteint du TDAH

POUR PARTICIPER À L'ÉTUDE, VEUILLEZ CONTACTER:

Madeleine Vaillancourt, étudiante à la maîtrise en Travail social

TDAH (418) 542-5802 Vaillancourt.m@videotron	TDAH (418) 542-5802 Vaillancourt.m@videotron	TDAH (418) 542-5802 Vaillancourt.m@videotron	TDAH (418) 542-5802 Vaillancourt.m@videotron	TDAH (418) 542-5802 Vaillancourt.m@videotron	TDAH (418) 542-5802 Vaillancourt.m@videotron	TDAH (418) 542-5802 Vaillancourt.m@videotron	TDAH (418) 542-5802 Vaillancourt.m@videotron	TDAH (418) 542-5802 Vaillancourt.m@videotron
--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANNEXE E

LETTRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES



Saguenay Lac Saint Jean
240, rue Bossé, Chicoutimi, Québec. G7J 1L9
Tél : 418.698.1176 #237. S.F. : 1.866.698.1176 Téléc. : 418.543.9912
apedahsagamic@hotmail.com

Jonquière, le 29 juin 2010

Madame Madeleine Vaillancourt, étudiante à la maîtrise en travail social
4223, Chemin St-André
Jonquière, QC
G7Z 1A4

OBJET : Appui à l'étude de Madeleine Vaillancourt

Madame,

Par la présente, *l'AQETA SLSJ (association québécoise des troubles d'apprentissage)*, nous acceptons avec plaisir de participer à votre projet ayant pour titre, «Le fonctionnement social et processus d'adaptation chez l'adulte atteint de TDAH».

Nous nous engageons à vous soutenir dans la réalisation de votre projet en : a) faisant la promotion du projet dans notre organisme, b) aidant au recrutement des répondants et c) en fournissant au besoin un local pour la réalisation des entrevues et d) en assumant le suivi psychosocial suite à l'entrevue de recherche, si le besoin se fait sentir par le participant de l'étude.

Vous pourrez nous contacter en tout temps afin d'instaurer une procédure de fonctionnement.

Veillez accepter, Madame, mes salutations les meilleures.

Linda Tessier
directrice générale de l'AQETA Saguenay Lac Saint Jean



Jonquière, le 5 juillet 2010

Madame Madeleine Vaillancourt, étudiante à la maîtrise en travail social
4223, Chemin St-André
Jonquière, QC
G7Z 1A4

OBJET : Appui à l'étude de Madeleine Vaillancourt

Madame,

Par la présente, Le centre d'intervention familiale Le Transit désire vous signifier que nous acceptons avec plaisir de participer à votre projet ayant pour titre, «Le fonctionnement social et processus d'adaptation chez l'adulte atteint de TDAH».

Nous nous engageons à vous soutenir dans la réalisation de votre projet en : a) faisant la promotion du projet dans notre organisme, b) aidant au recrutement des répondants, c) en fournissant si possible, un local pour la réalisation des entrevues et d) en assumant le suivi psychosocial suite à l'entrevue de recherche, si le besoin se fait sentir par le participant de l'étude.

Vous pourrez nous contacter en tout temps afin d'instaurer une procédure de fonctionnement. En espérant le tout à votre satisfaction, recevez, Madame Vaillancourt, nos sentiments respectueux.

Nancy Bouchard
Directrice
Centre d'intervention familiale Le Transit
2469, rue St-Dominique
Jonquière (Qc) G7X 6K4
695-2780



La Cigogne, Service d'entraide familles Lac-St-Jean Est

275, boul. Dequen Nord C.P. 756

Alma (Québec)

G8B 5W1

Téléphone : (418) 662-3690

Télécopieur : (418) 662-3984

Courriel : servicelacigogne@gmail.com

Jonquière, le 28 juillet 2010

Madame Madeleine Vaillancourt
Étudiante à la maîtrise en travail social
4223, Chemin St-André
Jonquière, QC
G7Z 1A4

Objet : Appui à l'étude de Madeleine Vaillancourt

Madame,

Par la présente, La Cigogne, Service d'entraide familles Lac-St-Jean Est , nous acceptons avec plaisir de participer à votre projet ayant pour titre, «Le fonctionnement social et processus d'adaptation chez l'adulte atteint de TDAH».

Nous nous engageons à vous soutenir dans la réalisation de votre projet en : a) faisant la promotion du projet dans notre organisme, b) aidant au recrutement des répondants et c) en fournissant au besoin un local pour la réalisation des entrevues et d) en assumant le suivi psychosocial suite à l'entrevue de recherche, si le besoin se fait sentir par le participant de l'étude.

Vous pourrez nous contacter en tout temps afin d'instaurer une procédure de fonctionnement.

Veuillez accepter, Madame, mes salutations les meilleures.

Karyne Ménard

*La Cigogne accroît les compétences parentales,
offre des ateliers de stimulation pour les enfants
et lutte contre la pauvreté!*

ANNEXE F

DÉMARCHE DE L'ORGANISME COMMUNAUTAIRE AQETA



Saguenay Lac Saint Jean

Bilan de la démarche

Démarrage d'une étude sur le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez l'adulte présenté par Mme. Madeleine Vaillancourt.

L'AQETA Saguenay Lac Saint-Jean a accepté de demander à sa clientèle touchée de loin ou de proche par le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) de participer à l'étude de Mme. Madeleine Vaillancourt, étudiante à la maîtrise en Travail social.

Nombre de personnes rejointes

Chicoutimi	Falardeau	La Baie
15	17	10

Au total, 42 personnes ont reçu l'information. Une copie de l'affiche décrivant la recherche, le profil des candidats et les coordonnées de Mme. Vaillancourt a été donnée à ces 42 personnes. Les raisons expliquant le refus sont :

- Pas de diagnostic de TDAH. Malgré que ces gens présentent plusieurs comportements reliés au Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.
- Plusieurs diagnostics sans hyperactivité
- Ne se situe pas dans la catégorie d'âge demandé.
- Diverses raisons personnelles.
- Manque de temps.

Pour plus amples informations vous pouvez communiquer en tout temps avec Mme. Myriam Harvey au 418-698-1176 postes 236, 240, rue Bossé, Chicoutimi G7J 1L9

ANNEXE G

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS/DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Dans la première partie de notre rencontre, nous aimerions que vous complétiez cette fiche de renseignements personnels. Elle comprend deux sections, une première qui comprend des questions d'ordre général et une deuxième qui contient des questions spécifiques au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Veuillez répondre à chacune des questions et ce, au meilleur de votre connaissance.

Code du participant	_____		
1. Quel est votre âge	_____	/	/
	Jour	Mois	Année
2. Quel est votre état matrimonial?	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Union libre		
3. Dans quelle municipalité demeurez-vous actuellement?	<input type="checkbox"/> Chicoutimi <input type="checkbox"/> Jonquière <input type="checkbox"/> La Baie <input type="checkbox"/> Lac-St-Jean <input type="checkbox"/> autre (précisez): _____		
4. Quel est votre niveau de scolarité?	<input type="checkbox"/> Secondaire IV ou moins <input type="checkbox"/> Secondaire V <input type="checkbox"/> Études collégiales <input type="checkbox"/> Études universitaires		
5. Avez-vous déjà repris une année scolaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
6. Avez-vous un emploi rémunéré?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
7. Quelle est votre principale source de revenu?	<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Prestation d'aide sociale <input type="checkbox"/> Prestation d'assurance-chômage <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité (Rentes Qc) <input type="checkbox"/> Autres		
8. Quel est votre revenu net?	<input type="checkbox"/> Moins de 14 999\$ <input type="checkbox"/> 15 000\$ à 24 999\$ <input type="checkbox"/> 25 000\$ à 34 999\$ <input type="checkbox"/> 35 000\$ à 44 999\$ <input type="checkbox"/> 45 000\$ à 54 999\$ <input type="checkbox"/> 55 000 et plus <input type="checkbox"/> Aucun revenu		
9. Consommez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, à quelle fréquence?	<input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> très souvent		
10. Consommez-vous des drogues?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, à quelle fréquence?	<input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> très souvent		
11. À quel moment avez-vous reçu un diagnostic du TDAH?	<input type="checkbox"/> Enfance <input type="checkbox"/> Adolescence <input type="checkbox"/> Adulte		
12. Utilisez-vous des services en raison de votre TDAH?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, lequel ou lesquels ?	_____		
13. Prenez-vous présentement de la médication pour le TDAH?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

ANNEXE H

QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION DU TDAH CHEZ L'ADULTE/ADULT REPORT SCALE ASRS v1.1

Répondez aux questions suivantes en vous auto-évaluant sur chacun des critères à l'aide de l'échelle à droite de la page. Pour répondre aux questions, cochez la case qui décrit le mieux vos sentiments ou vos comportements au cours de six derniers mois.		JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	TRES SOUVENT
1.	Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que le plus intéressant a été fait ?					
2.	Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire un travail qui demande une certaine organisation ?					
3.	Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés pour vous souvenir de vos rendez-vous ou de vos engagements ?					
4.	Avec quelle fréquence avez-vous tendance à éviter ou à remettre à plus tard un travail qui demande beaucoup de réflexion ?					
5.	Avec quelle fréquence avez-vous la bougeotte ou agitez-vous vos mains ou vos pieds lorsque vous devez rester assis pendant un long moment ?					
6.	Avec quelle fréquence vous sentez-vous trop actif ou obligé de faire des choses, comme si vous étiez actionné par un moteur ?					
7.	Avec quelle fréquence faites-vous des erreurs d'étourderie lorsque vous travaillez sur un projet ennuyeux ou difficile ?					
8.	Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à rester attentif lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif ?					
9.	Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous concentrer sur ce que les gens vous disent, même lorsqu'ils vous parlent directement ?					
10.	Avec quelle fréquence avez-vous tendance à égarer ou du mal à retrouver des choses à la maison ou au travail ?					
11.	Avec quelle fréquence êtes-vous distrait par de l'activité ou du bruit autour de vous ?					
12.	Avec quelle fréquence vous levez-vous pendant des réunions ou d'autres situations dans lesquelles vous êtes censé rester assis ?					
13.	Avec quelle fréquence avez-vous la bougeotte ou vous sentez-vous agité?					
14.	Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous détendre et à vous relaxer pendant votre temps libre ?					
15.	Avec quelle fréquence avez-vous remarqué que vous étiez trop bavard lorsque vous étiez en compagnie d'autres personnes ?					
16.	Avec quelle fréquence vous surprenez-vous terminant les phrases des autres dans une discussion avant qu'ils aient pu le faire eux-mêmes ?					
17.	Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à attendre votre tour dans une file d'attente ?					
18.	Avec quelle fréquence interrompez-vous les autres lorsqu'ils sont occupés ?					

Le questionnaire provient de l'Organisation Mondiale de la Santé –Version 1.1 et a été traduit et adapté en français par H. Caci de l'Université de Nice Sophia-Antipolis du Centre Hospitalier Universitaire de Nice en France et par FJ Bayle de l'Université Paris-Descartes du Centre Hospitalier Ste-Anne, de Paris en France, 2005.

Merci de votre collaboration et pour le temps que vous nous avez accordé pour la réussite de cette étude.

ANNEXE I

AUTO-ÉVALUATION DES IMPACTS DE SIX MANIFESTATIONS DU TDAH

Évaluer sur une échelle de 1 à 10, l'impact dans votre vie : professionnelle, de couple, familiale et sociale, de chacun des termes suivants.

vie socioprofessionnelle

Nous accordons à 1 la signification « aucun impact » et à 10 le « maximum d'impact », pourriez-vous me dire à quel niveau chacun de ces symptômes affecte votre fonctionnement professionnel (relations, communications, comportements, gestion de vos émotions ou autres) ?

a.	l'impulsivité.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
b.	l'hyperactivité.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
c.	l'inattention.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
d.	le manque de mémoire.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
e.	le manque d'organisation.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
f.	procrastination (remettre à plus tard).....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vie de couple

Sur une échelle de 1 à 10, si nous accordons à 1 la signification « aucun impact » et à 10 le « maximum d'impact », pourriez-vous me dire à quel niveau chacun de ces symptômes affecte votre fonctionnement (relation de couple, communications, stabilité conjugale, gestion des finances, gestion émotionnelle) ?

g.	l'impulsivité.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
h.	l'hyperactivité.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
i.	l'inattention.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
j.	le manque de mémoire.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
k.	le manque d'organisation.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
l.	procrastination (remettre à plus tard).....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vie familiale

Sur une échelle de 1 à 10, si nous accordons à 1 la signification « aucun impact » et à 10 le « maximum d'impact », pourriez-vous me dire à quel niveau chacun de ces symptômes affecte votre fonctionnement (relations avec vos enfants, communications, gestion des enfants, gestion du domicile) ?

m.	l'impulsivité.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
n.	l'hyperactivité.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
o.	l'inattention.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
p.	le manque de mémoire.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
q.	le manque d'organisation.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
r.	procrastination (remettre à plus tard).....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vie sociale

Sur une échelle de 1 à 10, si nous accordons à 1 la signification « aucun impact » et à 10 le « maximum d'impact », pourriez-vous me dire à quel niveau chacun de ces symptômes affecte votre fonctionnement (relations, communications, comportements, gestion de vos émotions ou autres) ?

s.	l'impulsivité.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9
t.	l'hyperactivité.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9
u.	l'inattention.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9
v.	le manque de mémoire.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9
w.	le manque d'organisation.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9
x.	procrastination (remettre à plus tard).....	1 2 3 4 5 6 7 8 9

ANNEXE J

GUIDE D'ENTREVUE

Cette entrevue, d'une durée d'environ 120 minutes, se divisera en quatre parties. La première partie concerne votre vie socioprofessionnelle, la deuxième votre vie de couple, la troisième votre vie familiale et la dernière votre vie sociale. Pour chacune des sections, des questions vous seront posées afin de connaître votre point de vue sur votre fonctionnement et vos stratégies utilisées pour mieux vivre avec le trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité. Je vous rappelle qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses rattachées aux questions de chacune des parties. Je vous rappelle également que toute l'information recueillie demeurera confidentielle. Vous êtes libre de répondre ou non aux questions qui vous seront posées. Si vous en ressentez le besoin, il est possible de prendre des temps d'arrêt au cours de l'entrevue. J'apprécie grandement le temps que vous m'accordez dans le cadre de cette entrevue et je vous en remercie

A. PREMIÈRE PARTIE : votre vie socioprofessionnelle.

Si le participant de l'étude ne travaille pas, et effectue des études, l'interviewer explore le domaine scolaire en posant les mêmes questions que celles mentionnées pour l'emploi.

1. Généralement, les individus recherchent un certain idéal à propos de leur vie socioprofessionnelle. Pouvez-vous me parler du vôtre ?
2. Que pouvez-vous me dire à propos de votre emploi?
(Durée/ Type d'emploi/Fonctions)
3. Qu'est-ce qui vous satisfait le plus dans votre emploi ?
4. Qu'est-ce qui vous satisfait le moins dans votre emploi ?
5. Jusqu'à présent, avez-vous rencontré des difficultés particulières dans le cadre de l'exercice de vos fonctions ? Si oui, lesquelles ?
6. Avez-vous parlé de votre TDAH dans votre milieu de travail ? Si oui, à qui et quel en a été l'impact ? Si non, pourquoi ?
7. Jusqu'à quel point, le fait de vivre avec le TDAH constitue-t-il un obstacle à votre vie socioprofessionnelle ?

8. Pouvez-vous me donner votre propre définition des termes suivants et évaluer sur une échelle de 1 à 10, l'impact de chacun de ces termes dans votre milieu de vie professionnelle.

Nous accordons à 1 la signification « aucun impact » et à 10 le « maximum d'impact », pourriez-vous me dire à quel niveau chacun de ces symptômes affecte votre fonctionnement professionnelle (relations, communications, comportements, gestion de vos émotions ou autres) ?

a. L'impulsivité	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
b. L'hyperactivité	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
c. L'inattention	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
d. le manque de mémoire	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
e. le manque d'organisation	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
f. procrastination (remettre à plus tard)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Pouvez-vous me parlez des difficultés que vous rencontrez dans votre milieu de travail en raison de votre :

a. Impulsivité

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu de travail ?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu de travail où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de votre impulsivité dans votre milieu de travail ?

b. Hyperactivité

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu de travail ?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu de travail où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. À votre avis, quels sont les impacts positifs de l'hyperactivité dans votre milieu du travail ?

c. Inattention

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu de travail ?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu de travail où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de l'inattention dans le milieu du travail ?

d. Manque de mémoire

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu de travail ?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu de travail où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs du manque de mémoire dans le milieu du travail ?

e. Manque d'organisation

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu de travail ?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu de travail où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs du manque d'organisation dans le milieu du travail ?

f. Procrastination (remettre à plus tard)

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu de travail ?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu de travail où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*

3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de la procrastination dans le milieu du travail ?

B. DEUXIÈME PARTIE : votre vie de couple.

10. Quel serait pour vous une vie de couple idéal ?
11. Comment qualifiez-vous votre vie de couple ?
12. Qu'est-ce qui vous satisfait le plus dans votre vie de couple ?
13. Qu'est-ce qui vous satisfait le moins dans votre vie de couple ?
14. Jusqu'à présent, avez-vous rencontré des difficultés particulières ? Si oui, lesquelles?
15. Avez-vous parlé de votre TDAH avec votre conjoint ? Si oui, quel en a été l'impact ? Si non, pourquoi ?
16. Sur une échelle de 1 à 10, si nous accordons à 1 la signification « aucun impact » et à 10 le « maximum d'impact », pourriez-vous me dire à quel niveau chacun de ces symptômes affecte votre fonctionnement (relation de couple, communications, stabilité conjugale, gestion des finances, gestion émotionnelle) ?

g. l'impulsivité	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
h. l'hyperactivité	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
i. l'inattention	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
j. le manque de mémoire	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
k. le manque d'organisation	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
l. procrastination (remettre à plus tard)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Pouvez-vous me parler des difficultés que vous rencontrez dans votre vie de couple, dans votre relation, vos communications, la stabilité conjugale, la gestion des finances, la gestion émotionnelle à cause de :

a. **Impulsivité**

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre vie de couple?*

2. *Y-a-t-il des moments dans votre vie de couple où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de l'impulsivité dans votre vie de couple ?

b. Hyperactivité

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre vie de couple?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu de couple où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. À votre avis, quels sont les impacts positifs de l'hyperactivité dans votre vie de couple ?

c. Inattention

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre vie de couple?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre vie de couple où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de l'inattention dans votre vie de couple ?

d. Manque de mémoire

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre vie de couple?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre vie de couple où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs du manque de mémoire dans votre vie de couple ?

e. Manque d'organisation

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre vie de couple?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre vie de couple où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs du manque d'organisation dans votre vie de couple ?

f. Procrastination (remettre à plus tard)

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre vie de couple?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre vie de couple où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de la procrastination dans votre vie de couple ?

C. TROISIÈME PARTIE : votre vie familiale

- 18. Qu'est-ce qui serait pour vous une vie familiale idéale ?
- 19. Pouvez-vous me parler de votre vie familiale?
(Type de famille, enfants TDAH, rôles)
- 20. Qu'est-ce qui vous satisfait le plus dans votre vie familiale ?
- 21. Qu'est-ce qui vous satisfait le moins dans votre vie familiale ?
- 22. Jusqu'à présent, avez-vous rencontré des difficultés particulières dans le cadre de vos responsabilités dans votre milieu familial ? Si oui, lesquelles ?
- 23. Avez-vous parlé de votre TDAH dans votre milieu de vie familiale ? Si oui, à qui et quel en a été l'impact ? Si non, pourquoi ?
- 24. Sur une échelle de 1 à 10, si nous accordons à 1 la signification « aucun impact » et à 10 le « maximum d'impact », pourriez-vous me dire à quel niveau chacun de ces

symptômes affecte votre fonctionnement (relations avec vos enfants, communications, gestion des enfants, gestion du domicile)?

- m. **L'impulsivité**..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- n. **L'hyperactivité**..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- o. **L'inattention**..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- p. **le manque de mémoire**..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- q. **le manque d'organisation**..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- r. **procrastination (remettre à plus tard)**..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Pouvez-vous me parlez des difficultés que vous rencontrez dans votre milieu familial, dans vos relations avec vos enfants, vos communications, la gestion des enfants, la gestion du domicile, à cause de :

a. Impulsivité

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés??
 - 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu familial?*
 - 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu familial où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 - 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de l'impulsivité dans votre milieu familial ?

b. Hyperactivité

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 - 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu familial?*
 - 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu familial où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 - 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. À votre avis, quels sont les impacts positifs de l'hyperactivité dans votre milieu familial ?

c. Inattention

- i. Quelles stratégies (stratégies) avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 - 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu familial?*

2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu familial où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de l'inattention dans votre milieu familial ?

d. Manque de mémoire

- i. Quelles stratégies (stratégies) avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu familial?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu familial où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs du manque de mémoire dans votre milieu familial ?

e. Manque d'organisation

- i. Quelles stratégies (stratégies) avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu familial?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu familial où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs du manque d'organisation dans votre milieu familial ?

f. Procrastination (remettre à plus tard)

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu familial?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu familial où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de la procrastination dans votre milieu familial ?

D. QUATRIÈME PARTIE : votre vie sociale.

26. Quel serait d'après vous une vie sociale idéale ?
27. Qu'auriez-vous à dire à propos de votre vie sociale?
28. Qu'est-ce qui vous satisfait le plus dans votre vie sociale ?
29. Qu'est-ce qui vous satisfait le moins dans votre vie sociale ?
30. Jusqu'à présent, avez-vous rencontré des difficultés particulières ? Si oui, lesquelles?
31. Avez-vous parlé de votre TDAH avec vos amis(es) ou autres personnes de votre milieu de vie social ? Si oui, à qui et quel en a été l'impact ? Si non, pourquoi ?
32. Sur une échelle de 1 à 10, si nous accordons à 1 la signification « aucun impact » et à 10 le « maximum d'impact », pourriez-vous me dire à quel niveau chacun de ces symptômes affecte votre fonctionnement (relations, communications, comportements, gestion de vos émotions ou autres)?
- | | |
|--|----------------------|
| s. l'impulsivité | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| t. l'hyperactivité | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| u. l'inattention | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| v. le manque de mémoire | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| w. le manque d'organisation | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| x. procrastination (remettre à plus tard) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
33. Pouvez-vous me parler des difficultés que vous rencontrez dans votre milieu social en raison de :

a. Impulsivité

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
- 1. Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu social? (ou) Y-a-t'il des choses qui ont facilité l'application de ces stratégies dans votre milieu social ?*
 - 2. Y-a-t-il des moments dans votre milieu social où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 - 3. Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de l'impulsivité dans votre milieu social ?

b. Hyperactivité

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Est-ce qu'il y a des choses qui ont facilité l'application de ces stratégies ?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu social où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. À votre avis, quels sont les impacts positifs de l'hyperactivité dans votre milieu social ?

c. Inattention

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu social? (ou) Y-a-t-il des choses qui ont facilité l'application de ces stratégies dans votre milieu social?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu social où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de l'inattention dans votre milieu social ?

d. Manque de mémoire

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu social?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu social où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs du manque de mémoire dans votre milieu social ?

e. Manque d'organisation

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
 1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu social? (ou) Y-a-t-il des choses qui ont facilité l'application de ces stratégies dans votre milieu social?*

2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu social où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs du manque d'organisation dans votre milieu social ?

f. Procrastination (remettre à plus tard)

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en œuvre pour faire face à ces difficultés?
1. *Qu'est-ce qui facilite l'application de ces stratégies dans votre milieu social? (ou) Y-a-t-il des choses qui ont facilité l'application de ces stratégies ?*
 2. *Y-a-t-il des moments dans votre milieu social où les stratégies ne fonctionnent pas? Pouvez-vous préciser?*
 3. *Quand cela arrive, que faites-vous d'autre ?*
- ii. D'après vous, quels sont les impacts positifs de la procrastination dans votre milieu social ?

(Pour toutes les questions en i et ii, l'interviewer explore les opportunités ou/et les conditions de réussite, les contraintes ou/et les conditions de non réussite de l'application des stratégies (moyens, outils, stratégies) utilisés par le sujet dans les milieux du travail, social, familial et conjugal).

34. En terminant, y a-t-il des éléments dont nous n'avons pas parlé en cours d'entrevue et que vous aimeriez ajouter pour conclure ?

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé dans le cadre de cette entrevue.
Sachez que j'apprécie votre générosité.

ANNEXE K

THÈMES ET SOUS-THEMES DE LA CODIFICATION

LISTE DES THÈMES ET SOUS-THEMES - CODIFICATION						
Thèmes	Sous-thèmes	Codes/ liste de départ				
<p>ONTOSYSTÈME Forces et limites personnelles</p>	<p>Identité Affirmation de soi/ Patience et impatience/Aime l'ordre Aime que ça bouge (besoin de bouger – hyperactivité) Communication Compétence au travail /Intégration Demande d'aide Détermination /Honnêteté/ Indépendance /Persévérance/Exigence Incapacité à arrêter une activité Lent Maladies Peurs Prendre sur soi Rapport au temps Rapport avec l'argent, le budget</p>					
<p>ONTOSYSTÈME</p>	Valeurs personnelles					
<p>MÉSO-SYSTÈME Interventions et traitements</p>	<p>Intervention DPJ Intervention intervenant scolaire Intervention organisme communautaire</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <p>Traitement pharmacologique</p> </td> <td> <p>Durée de l'effet de la médication Espoir effet médication Impact de l'observance à la médication Impact de la non observance à la médication Impact négatif de la médication Traitement psychiatrique Traitement psychologique</p> </td> </tr> </table>	<p>Traitement pharmacologique</p>	<p>Durée de l'effet de la médication Espoir effet médication Impact de l'observance à la médication Impact de la non observance à la médication Impact négatif de la médication Traitement psychiatrique Traitement psychologique</p>			
<p>Traitement pharmacologique</p>	<p>Durée de l'effet de la médication Espoir effet médication Impact de l'observance à la médication Impact de la non observance à la médication Impact négatif de la médication Traitement psychiatrique Traitement psychologique</p>					
<p>ONTOSYSTÈME MICRO-SYSTÈME Stratégies d'adaptation</p>	<p>Description des stratégies Stratégies efficaces Stratégies inefficaces</p>	<p>FF-ST-TDAH FNF-ST-TDAH</p>				
<p>TDAH</p>	<p>Comorbidité avec le TDAH</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Confirmation diagnostique</td> <td>Sentiment positif</td> </tr> </table> <p>Définition des concepts (TDAH et symptômes)</p> <p>Évaluation impact TDAH avec échelle 1 à 10</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <p>Symptômes du TDAH SYMP-TDAH</p> </td> <td> <p>Hyperactivité (avec ou sans) Impulsivité (avec ou sans) Inattention (avec ou sans) Manque d'organisation (avec ou sans) Manque de mémoire (avec ou sans) Procrastination (avec ou sans)</p> </td> </tr> </table>	Confirmation diagnostique	Sentiment positif	<p>Symptômes du TDAH SYMP-TDAH</p>	<p>Hyperactivité (avec ou sans) Impulsivité (avec ou sans) Inattention (avec ou sans) Manque d'organisation (avec ou sans) Manque de mémoire (avec ou sans) Procrastination (avec ou sans)</p>	<p>DEF-SYMP-TDAH EVA-ÉCHEL HY IMP INAT M-ORG M-MÉM PROS</p>
Confirmation diagnostique	Sentiment positif					
<p>Symptômes du TDAH SYMP-TDAH</p>	<p>Hyperactivité (avec ou sans) Impulsivité (avec ou sans) Inattention (avec ou sans) Manque d'organisation (avec ou sans) Manque de mémoire (avec ou sans) Procrastination (avec ou sans)</p>					
<p>MICRO-SYSTÈME Via de couple DOV : C</p>	<p>Budget responsable Dévoilement du TDAH dans le couple Idéal conjugal Implications personnelles dans le couple Insatisfaction conjugale</p>	<p>C-GÉN DIVUL-TDAH C-GÉN C-GÉN</p>				

	Le conjoint idéal (la conjointe idéale) Parcours de vie conjugale Perception des rapports homme-femme Satisfaction conjugale	C-N-SAT C-GÉN C-GÉN C-GÉN C-SAT
MICROSYSTÈME Vie familiale DOV : F	Comportement des enfants Dévoilement du TDAH dans le milieu familial Hérédité Insatisfaction familiale La famille idéale Obligations familiales Parcours de vie familiale Rapport au temps Rapport avec l'école Relation avec les enfants Satisfaction familiale Valeurs familiale	F-GÉN DIVUL- TDAH- F-N-SAT F-GÉN F-GÉN F-GÉN F-GÉN F-SAT F-GÉN
MICROSYSTÈME Vie professionnelle DOV : P	Dévoilement du TDAH dans le milieu de l'emploi Durée de l'emploi Idéal professionnel Insatisfaction professionnelle Parcours professionnel et scolaire Satisfaction professionnelle Type d'emploi	DIVUL- TDAH P-GÉN P-GÉN P-N-SAT P-GÉN P-SAT P-GÉN
MICROSYSTÈME Vie sociale DOV : S	Activités sociales Dévoilement du TDAH dans la vie sociale Idéal dans les relations sociales Insatisfaction face aux relations sociales Parcours de vie sociale Rapport au temps dans les relations sociales Relations sociales Satisfaction face aux relations sociales	DIVUL- TDAH S-GÉN S-N-SAT S-GÉN S-GÉN S-GÉN S-SAT
Avoir des enfants Concentration Conscientisation Consommation alcool et drogue Croyances personnelles Description du conjoint Émotions Exemples de discours décousu Histoire de vie personnelle Identité	Naïveté et rejet Opinions générales Parenté et famille proche Prendre soin de l'autre/Prendre soin de soi Réponses de l'évaluation sociodémographique Rêve Sommeil Suicide	

ANNEXE L

APPROBATION ETHIQUE

UQAC
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

APPROBATION ÉTHIQUE

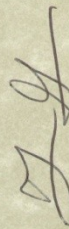
Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du 13 octobre 2010 au 31 décembre 2012

Pour le projet de recherche intitulé : *Fonctionnement social et processus d'adaptation chez l'adulte atteint de TDAH.*

Responsable du projet de recherche : *Madame Madeleine Vaillancourt*

Fait à Ville de Saguenay, le 13 octobre 2010



François Guérard
Président
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

ANNEXE M

ATTESTATION DE LA VALEUR ETHIQUE DU PROJET DE MÉMOIRE



Saguenay, le 31 août 2010

Comité de coordination
Comité d'éthique et de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi

Objet : Attestation de la valeur scientifique du projet de mémoire de Madeleine Vaillancourt dont le titre est : Fonctionnement social et processus d'adaptation chez l'adulte atteint du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

Chers membres du comité

À titre de directrice du projet de mémoire de Mme Madeleine Vaillancourt, étudiante en travail social, j'atteste de la qualité et de la pertinence scientifique de son étude. À l'été 2010, le projet de mémoire a été évalué par trois professeures (Marie-Hélène Morin, UQAR; Suzie Robichaud et moi-même). Les trois évaluatrices en sont arrivées au même constat, c'est-à-dire de proposer l'acceptation du projet sous réserve de modifications mineures. Je certifie, par la présente lettre, que l'ensemble des modifications proposées à ce moment ont été effectuées. Dans sa forme actuelle, le devis de recherche est donc jugé conforme aux attentes de l'Unité d'enseignement en travail social, c'est pourquoi j'autorise son dépôt au Comité d'éthique et de la recherche de l'UQAC.

En espérant le tout à votre entière satisfaction, je demeure disponible pour toutes questions ou commentaires relatifs au dépôt du projet de Mme Vaillancourt.

Veuillez agréer, chers membres du comité, mes salutations distinguées.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Christiane Bergeron-Leclerc', is written over a horizontal line. The signature is fluid and cursive.

Christiane Bergeron-Leclerc, professeure
Département des Sciences Humaines
Université du Québec à Chicoutimi

