

Table des matières

Introduction	13
PARTIE UN - LE TDA/H SOUS TOUTES SES COUTURES	17
Le TDA/H, c'est quoi au juste ?	19
Tout le monde n'a-t-il pas un peu de TDA/H dans le nez ? • 21	
La seule constance du TDA/H : l'inconstance ! • 23	
TDA ou TDA/H ? • 25	
♦ TDA/H à présentation inattentive prédominante • 25	
♦ TDA/H à présentation hyperactive/impulsive prédominante • 27	
♦ TDA/H à présentation combinée • 29	
Le TDA/H, c'est de naissance ? • 29	
Ça se passe dans le cerveau ! • 29	
Le TDA/H, ça reste toute la vie ? • 31	
Je ne suis plus un enfant ! Qu'est-ce qui motive un adulte à obtenir un diagnostic ?	33

Personnalité ou trouble ? • 33

Le TDA/H n'arrive (presque) jamais seul • 35

Un diagnostic, ça donne quoi ? • 38

Passons à l'évaluation • 40

Les symptômes du TDA/H, version 2.0 47

Les fonctions exécutives: principales coupables des ratés minuscules ou colossaux 55

Modérer ses ardeurs: l'inhibition • 56

Se botter le derrière: l'activation • 57

Se gérer: la régulation des affects et de la motivation • 58

S'entêter à s'entêter: la flexibilité mentale • 60

Cesser l'improvisation: la planification • 61

Ne pas perdre le fil: la mémoire de travail • 62

Rester concentré: les ressources attentionnelles • 63

PARTIE DEUX - PAR ICI LES STRATÉGIES 67

Croyez-moi, j'ai déjà essayé... 69

Ces fameuses pilules: l'intervention pharmacologique 77

Une rouge, une bleue, une jaune ?

Les sortes de médications • 79

La médication va-t-elle tout régler ? • 81

Les effets secondaires possibles et presque impossibles
de la médication • 82

B.a.-ba: l'hygiène de vie 85

Seuls les vampires peuvent ne pas dormir • 85

Manger sans s'empiffrer • 88

Bouger, ça aide à se concentrer • 91

Attention aux écrans, ces voleurs d'attention! • 92

Allez, hop! On se met en action! Les stratégies comportementales

97

Mettre la procrastination K.-O. • 98

- Ça va arriver; implanter des intentions • 99
- Ça va se passer comme ça; se préparer • 101
- Ça va se passer à ce moment-là; déterminer ses *momentums* • 103

Se motiver à se motiver • 104

- Petits défis, gros ennui • 105
- Aux grands projets les grands moyens! • 110

Avoir une emprise sur le temps • 116

- L'agenda, le meilleur allié • 117
- Tangible, comme le temps qui file • 120
- Urgent et important: prioriser • 122
- À ton tour de jouer; déléguer • 126

Attentif et concentré au maximum • 130

- À bas les distractions! • 130
- Finies les pensées parasites! • 133
- Les pauses sont bienvenues • 134

Ne pas oublier de ne pas oublier • 137

- Aussi bien le mettre par écrit; les listes et les pictogrammes • 137
- Les rappels pour se rappeler • 138
- Les moyens mnémo-quoi? • 140

- Sans rien changer ; les routines et rituels • 143

Cesser de tout perdre • 145

- Les choses avec les choses, les trucs avec les trucs ; catégoriser • 145
- À portée de main ; utiliser un système logico-pratique • 147
- A, B, C, D, E ; ranger par ordre alphabétique • 148
- Tout nouveau, tout beau ; classer par nouveauté • 148
- Toujours au même endroit ; développer des compulsions de rangement • 149

Le défi ultime : apprendre à se gérer

153

Moins grouiller ; gérer son agitation • 153

- En position verticale ; rester debout • 153
- Bouger sans déranger • 155
- Faire des pauses actives • 156

Calmer la bête ; gérer son impulsivité • 156

- Je sais ce qui me rend comme ça ; se connaître • 158
- Je sais quoi faire pour ne pas réagir comme ça ; prévenir son comportement • 159
- Je sais comment défaire ça ; revenir sur son comportement • 160
- Je sais comment me sortir de ça ; s'entraîner à prendre son temps • 161

Pas de panique ; gérer son anxiété • 162

- Empêcher l'anxiété de s'installer ; remettre en question son discours interne nuisible • 162
- Chasser l'anxiété ; les approches corporelles et cognitives • 164

Jamais seul ; se faire aider	169
S'allier pour s'aider • 169	
L'aide encadrée ; les formes de thérapies • 171	
Les adaptations possibles en contexte d'études ou de travail • 173	
 Conclusion	 177
 Remerciements	 179

Introduction

Lorsque j'ai écrit le premier livre de la collection, *TDA/H: La boîte à outils*, mes deux filles avaient encore un pied dans l'enfance. Toutes deux atteintes du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H), elles avaient bien involontairement contribué à approfondir mon expertise en la matière. Les défis que j'avais vus surgir sur leur parcours avaient amplifié ma sensibilité à la détresse qui peut être vécue par des enfants porteurs de TDA/H ou par les gens qui les entourent. La motivation à produire cet ouvrage découlait donc du désir d'aider des familles comme la nôtre. Parallèlement, mon travail en psychologie clinique et dans le milieu scolaire m'amenait également à être témoin de façon quotidienne des enjeux occasionnés par ce trouble neurodéveloppemental.

Quelques années plus tard, j'ai eu la chance de rencontrer une autrice, Christiane Sylvestre, qui voulait rédiger un guide à l'intention des parents et des intervenants gravitant autour d'adolescents et d'adolescentes aux prises avec un TDA/H. Mes filles étant désormais dans cette période, je voyais bien la nécessité d'adapter certaines stratégies ou interventions. Ce projet me stimulait ainsi au plus haut point et correspondait très bien à ce que je vivais dans ma vie personnelle à ce moment-là. Nous avons alors uni nos forces, et notre collaboration a donné le livre *TDA/H chez les ados: La boîte à outils*.

En parallèle, j'entretenais l'idée d'écrire un guide pour les adultes. Après tout, j'ai la chance non seulement de côtoyer dans mon travail bon nombre d'adultes atteints de TDA/H, mais également d'être mariée à l'un d'eux ! L'expérience clinique et les connaissances que j'ai acquises en ce qui concerne les différentes facettes de ce trouble à l'âge adulte me permettent dorénavant de maîtriser beaucoup mieux les interventions compensatoires (c'est-à-dire qui aident à atténuer les impacts des symptômes) appropriées aux défis rencontrés. Mes grandes filles, maintenant majeures, et mon merveilleux époux sont d'ailleurs mes cobayes par excellence lorsque vient le temps de mettre à l'épreuve de nouvelles stratégies. Il est vrai que je peux parfois être intense dans les moyens déployés pour organiser ou faciliter notre quotidien, mais ils ne m'en tiennent jamais rigueur, car ils savent que je le fais avant tout par amour.

Ce livre est donc le fruit de plusieurs années d'expériences que je qualifierais de soutenues et intimes avec le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité chez l'adulte. Vous remarquerez que, dans les prochains chapitres, plutôt que de parler de gens, de personnes ou d'individus TDA/H, j'utiliserai systématiquement les termes « porteur de TDA/H » ou « atteint de TDA/H ». Cette précision m'apparaît nécessaire pour véhiculer l'idée que l'entité de ces personnes n'est pas réduite à leur trouble. Les mots sont porteurs de sens : on peut *avoir* un trouble (avoir un TDA/H), mais on *n'est pas* un trouble (être TDA/H). Encore une fois, ma famille autant que mes clients m'ont amenée à considérer cette rigueur d'appellation comme essentielle, pour faire évoluer les perceptions.

Ce guide est ponctué de sections **Récit de psy** qui racontent anecdotes et faits vécus sur le plan professionnel ou personnel. Les encadrés **Un p'tit plus** présentent pour leur part des précisions intéressantes. Des suggestions d'**Outils technos** pour appuyer les stratégies – applications pour téléphones ou tablettes, sites Internet, logiciels ou autres – sont aussi proposées, lorsque cela est approprié.

Bien entendu, si vous tenez cet ouvrage, c'est possiblement parce que vous soupçonnez en vous la présence d'un TDA/H ou avez reçu un diagnostic en ce sens. La lecture soutenue comporte peut-être alors pour vous une part de défi. Si tel est le cas, je vous conseille de laisser traîner ce livre dans des endroits où vous serez susceptible de lire une page ou deux, ici et là. Vous trouverez également des **Rappels des stratégies**, dans la partie deux, qui constituent des abrégés des informations présentées, plus faciles à survoler rapidement si votre concentration vous fait défaut par moments.

N'allez pas vous mettre en tête de lire l'entièreté de ce bouquin d'un seul coup ni d'utiliser chacun des trucs et des techniques dans l'immédiat. Bien que rien ne vous empêche de le faire, délestez-vous de la culpabilité qui pourrait survenir s'il en était autrement. Adaptez aussi les stratégies en fonction de vos préférences et de votre réalité. L'idée de ce guide est de vous venir en aide, rien de plus, rien de moins. Je croise néanmoins les doigts pour qu'il vous inspire un petit rien de plus et soit porteur de différence.

Bonne lecture!

Ariane



PARTIE UN

LE TDA/H SOUS TOUTES SES COUTURES



Le TDA/H, c'est quoi au juste ?

Plusieurs adultes présentant un TDA/H que j'ai rencontrés dans mon parcours professionnel m'ont confié avoir été des enfants agités, explosifs ou autrement dérangeants en classe, vite isolés dans le corridor de l'école ou conduits au bureau du directeur. À la maison, ils étaient parfois qualifiés d'insupportables, et des interventions punitives étaient déployées pour parvenir à « casser » leur caractère. D'autres se souviennent d'avoir été lunatiques, incapables de mener à bien quoi que ce soit dans des délais respectables ou oubliés au fond de la classe sans qu'on se préoccupe de leur besoin de soutien pourtant criant. Rarement le TDA/H était-il évoqué, il y a quelques années, pour expliquer ces symptômes. De fait, il était largement méconnu par la population en général, voire de la communauté scientifique, ce qui était d'ailleurs encore plus vrai pour le TDA/H adulte.

Or, plusieurs écrits portent à penser que ce trouble n'a rien de contemporain; certaines œuvres littéraires datant du dix-septième siècle, comme *L'étourdi* de Molière ou *Le distrait* de Regnard, décrivent des personnages aux traits caractéristiques du TDA/H tel qu'on le connaît aujourd'hui. Ce n'est pourtant qu'à la fin du dix-neuvième siècle que les symptômes ont pour la première fois été répertoriés, puis étudiés.

À l'époque, la notion d'*instabilité mentale* était utilisée pour expliquer les manifestations observées chez une population d'écoliers « anormaux¹ ». Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, dans sa deuxième version (DSM-II) sortie en 1968, a pour sa part d'abord introduit le diagnostic de « réaction hyperkinétique de l'enfance ou de l'adolescence », basé sur des symptômes d'hyperactivité, d'agitation, de distractibilité et d'inattention. C'est la troisième édition de ce même manuel (DSM-III), publiée au début des années 1980, qui parlera en premier du « trouble déficit de l'attention avec hyperactivité ». Mais pour avoir des critères propres au TDA/H adulte, il aura fallu attendre sa version la plus récente (DSM-5), parue en 2013.

Aujourd'hui, les perceptions ont heureusement changé. Ce trouble et ses manifestations étant de plus en plus connus et discutés dans les médias et la population en général, plusieurs individus se reconnaissent dans les traits caractéristiques du TDA/H ou en attribuent aux personnes de leur entourage. Il n'est en effet pas rare que des gens venus me consulter pour une évaluation psychologique avouent d'entrée de jeu avoir autodiagnostiqué ce trouble grâce à ce qu'ils ont entendu à travers leurs contacts sociaux ou lu sur le Web. La proportion d'enfants à qui l'on diagnostique un déficit de l'attention a d'ailleurs explosé dans les dernières années, particulièrement au Québec². En ce qui concerne le nombre de diagnostics de TDA/H attribué à une population adulte, la recension des données ne nous permet actuellement pas de connaître l'état

-
1. DE BECKER E., A. FRANÇOIS, P. KINOO et A. MALCHAIR. « La question du diagnostic en psychiatrie infanto-juvénile », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 58, n° 2, 2015, p. 571-594.
 2. ST-ONGE J.-C. *TDAH? Pour en finir avec le dopage des enfants*, Montréal, Éditions Écosociété, 2015.

de la situation, mais il y a fort à parier que les prochaines années témoigneront de la même progression...

TOUT LE MONDE N'A-T-IL PAS UN PEU DE TDA/H DANS LE NEZ ?

Eh bien, non ! S'il est vrai de dire qu'une majorité de gens vivent des ratés au quotidien, comme des oublis, des comportements prompts ou irréfléchis, une mauvaise gestion du temps, de la désorganisation ou de l'inattention, il est aussi faux d'affirmer que tous présentent un *trouble*.

Essentiellement, le TDA/H se caractérise par des traits persistants d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfèrent de façon **significative** avec le fonctionnement ou le développement dans au moins deux sphères de la vie (milieu familial, scolaire, de garde, de travail, environnement sportif, etc.). Pour que l'on parle d'un trouble, il ne suffit donc pas d'avoir quelques symptômes ; ces derniers doivent occasionner une entrave importante dans les activités quotidiennes de la personne.

Le terme même de *trouble* peut par ailleurs être trompeur ; plutôt que de parler de *déficit de l'attention*, il pourrait être plus éclairant de parler de *difficultés d'inhibition*. Les individus qui en sont porteurs ne sont pas incapables d'être attentifs, mais ont des difficultés à **empêcher** les stimuli ambiants ou internes (émotions, cognitions³) de **détourner** leur attention, à **freiner** leurs pensées intrusives ou leurs impulsions et à **suspendre** leurs gestes d'agitation.

3. Activités mentales incluent dans le processus de *traitement* de l'information telles que la perception, les fonctions exécutives, le raisonnement, la mémoire et la prise de décision.

La vie est un drame

Le fait de réagir vivement, de ressentir les émotions avec une forte intensité et d'exploser de colère ou de joie régulièrement compte parmi les indices qui me portent à croire, lors d'une première rencontre d'évaluation, qu'un diagnostic de TDA/H pourrait bien expliquer les symptômes entraînant un adulte à me consulter. Parfois décrites par les clients eux-mêmes comme *un manque de filtre*, une incapacité à *mettre le couvercle sur le presto* ou encore une propension à *jouer la comédie*, ces apparentes pertes de contenance sont en fait liées à un déficit d'inhibition. Alors qu'il est généralement possible pour une majorité de personnes de contrôler leurs pensées, de suspendre leur ressenti (à tout le moins temporairement) et de prendre du recul, les individus porteurs de TDA/H y parviennent beaucoup plus difficilement et peuvent avoir besoin d'une aide externe.

À titre d'exemple, une cliente me racontait avoir tendance à s'emballer rapidement et à injurier tout le monde sur son passage quand elle cherche ses clés (ce qui arrive tous les matins ou presque), mais elle baisse le ton et change vite de discours dès que son regard croise celui, apaisant, de son conjoint. Elle pleure aussi facilement à la moindre situation émouvante présentée à la télévision, mais est capable d'autodérision lorsque ses enfants se moquent gentiment d'elle. Heureusement, les éclats de colère suivis de sorties théâtrales qui ponctuaient son quotidien autrefois ne sont plus d'actualité; les séances de thérapie combinées à sa volonté de mieux contrôler sa réactivité lui insufflent une petite retenue quand elle sent sa colère monter.

LA SEULE CONSTANCE DU TDA/H: L'INCONSTANCE!

Sans être inaptes à faire preuve d'attention, les gens porteurs d'un TDA/H peuvent montrer une attention *insuffisante en certaines circonstances*. Le DSM-5 précise d'ailleurs à cet égard que :

Les signes du trouble peuvent être minimes ou absents quand l'individu reçoit des récompenses fréquentes pour un comportement approprié, quand il bénéficie d'une supervision rapprochée, quand il est dans un contexte nouveau, quand il fait une activité particulièrement intéressante, quand il reçoit une succession de stimuli externes (par exemple par les écrans électroniques) ou quand il interagit dans des situations en seul à seul (par exemple dans le bureau du médecin)⁴.

Les individus présentant un TDA/H peuvent donc être attentifs, concentrés (voire hyper concentrés), calmes et posés dans diverses circonstances. L'intérêt, la motivation et le contexte jouent un grand rôle dans l'expression des symptômes. Retenons cependant qu'il n'existe qu'une seule constance inébranlable dans le TDA/H : son inconstance ! Les symptômes ne sont pas *toujours* présents, dans *toutes* les situations ni avec la *même* intensité.

Je compare d'ailleurs souvent les gens atteints de TDA/H à des sprinteurs ; ils peuvent, sous certaines conditions, offrir des performances tout à fait impressionnantes. Mais l'énergie

4. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 5^e édition, Paris, Elsevier Masson, 2015.

que cela requiert est telle qu'ils en viennent inévitablement à « casser ». Ils sont donc incapables de maintenir la cadence à long terme, ce qui en fait de piètres marathoniens.

RÉCIT DE PSY

Hockey : 1 – Vraie vie : 0

Un joueur de hockey professionnel récemment retraité est venu me consulter parce qu'il soupçonnait chez lui la présence d'un TDA/H. Sa conjointe, qui l'accompagnait, m'a fait part de ses frustrations quant à l'attitude de son homme à la maison. « Il est très désorganisé, bordélique, incapable de finir quoi que ce soit et oublie absolument tout, autant ses effets personnels que ses rendez-vous, incluant nos sorties d'amoureux ! Il n'a pourtant jamais perdu un bas dans le vestiaire de hockey et n'est jamais arrivé en retard à une pratique. Encore aujourd'hui, quand vient le temps de compiler les statistiques sur les joueurs de sa ligue, il peut rester concentré pendant des heures et navigue d'un tableau Excel à un autre avec une organisation exceptionnelle. »

Ce cas de figure est typique de l'atténuation des symptômes qui s'observe lorsqu'un individu est hautement intéressé ou stimulé par un sujet ou une activité. J'ai personnellement la croyance que, si tout dans la vie n'était que passion, le TDA/H serait voué à l'extinction. Malheureusement, les choses étant ce qu'elles sont, il est plus sage de développer des stratégies pour pallier les situations où le manque de motivation entraîne des ratés bien involontaires et occasionne des tourments.

TDA OU TDA/H?

Le nom *officiel*⁵ du trouble est « déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) ». Bien qu'il soit tout aussi commun d'entendre parler de TDA, cette abréviation visant à désigner les individus ne présentant pas d'hyperactivité ni d'impulsivité est en fait inexact. Le TDA/H conserve toujours le même nom, mais on en distingue les différentes formes :

TDA/H à présentation inattentive prédominante

L'inconstance de l'attention est le symptôme le plus marqué chez les gens qui correspondent à cette catégorie. Généralement perçus comme des étourdis, des rêveurs ou des lunatiques, ils ont aussi beaucoup de mal à se mettre en action pour faire les choses. Rien ne semble presser, si bien que je me plais souvent à dire qu'ils n'ont que deux vitesses : lent et très lent. Ils peinent à se rendre au bout de leurs projets, dont la visée se brouille avec le temps. Sans compter que les « mais qu'est-ce que j'allais chercher? », « mais où m'en allais-je? », « mais qu'est-ce que j'allais demander? » reviennent beaucoup dans leur discours.

Ils sont par ailleurs facilement dérangés par tout ce qui se passe autour d'eux ou même par leur propre monde interne (pensées, émotions, sensations physiques). Ces distractions provoquent bien entendu de fréquentes erreurs d'inattention, en plus de propos désorganisés en certaines occasions ; ils font des détours et des coq-à-l'âne dans leurs histoires et peuvent perdre complètement le fil de ce qu'ils racontent.

Indécises, désordonnées et brouillonnes, ces personnes peuvent sembler sous-réactives et passent régulièrement inaperçues,

5. Selon le DSM-5.

que ce soit dans un contexte d'école ou de milieu de travail. Souvent, les adultes qui obtiennent ce diagnostic témoignent avoir été des élèves très lunatiques, sans qu'aucun intervenant ait levé le drapeau. Ils sont de fait très peu dérangeants, quoiqu'ils puissent en contrepartie susciter l'irritation chez les gens qui les entourent, en donnant l'impression de se fiche de tout et de ne pas porter attention aux propos de leurs interlocuteurs.

RÉCIT DE PSY

À pas de tortue

Combien de fois je sens monter l'exaspération en moi quand ma fille avance dans ses tâches à un rythme de tortue? Tout avec elle prend un temps démesuré, et elle ne semble pas s'en préoccuper le moins du monde. Elle peut, par exemple, laisser couler l'eau sur elle dans la douche pendant une vingtaine de minutes avant d'entreprendre de se laver, rester assise dans la voiture un bon moment après s'être stationné dans l'entrée ou se perdre dans ses pensées au point où la tâche de vider le lave-vaisselle devient interminable. Le minuteur et les rappels verbaux ne viennent pas à bout de sa trop lente activation. «Elle ne mourra jamais d'une crise cardiaque!» dit souvent ma mère en la voyant traîner ses savates.

Cette impression de nonchalance qu'elle dégage m'a longtemps irritée. En la regardant vieillir, j'ai cependant compris que ses traits de distractibilité sont responsables de cette lenteur d'exécution et je constate maintenant qu'elle est tout sauf fainéante. De plus, sa tendance à décrocher de ce qu'elle fait ne traduit aucunement son indifférence, bien au contraire; la crainte de perdre la notion du temps qui passe la rend malheureusement un peu anxieuse. Elle a donc des défis à relever et je tente, autant que possible, de ralentir mon rythme pour mieux l'accompagner. Après tout, c'est peut-être moi qui devrais écouter quand elle me dit: «Calme-toi, m'man, y a pas le feu...»

TDA/H à présentation hyperactive/impulsive prédominante

L'agitation physique franche qui s'observait à l'enfance laisse place, chez les adultes de cette catégorie, à des mouvements plus subtils (tambourinement avec les doigts, tremblement des jambes, manipulation d'objets de toutes sortes et changement fréquent de position). Être assis sur le même canapé qu'eux quand on écoute une émission de télévision ou se tenir à proximité lors d'une réunion de bureau permet cependant de réaliser que les symptômes ne sont pas si amoindris que l'on pourrait le croire au premier coup d'œil.

Incapables de se reposer, ils peuvent être de véritables bourreaux de travail et mener de front deux ou trois « carrières » (par exemple, gestionnaire le jour, entraîneur de baseball le soir, mécanicien la fin de semaine). Ce dynamisme ne les empêche pas, à l'occasion, de laisser tomber de gros projets à peine entamés. Lorsqu'ils sont intéressés par un sujet ou une activité, ils avalent vite une grande quantité d'informations et développent rapidement une expertise... pour s'en lasser et ne plus jamais l'évoquer peu de temps après. Faire des changements à cent quatre-vingts degrés dans leur vie ou prendre des risques inconsidérés ne les effraie pas ; ce sont parfois les gens autour d'eux qui peinent à suivre leur rythme.

La tendance à parler excessivement, à couper les autres ou à terminer leurs phrases, et à adopter des comportements désinhibés, tels que des gestes ou des commentaires irréfléchis, est aussi observée. Ils peuvent être responsables du malaise glacial vécu au récent souper de famille, mais également de l'effervescence endiablée qui s'est installée au dernier *party*.

Leur énergie débordante et leur dynamisme n'ont d'égal que leur tempérament explosif ; ils alternent rapidement entre humeur agréable et irritabilité, donnant ainsi à l'entourage l'impression de devoir marcher sur des œufs. Ils sont capables du meilleur et du pire, presque simultanément.

Changer et rechanger

Un client approchant la cinquantaine est venu me consulter pour confirmer ce que tous voyaient en lui depuis très longtemps : sa grande hyperactivité. Outre l'agitation motrice manifeste dont il faisait preuve, son parcours de vie traduisait également un besoin de changement hors du commun. Il avait exercé une dizaine de professions depuis le début de l'âge adulte, toutes demandant un minimum d'études ou de connaissances et, parfois, sans lien apparent entre elles (électricien, technicien en santé animale, massothérapeute, barman, ferblantier, chauffeur de véhicules lourds et je-ne-sais-plus-quoi-encore...). Il était constamment à la recherche de son prochain projet et semblait posséder une énergie renouvelable à l'infini, comme si sa batterie était continuellement en train de se recharger. « La seule chose qu'il ne change pas sans cesse... c'est moi ! » disait sa conjointe en riant.

Approchant tranquillement l'âge de la retraite, cet homme avait maintenant envie de se poser et de trouver un métier qu'il pourrait pratiquer sans se lasser. Il décrivait la frénésie de ses pensées en disant sentir « le hamster courir vite dans sa roue » et souhaitait calmer ce bouillonnement. Il espérait qu'une médication en lien avec le TDA/H pourrait l'aider à atteindre ses objectifs.

Après avoir obtenu son diagnostic, mon client a effectivement commencé un traitement pharmacologique, mais a également choisi une occupation qui correspondait très bien à ses besoins de stimulation constante : il est devenu guide d'expédition. Disons que ce n'est pas ce que j'appelle une fin de carrière tranquille ! Il estime néanmoins être maintenant sur son « X » et profite des paysages que la nature lui offre pour calmer son esprit. La combinaison de la médication et de cette nouvelle vocation aura réussi à lui conférer un bel équilibre de vie.

TDA/H à présentation combinée

Les personnes qui correspondent à cette catégorie endossent certains traits des deux précédentes. Inattentives, distraites et dissipées, elles peuvent également montrer des signes constants d'hyperactivité motrice ou balancer entre des états de grande agitation et d'apathie. Des fluctuations de l'humeur et des réactions impulsives peuvent ou non être observées, tout comme les difficultés à s'organiser. Bien qu'il puisse être facile de conclure que cette catégorie est « pire » que les deux autres, il n'en est rien ; les altérations du fonctionnement social ou professionnel permettent d'établir la gravité du trouble, davantage que les symptômes en soi.

LE TDA/H, C'EST DE NAISSANCE ?

Le TDA/H n'est pas une maladie, mais bien un désordre neurologique. La génétique serait à blâmer pour environ 80 % des gens présentant le trouble, alors que 20 % de cette population l'aurait « acquis » à travers d'autres facteurs (faible poids à la naissance, exposition à des substances neurotoxiques ou à la nicotine *in utero*, maladies infectieuses⁶, notamment). Il est donc souvent héréditaire, presque à égalité en fait avec ce que l'on observe en ce qui concerne la taille physique des individus.

ÇA SE PASSE DANS LE CERVEAU !

Le désordre neurologique responsable du TDA/H est lié à des anomalies de développement et de fonctionnement du cerveau.

6. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 5^e édition, Paris, Elsevier Masson, 2015.

Le trouble n'est pas tributaire de l'intelligence, pas plus qu'il ne dépend du style éducatif de la famille.

Grossièrement, dans le cerveau présentant un TDA/H, les neurotransmetteurs (dopamine et noradrénaline) qui assurent l'échange d'informations entre les neurones sont mal régulés. Contrairement au sang de notre corps qui circule dans notre réseau veineux de façon fluide, sans interruption, ces messagers chimiques ont de petites prouesses à réaliser. Imaginons un relais où des travailleurs, chacun à leur station, auraient à attraper et à relancer des balles selon un rythme qui pourrait varier, en fonction des tâches demandées. Si l'un d'eux se décidait à lancer plusieurs balles en même temps, inondant son plus proche collègue de missiles, ou tardait au contraire à renvoyer son butin, l'enchaînement deviendrait nécessairement chaotique. Au même titre que si un autre choisissait de prendre une pause et de ne plus attraper les projectiles.

Certes, c'est simplement formulé, mais voilà ce qui se passe dans le cerveau TDA/H ; les neurones doivent composer avec des neurotransmetteurs à la fois libérés en trop grande quantité et retenus ou recaptés excessivement.

+ Le manque de dopamine : rien de très joyeux

La dopamine, qui a de nombreuses fonctions, entretient une étroite relation avec les systèmes du plaisir et de récompense du cerveau. Elle est la principale responsable des sensations agréables, de la motivation et de la curiosité, mais elle est aussi impliquée dans la coordination des mouvements, la prise de décision ainsi que la régulation de l'apprentissage et de la mémoire.

Un manque de dopamine entraîne une baisse de la motivation, de l'ennui, de la déprime ou de l'angoisse. Cette carence peut

même causer de l'anhédonie, c'est-à-dire l'incapacité à ressentir des émotions positives. En plus du TDA/H, les maladies caractérisées par de bas taux de dopamine sont la dépression, la phobie sociale et la maladie de Parkinson.

L'aide pharmacologique a donc pour objectif d'assurer une meilleure fluidité dans la transmission des informations. Nous discuterons des types de médicaments dans la partie deux.

LE TDA/H, ÇA RESTE TOUTE LA VIE ?

Pas forcément.

Le dernier *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) prévoit d'ailleurs des spécifications pour rendre compte de l'évolution du trouble. On estime qu'un TDA/H est en **rémission** quand tous les critères diagnostiques ont déjà été remplis dans le passé, mais ne le sont plus depuis au moins les six derniers mois ou ne s'expriment plus dans deux sphères de la vie au minimum. Cela n'implique cependant pas que le trouble est considéré comme « guéri » ; la rémission indique plutôt que les symptômes ont des impacts amoindris, voire non significatifs sur la qualité de vie de l'individu. Si ces conditions sont satisfaites, mais que certains symptômes résiduels altèrent toujours clairement le fonctionnement social, scolaire ou professionnel, on parle alors de **rémission partielle**.

Les connaissances ont d'ailleurs bien évolué à cet égard. Dans les années 1990, on recommandait aux jeunes de cesser la médication visant à atténuer les symptômes du TDA/H dès le début de l'âge adulte. On présumait, à l'époque, que la maturation normale du cerveau « guérissait » les plus vieux, qui n'étaient pas sujets à ce trouble.

L'on sait maintenant qu'environ la moitié des jeunes atteints seront neurologiquement rétablis une fois adultes. Cela signifie non seulement qu'ils n'en présenteront plus les symptômes, mais aussi que l'imagerie médicale réalisée au niveau des parties du cerveau impliquées dans le TDA/H (les aires frontales) révélera des résultats identiques à ceux des gens n'ayant jamais reçu ce diagnostic.

Le trouble persiste donc, après l'enfance, chez 50% des jeunes qui le vivent. Pour eux, le rétablissement neurologique du cerveau qui a atteint sa maturité devient très improbable; ils garderont leurs particularités le reste de leur vie, même s'ils parviennent (grâce à la médication et aux stratégies) à minimiser les impacts des symptômes. Soulignons toutefois qu'en dépit de ce pourcentage relativement élevé, plusieurs adultes touchés ne sont ni diagnostiqués ni traités⁷. Pour l'année 2015-2016, on estimait au Québec à environ 5 à 7% le taux d'incidence du TDA/H chez les 18 à 24 ans ayant reçu le diagnostic⁸.



Ainsi, les connaissances au sujet du TDA/H chez l'adulte ont fait un pas de géant dans les dernières années et conduisent de plus en plus de personnes à demander une évaluation en psychologie. Voyons, au prochain chapitre, les bienfaits d'un diagnostic obtenu après l'enfance.

-
7. SHAW M., P. HODGKINS, H. CACI, S. YOUNG, J. KAHLE, A. G. WOODS & L. E. ARNOLD. "A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment", *BMC Med*, 4 septembre 2012, doi: 10.1186/1741-7015-10-99.
 8. *Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) au Québec*, Bureau d'information et d'études en santé des populations, mars 2019, [En ligne] https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2535_surveillance_deficit_attention_hyperactivite.pdf.

Je ne suis plus un enfant ! Qu'est-ce qui motive un adulte à obtenir un diagnostic ?

Bien des gens présument que le TDA/H n'a d'impact significatif que pendant les années d'école. Combien d'adultes ai-je justement entendus me dire : « J'ai sûrement un TDA/H, mais cela ne m'a pas empêché de réussir dans la vie ! » Soit, les deux ne sont pas incompatibles, mais il n'en demeure pas moins qu'un TDA/H non identifié, géré ou traité peut entraîner de graves conséquences sur la qualité de vie d'un individu.

De fait, lorsque le TDA/H n'est pas repéré dans l'enfance, la probabilité qu'il le soit à l'âge adulte diminue de façon considérable. Les symptômes du trouble sont souvent reliés à tort à d'autres troubles de l'humeur, tels que la dépression, ou encore à des troubles bipolaires, avec le chevauchement de phases hyperactives et calmes.

PERSONNALITÉ OU TROUBLE ?

Les traits TDA/H, à défaut d'être lus et compris comme étant des symptômes du trouble, peuvent être faussement interprétés comme des composantes du caractère. Les attributs « paresseux », « perdu », « intrusif », « entêté », « théâtral » ou

«agaçant» ne sont que quelques exemples de ceux donnés aux individus qui présentent un TDA/H, que ce soit par les autres... ou par eux-mêmes. Il est en effet difficile de ressentir de la confiance en soi et de la fierté lorsque son quotidien est ponctué de ratés que les autres semblent réussir à éviter.

Ces égratignures sur l'estime peuvent entraîner des expériences émotionnelles intenses et douloureuses. Elles contribuent, chez les gens qui les vivent, à la tenue d'un discours interne sombre et critique, ainsi qu'à une grande culpabilité ou à une tendance à se flageller. En découle une modification des attentes à son propre sujet, les aspirations étant revues à la baisse. Une spirale de dévalorisation, à laquelle il est ardu de se soustraire, peut facilement s'installer. Qui plus est, les rétroactions de l'entourage sont souvent empreintes de jugements et de reproches qui participent à l'impression dominante de « ne jamais rien faire de bon ».

RÉCIT DE PSY

Une famille écorchée

Je suis intervenue auprès d'une famille dont les cinq membres (deux parents et trois grands enfants) étaient porteurs du TDA/H. Je leur ai demandé de noter, pendant une semaine, les affirmations négatives qu'ils émettaient entre eux. « Il est toujours en retard », « Elle est tellement bordélique », « Il ne livre pas la marchandise », « Tout lui prend un temps fou », « Elle ne finit pas ce qu'elle commence » ne sont que quelques exemples des commentaires qui fusaient quotidiennement dans cette maisonnée pourtant composée de personnes qui auraient dû être plus sensibles à l'impact de ces critiques ! « Vivre avec un TDA/H ne fait pas en sorte que celui des autres est plus facile à supporter », me disait le père avec sagesse.

L'une des interventions visant à amoindrir les difficultés vécues au sein de ce clan a d'abord été de modifier leur discours. Finis

donc les « toujours » et les « jamais », qui sont des généralisations outrancières. Plutôt que de faire des attributions internes (par exemple, « il est paresseux » implique que sa personnalité est en cause) et stables (les traits d'une personne sont globalement persistants à travers le temps) à l'endroit des autres, je leur ai suggéré de relativiser les événements en tenant compte du contexte (par exemple, privilégier une tournure comme « il manque d'énergie, aujourd'hui », qui est un état temporaire). Enfin, chaque membre de la famille a été invité à nommer ses faiblesses et à formuler des demandes d'aide adéquates, afin que l'union de leurs forces puisse venir à bout de leurs enjeux personnels et, ultimement, que leur estime de soi puisse être préservée.

LE TDA/H N'ARRIVE (PRESQUE) JAMAIS SEUL

Le TDA/H, dans la vraie vie des grands, tend à s'afficher avec une large variété de conditions associées. Les individus porteurs de TDA/H sont en effet plus susceptibles de présenter aussi des dépressions majeures, des dysthymies⁹, des troubles bipolaires et, dans une proportion très élevée, des troubles anxieux¹⁰.

Il est bien entendu facile de présumer que, face aux défis occasionnés par les symptômes du trouble, les gens qui en sont atteints doivent nécessairement user leurs ressources au quotidien et encaisser des difficultés de façon chronique. Même lorsque ce trouble est traité avec la médication ou compensé

9. Trouble de l'humeur défini par un état dépressif chronique.

10. R. C. Kessler et autres (2006, avril). "The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication", *Am J Psychiatry*, 163(4): 716–723. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.716.

grâce à des stratégies comportementales, des symptômes résiduels demeurent. Par conséquent, les individus porteurs de TDA/H deviennent plus fragiles à toutes sortes de problématiques, notamment celles en lien avec la santé mentale. Notons cependant que la littérature scientifique permet pour le moment d'établir des corrélations entre le TDA/H et les autres troubles de santé mentale, plutôt que des liens de causalité.

RÉCIT DE PSY

Je ne peux pas me fier à moi

Un cégépien, reçu en consultation pour une évaluation psychologique, m'expliquait à quel point ses difficultés à rester vigilant en classe devenaient pour lui une source d'angoisse. «Je dois souvent demander à l'étudiant assis près de moi où nous sommes rendus dans le cahier d'activités, parce que j'étais absent d'esprit quand l'enseignant a donné la directive. J'apprends aussi régulièrement à la dernière minute les dates des examens en discutant avec mes amis, qui ont pourtant assisté aux mêmes cours que moi! Je me réveille en sursaut la nuit avec une boule de stress dans la gorge, m'imaginant avoir omis de remettre un travail important. Je vérifie mon agenda de façon quasi compulsive, mais je ne me fais tellement pas confiance...»

Se sachant sujet à une distractibilité occasionnant de sérieuses failles dans les informations captées ainsi qu'à des oublis fréquents, ce jeune adulte sentait l'anxiété devenir de plus en plus envahissante dans son quotidien. Qui plus est, il déployait beaucoup d'énergie pour contrôler les gigotements de ses jambes, reconnaissant très bien leur caractère exaspérant. La tension interne qu'il vivait était en fait ce qui l'avait conduit à s'asseoir devant moi. Lorsque la confirmation qu'il présentait un TDA/H lui fut annoncée, il en ressentit un grand soulagement. Le diagnostic lui permit de comprendre l'origine de ses manquements et de mettre en place des stratégies pour relever

les défis auxquels il faisait face. Ainsi, il parvint à diminuer ses angoisses et éprouva un plus fort sentiment de contrôle sur sa vie.

Le taux d'abus de substances, d'arrestations et d'incarcérations est par ailleurs nettement plus élevé chez la population de gens porteurs de TDA/H que chez la population d'individus ne présentant pas ce trouble. Il en va de même pour les infections transmises sexuellement (ITS), les grossesses non planifiées à l'adolescence, les accidents de la route, les congédiements, les échecs, l'abandon scolaire et les problèmes de santé physique, comme l'obésité. Dans certains cas, la proportion est jusqu'à douze fois plus haute¹¹ !

Les conséquences d'un TDA/H non identifié ou non traité ne sont donc pas banales, et peuvent au contraire prendre des tournures dramatiques dans la vie des individus.

RÉCIT DE PSY

Impulsivité délinquante

Il est bien connu que la recherche d'excitation et les lacunes d'inhibition sont parfois un mélange explosif chez les adultes présentant un TDA/H avec une composante impulsive prononcée.

11. HODGKINS P., L. E. ARNOLD, M. SHAW, H. CACI, J. KAHLE, A. G. WOODS, S. YOUNG (2011). "A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD", *Front Psychiatry*, 2:84, 2011, [En ligne] doi.org/10.3389/fpsy.2011.00084.

À l'époque où je fréquentais l'université, un étudiant de ma cohorte était reconnu pour être LA personne à éviter en fin de *party*. L'alcool, la musique forte et les bousculades malencontreuses survenant nécessairement dans les endroits de grande proximité, comme c'est souvent le cas dans ce type de soirée, le rendaient irritable et bagarreur. Il semblait alors réagir avec une intensité démesurée, tout autant qu'il cherchait à faire ce qui était interdit pour pimenter sa veillée.

Il était aussi réputé pour sa conduite imprudente; il roulait trop vite et avec une assurance injustifiée. Plusieurs étudiants évitaient de faire équipe avec lui puisqu'il faisait tout à la dernière minute. Cet «ami» se montrait de surcroît capable de se servir dans votre frigo ou votre portefeuille s'il en voyait la nécessité. Ses agissements lui ont malheureusement coûté de nombreux démêlés avec la justice au fil des années.

Diagnostiqué TDA/H à l'aube de ses quarante ans, il m'a confié, lors de retrouvailles d'université, qu'il attribuait en grande partie ses erreurs du passé à ce trouble qui avait miné sa vie. Dans quelle proportion le portrait aurait-il été différent s'il n'avait pas été atteint de TDA/H ou s'il avait été diagnostiqué et traité convenablement? Une question qui restera sans réponse. Mais je suis convaincue, comme lui, que le trouble a eu un impact considérable sur son existence.

UN DIAGNOSTIC, ÇA DONNE QUOI?

Se savoir atteint de ce trouble peut conduire un individu à comprendre ses comportements, ses attitudes et ses réactions, mais surtout à revoir sa perception de lui-même. Le TDA/H n'est jamais une excuse pour se soustraire à ses obligations et se déculpabiliser de ses travers, mais le diagnostic permet de cerner l'origine des embûches et fournit des explications qui sont nettement moins accablantes pour l'estime de soi. Les affirmations telles que «je suis complètement perdu» et «mon

TDA/H me cause des défis d'organisation» comportent une charge émotive résolument différente, n'est-ce pas ?

De plus, l'aide pharmacologique qui peut être introduite lorsque le diagnostic est confirmé représente un excellent soutien pour diminuer les symptômes du TDA/H et leur impact sur le fonctionnement de la personne.



La médication : uniquement pour un trouble confirmé

Certains adultes croient, à tort, que la médication permettant d'amoindrir les symptômes du TDA/H sont en fait de petites pilules miracles qui donnent de l'énergie ou augmentent la capacité à se concentrer et à assimiler une grande quantité d'informations en peu de temps. Sans présenter le trouble, ils cherchent parfois à obtenir une prescription ou quelques comprimés pour traverser des situations critiques, telles que des périodes d'examens ou une surcharge de travail, ou encore afin de se sentir plus dynamique et moins éprouver le besoin de se reposer. Je ne compte plus les fois où on m'a demandé d'«écrire un petit papier» à l'intention du médecin traitant dans le but de se procurer l'aide pharmacologique pour une multitude de raisons autres que la seule qui recommande ce type d'intervention : un diagnostic confirmé.

La médication n'est pas une stratégie compensatoire destinée à soustraire l'individu à une bonne hygiène de vie. Elle n'est pas non plus une solution pour travailler moins fort ou parvenir plus rapidement à ses fins. Bien qu'elle soit essentielle et salutaire pour plusieurs personnes atteintes de TDA/H, elle peut aussi occasionner des effets franchement désagréables et néfastes à celles dont la chimie du cerveau est déjà bien régulée.

Enfin, il peut également être envisagé de mettre en place des accommodements dans le milieu scolaire ou de travail pour pallier les difficultés engendrées par le TDA/H. À cet effet, les

informations présentées au chapitre *Jamais seul; se faire aider*, dans la partie deux, sauront vous renseigner.

PASSONS À L'ÉVALUATION

Lorsque vous détectez en vous un grand nombre de symptômes TDA/H qui semblent handicaper votre fonctionnement, il est indiqué de procéder à une évaluation. Celle-ci est en effet nécessaire pour déterminer s'il s'agit bel et bien d'un trouble ou si les symptômes révèlent plutôt de simples difficultés.

Puisque plusieurs traits du TDA/H peuvent aussi être des manifestations d'affections autres (notamment des troubles de l'humeur), il pourrait être avisé, avant même de faire une approche auprès d'un professionnel, de remplir des grilles de dépistage ou d'autoévaluation afin de s'assurer de la pertinence de la démarche. Sur le site Internet du *Canadian ADHD Resource Alliance* (CADDRA) se trouve d'ailleurs l'outil de dépistage *Adult ADHD Self-Report Scale* (ASRS), en version française¹². Une échelle en cinq points (allant de «pas du tout» à «très souvent») permet d'évaluer la fréquence des comportements caractéristiques du TDA/H. Les questions portent donc sur de nombreux aspects, notamment :

- la difficulté à maintenir un travail lorsque les parties stimulantes ont été accomplies;
- la difficulté à se concentrer lors de travaux peu stimulants ou pendant une conversation;
- la difficulté à s'organiser dans les séquences de tâches;
- la difficulté à se rappeler des obligations;

12. https://www.caddra.ca/pdfs/fr_caddraGuidelines2011ASRS.pdf.

- la difficulté à se détendre ou à se reposer ;
- la difficulté à attendre son tour ;
- la tendance à remettre à plus tard ce qui demande un effort intellectuel soutenu ;
- la tendance à être excessivement actif ou à faire des fautes d'inattention ;
- la tendance à égarer ses choses ;
- la tendance à être facilement distrait par les bruits environnants ;
- la tendance à s'agiter au moment inopportun ;
- la tendance à parler trop ou à terminer les phrases de son interlocuteur et à interrompre les gens.

Établir un diagnostic psychologique de TDA/H relève de l'évaluation des troubles mentaux, activité réservée, au Québec, aux psychologues (incluant les neuropsychologues), aux médecins (dont les psychiatres), aux infirmiers/infirmières et aux conseillers/conseillères d'orientation qui détiennent une formation universitaire et une expérience clinique en soins psychiatriques. La démarche diagnostique est d'abord et avant tout une évaluation comportementale globale devant être faite par un clinicien qui connaît bien le TDA/H ; c'est son expertise qui déterminera sa capacité à établir le diagnostic. Il n'existe ni test sanguin, ni examen physique, ni test neuropsychologique qui pourraient, à eux seuls, confirmer ou infirmer un diagnostic de TDA/H.

L'évaluation diagnostique se déroule en plusieurs étapes. En premier lieu, un entretien clinique permet au professionnel de cerner les difficultés vécues et les symptômes pouvant être associés au TDA/H ou à d'autres troubles. Des questionnaires doivent parallèlement être remplis par des personnes clés gravitant autour de l'individu évalué (conjoint, parents, supérieur,

etc.) afin d'obtenir un éclairage plus complet sur la présence et les manifestations des symptômes ainsi que leur effet sur le fonctionnement et l'autonomie.

+ **Difficile de se voir aller !**

Les questionnaires s'adressant aux personnes qui gravitent autour de l'adulte pour qui l'on soupçonne la présence d'un TDA/H sont fastidieux à remplir, mais tellement éclairants. Il peut en effet être difficile pour un individu d'observer ses propres comportements, mais, surtout, de les situer par rapport à la norme ou la moyenne du groupe. L'apport de l'entourage immédiat est donc une aide inestimable à l'évaluation.

C'est d'ailleurs fréquemment celui-ci qui insiste pour que soit entamée la démarche en psychologie. D'une part, les proches sont souvent initiateurs de la prise de contact et des rendez-vous d'évaluation parce qu'ils collaborent avec la personne pour pallier son manque d'organisation. D'autre part, ils sont sensibles aux impacts affectifs engendrés par les symptômes, témoins des défis rencontrés au quotidien, mais parfois aussi exaspérés par les contrecoups qu'ils subissent eux-mêmes et en recherche de solutions.

Les rencontres d'évaluation subséquentes portent, entre autres et de façon non exclusive, sur l'appréciation des capacités cognitives et des ressources attentionnelles, réalisée à l'aide d'instruments de mesure psychométriques normés (c'est-à-dire qui comparent l'individu avec des pairs de même âge).

Des examens supplémentaires peuvent être recommandés lorsque des difficultés particulières sont mises en évidence par les résultats obtenus, ou si l'historique laisse croire que des causes autres que le TDA/H (comme l'anxiété) peuvent être responsables des obstacles rencontrés. Il importe de garder à l'esprit que plusieurs pathologies médicales et

psychiatriques ou situations psychosociales peuvent entraîner des problèmes qui ressemblent au TDA/H ou coexister avec lui. Malheureusement, cela revient à dire que la présence d'un trouble n'exclut en rien la possibilité qu'un ou plusieurs autres teintent également le portrait.

+ **Attaquer sur tous les fronts**

Le professionnel consulté pour établir la présence d'un TDA/H ou d'autres comorbidités devrait, au terme de son analyse, cibler les priorités d'intervention. Il serait en effet difficile de proposer une médication à base de psychostimulants à un individu dont l'une des problématiques principales serait liée à des enjeux de consommation. Au même titre, les stratégies comportementales qu'il peut être nécessaire de déployer pour atténuer les symptômes du TDA/H demandent des efforts et de l'énergie; une personne en dépression majeure ne serait peut-être pas disposée à se soumettre à de telles mesures, par exemple.

Ainsi, bien que les troubles psychologiques soient clairement distinctifs «sur papier», les symptômes de l'un ressemblent généralement aux symptômes de l'autre, ou en aggravent la présentation. La priorisation de traitement est un bel idéal à suivre, mais, dans la réalité, il est souvent stratégique «d'attaquer sur tous les fronts», en mettant en place de façon simultanée différentes interventions.

Les examens sont la plupart du temps réalisés en clinique, en présence de l'évalué seulement. Une rencontre de présentation des résultats est par la suite convenue, et un rapport remis. Dans l'éventualité d'un diagnostic positif, ce précieux document devra être transmis au médecin traitant, lorsqu'une médication est suggérée, ainsi qu'à l'établissement d'enseignement ou au milieu de travail, si des accommodements sont requis. Le secret professionnel oblige le clinicien à ne divulguer

aucune information à qui que ce soit, sauf si la demande est clairement exprimée et le formulaire de consentement, signé. Il revient donc à l'évalué d'adresser une copie du rapport aux intervenants ou professionnels désignés.

+ Attention à l'autodiagnostic !

Le TDA/H étant plus connu de nos jours, plusieurs personnes tirent des conclusions à leur propre sujet après avoir entendu parler de quelques symptômes de ce trouble ou lu à ce sujet. Je suspecte parfois certains clients de se présenter devant moi uniquement pour obtenir une deuxième opinion puisque, dans leur esprit, leur diagnostic est déjà établi !

Permettez-moi de partager avec vous – tout en humour, je vous prie – quelques éléments qui reviennent souvent dans le discours des gens pour justifier leur impression d'être atteints de TDA/H. De façon isolée, inconstante ou sans conséquence importante, ceux-ci ne constituent en fait que des failles vécues par le commun des mortels :

- ♦ **Avoir des oublis.** Oui, oui, c'est frustrant... mais personne ne peut se vanter de se souvenir de tout et tout le temps ! Un anniversaire manqué, une pinte de lait laissée sur le comptoir ou un appel non retourné ne font pas obligatoirement de vous un candidat au TDA/H.
- ♦ **Se sentir désorganisé.** Quoi ? Vous n'êtes pas capable de gérer de façon impeccable les séances d'entraînement de vos trois enfants en plus de votre emploi, de vos propres activités, des rendez-vous médicaux et des repas à préparer ? Vite, il faut vous interner !
- ♦ **Manquer de concentration.** Après une journée de fou, il est normal d'éprouver des difficultés à rester concentré. Votre attention vous fait défaut dès le début de la matinée ? Commencez par examiner votre temps d'écran

des dernières semaines avant de conclure à un trouble neurodéveloppemental.

- ♦ **Partir dans ses pensées.** Combien de personnes m'ont-elles avoué en consultation réviser mentalement leurs tâches à effectuer pendant que quelqu'un leur parle? Des tonnes! Errer un peu dans ses pensées au lieu de rester attentif au discours de l'autre cent pour cent du temps est la norme plutôt que l'exception. Ne soyez pas si sévère avec vous-même; ce n'est pas parce que vous n'êtes pas obnubilé par les péripéties de vos amis que vous êtes nécessairement atteint d'un trouble!



Voyons maintenant les traits et les manifestations comportementales qui devraient effectivement vous mettre la puce à l'oreille concernant la présence possible d'un TDA/H.