

# Dépistage et traitement du TDAH adulte :

## *les omnis comme pivot essentiel*



**Annick Vincent, MD, FRCPC, Marie Delâge, MD, FRCPC et Martin F. Lafleur, PhD**

Adapté de la conférence : *La psychiatrie*, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, octobre 2006

*Une approche diagnostique et thérapeutique est possible en première ligne autant pour l'enfant que pour l'adulte chez qui on évoque un TDAH.*

**« Docteur, mon enfant a un TDAH et c'est ma copie conforme, pouvez-vous m'aider? »**

De plus en plus de cliniciens sont confrontés à cette question. Plusieurs se sentent démunis et optent pour diriger leurs patients en milieu spécialisé en vue d'une précision diagnostique et/ou de suggestions thérapeutiques quant à la possibilité d'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez l'adulte. Cependant, une approche diagnostique et thérapeutique est possible en première ligne autant pour l'enfant que pour l'adulte chez qui on évoque un TDAH, particulièrement quand il y a peu de troubles comorbides associés.

### Les origines du TDAH

Le TDAH touche environ 5 % des enfants. La génétique explique plus de 75 % des cas. Le TDAH peut, dans certains cas, être lié à des séquelles d'atteintes neurologiques en bas âge, comme la prématurité, une souffrance néonatale ou une insulte neurologique précoce d'origine infectieuse. La littérature récente indique que la réponse clinique aux traitements pharmacologiques est supérieure dans les cas génétiquement transmis (70 à 90 %) comparativement à ceux secondaires à une atteinte neurologique acquise (50 %).

On ne connaît pas les causes exactes du TDAH. Cependant, les données de recherche permettent de conclure que la façon d'élever un enfant n'a pas de lien direct avec la présence du TDAH mais aura un impact majeur sur son évolution.

La **Dre Vincent** est médecin psychiatre à l'Institut universitaire en santé mentale, Centre Robert-Giffard, Québec.

La **Dre Delâge** est médecin psychiatre à l'Institut universitaire en santé mentale, Centre Robert-Giffard, Québec.

Le **Dr Lafleur** est neuropsychologue à l'Institut universitaire en santé mentale, Centre Robert-Giffard, Québec.

## Les symptômes du TDAH chez l'adulte

Il est important de se rappeler que les symptômes du TDAH se manifestent dès l'enfance, mais que parfois les handicaps ne deviennent évidents que beaucoup plus tard. Le diagnostic du TDAH adulte implique donc la présence de symptômes dans l'enfance, même s'il est possible que le diagnostic n'ait pas été posé avant l'âge adulte. Les études de suivi ont permis d'établir que plus de la moitié des enfants atteints de TDAH garderont des symptômes à l'âge adulte.

*Il est important de se rappeler que les symptômes du TDAH se manifestent dès l'enfance, mais que parfois les handicaps ne deviennent évidents que beaucoup plus tard.*

Une récente étude américaine a évalué à 4,7 % la prévalence du TDAH chez l'adulte dans la population générale. Le critère d'âge du DSM-IV (apparition des symptômes avant sept ans) est difficilement applicable en clinique lors de l'évaluation d'un adulte, et il y a consensus entre experts pour dire que si un adulte rapporte rétrospectivement que les symptômes ont débuté avant l'âge de 12 ans, on retrouve le même tableau clinique et le même profil d'évolution et de réponse aux traitements que pour les adultes qui rapportent un début des symptômes avant l'âge de sept ans.

Les adultes atteints de TDAH sont surtout handicapés par les troubles cognitifs attentionnels (distractibilité, bougeotte des idées), la désorganisation associée (procrastination, difficulté à terminer ses tâches, éparpillement) et par l'impulsivité résiduelle qui leur nuisent autant dans leur travail que dans leur vie privée. Les adultes atteints peuvent aussi présenter une difficulté à moduler leurs émotions. Ils se décrivent comme à fleur de peau, la mèche courte. Ils s'emballent pour un projet pour l'abandonner rapidement quand l'intérêt baisse. Cette variation de l'expression des émotions peut ressembler à une maladie de l'humeur si l'on ne remarque pas le caractère d'hyperréactivité émotionnelle

des fluctuations rapportées qui n'ont pas le caractère cyclique des maladies de l'humeur. Souvent, les adultes atteints de TDAH remarquent que l'hyperactivité motrice est moins intense, vécue surtout comme un inconfort en situation d'inactivité ou d'attente, une « grouillotte » plutôt qu'une « bougeotte ». Ils ont appris à composer avec le besoin irrésistible de bouger en le canalisant dans leur travail et, pour certains, dans les sports. Certains se « traitent » avec des psychostimulants en vente libre (nicotine, caféine). En raison des symptômes invalidants associés au TDAH, plusieurs souffrent aussi d'une faible estime d'eux-mêmes et d'un sentiment de sous-performance chronique.

### Penser au TDAH en présence d'autres pathologies psychiatriques

Plus de la moitié des adultes souffrant d'un TDAH vont développer une pathologie psychiatrique comorbide (trouble de l'humeur, anxiété, traits de personnalités pathologiques et toxicomanie). C'est souvent celle-ci qui est la principale raison de consultation. Il est clair que nous devons aussi en tenir compte dans le plan de traitement tant pharmacologique que psychologique. D'autres vont consulter, car ils se reconnaissent dans les descriptions du TDAH qu'ils auront lues. Certains ont un proche (souvent un enfant) pour qui la reconnaissance et le traitement du TDAH a été bénéfique et chercheront alors à vérifier si les symptômes qu'ils présentent eux-mêmes sont explicables par le TDAH et s'il existe un traitement disponible.

### L'évaluation diagnostique

L'évaluation diagnostique est avant tout un entretien clinique où l'on recherche au questionnaire les symptômes spécifiques du TDAH dans l'enfance. Dans certains cas, la recherche de symptômes peut être facilitée par l'accès à des documents, tels les bulletins scolaires et les souvenirs rapportés par les proches. L'adulte atteint de TDAH est souvent fiable quand il décrit la présence de symptômes, mais il est parfois moins habile à en reconnaître l'existence. Dans de telles circonstances, un entretien avec un proche est souhaitable. Dans tous les cas, on explore si ces symptômes

sont encore présents et on vérifie les impacts fonctionnels qui justifieraient un traitement.

La recherche de comorbidité est essentielle, et on distingue respectivement le TDAH simple du TDAH complexe par l'absence ou la présence de troubles comorbides. Les critères du TDAH reconnus mondialement sont ceux du DSM-IV. Dans les cas de TDAH répondant aux critères du DSM-IV selon les symptômes et les handicaps retrouvés à l'histoire, l'évaluation neuropsychologique en elle-même ne permet pas de poser un diagnostic, puisqu'il n'existe pas de tests spécifiques au TDAH. Cependant, l'évaluation du quotient intellectuel ainsi que des paramètres attentionnels et exécutifs peut être très intéressante pour dépister des troubles d'apprentissage spécifiques et mesurer les atteintes cognitives liées au TDAH versus celles associées à d'autres troubles, comme l'anxiété ou la dépression. L'évaluation de ces paramètres peut permettre une intervention plus ciblée et guider les traitements (ex. : coaching organisationnel et remédiation cognitive). La CADDRA (*Canadian ADHD Resource Alliance*) a d'ailleurs élaboré un guide pratique pour l'évaluation et le suivi de personnes atteintes de TDAH.

### Les échelles de mesure et les questionnaires

Le clinicien en première ligne peut vérifier avec son patient s'il présentait les symptômes du TDAH dans l'enfance et s'il en souffre encore à l'âge adulte. Pour ce faire, il existe plusieurs échelles de mesure, comme celle de Wender-Utah et celle de Barkley. La *Adult Self Rating Scale* (ASRS) permet un dépistage sous forme d'autoquestionnaire, et la traduction française est disponible sur le site [www.CADDRA.ca](http://www.CADDRA.ca). Il est suggéré de demander au patient d'indiquer lesquels des symptômes le dérangent le plus, ceci étant particulièrement utile dans les choix de stratégies de traitement.

Il importe de mesurer l'intensité du handicap dans les différentes sphères de vie pour ajuster nos options d'interventions. La Dre Margaret Weiss et son équipe ont développé un autoquestionnaire très intéressant, qui peut être utilisé pour tous les âges, nommé le *Weiss Functional Impairment Rating Scale* (WFIRS), disponible sur le site de la CADDRA.

### À ce stade, doit-on diriger le patient vers une spécialité?

Plusieurs médecins généralistes évaluent et suivent des patients atteints de TDAH et ont ainsi développé une expertise à ce niveau. Il est clair qu'une consultation en milieu spécialisé n'est nullement obligatoire avant de poser un diagnostic ou d'amorcer un traitement chez l'adulte ou chez l'enfant. Une consultation en milieu spécialisé est utile quand le diagnostic n'est pas clair ou quand les options de traitement usuelles n'ont pas entraîné l'amélioration escomptée.

*Il est clair qu'une consultation en milieu spécialisé n'est nullement obligatoire avant de poser un diagnostic ou d'amorcer un traitement chez l'adulte ou chez l'enfant.*

### Le traitement non pharmacologique

Le traitement commence d'abord par la confirmation du diagnostic et la psychoéducation associée. L'annonce du diagnostic met un nom sur la problématique, et la personne atteinte est souvent soulagée « d'enfin comprendre ». Il y a aussi un deuil associé à la chronicité des symptômes et à l'absence d'un diagnostic plus précoce : « si j'avais su avant... ».

Vous trouverez à la fin de ce document des suggestions de lectures et des ressources pour vos patients. Des techniques simples de gestion du temps, d'organisation (ex. : mémos, alarme sonore, agenda, listes) et de résolution de problèmes sont utiles à tous.

Quand les symptômes demeurent handicapants, une médication peut être offerte. On doit alors tenir compte de la comorbidité. Une approche en psychothérapie, principalement de type cognitivo-comportementale, peut aussi être proposée si pertinente.

## Le traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique standard du TDAH consiste en la prise de non stimulants (atomoxétine) ou de psychostimulants :

- famille des amphétamines à longue action (sels mixtes d'amphétamines) et à courte action (sulfate de dextro-amphétamine)
- famille de produits à base de méthylphénidate à longue action (méthylphénidate en libération multicouches et en libération OROS) et à courte action (méthylphénidate).

On ne peut prédire la réponse individuelle au traitement. 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).

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.

### Les lignes directrices de traitement

La CADDRA suggère d'utiliser en première ligne les médicaments dits « à longue action » et en deuxième ligne ceux à « courtes action ». Le Collège des médecins du Québec a émis des lignes directrices sur l'évaluation et la prise en charge du TDAH et offre actuellement des ateliers de formation pour les cliniciens.

Au Canada, l'atomoxétine a été la première à recevoir l'indication officielle du traitement du TDAH chez l'adulte. Depuis, le méthylphénidate en libération multicouches et les sels mixtes d'amphétamines ont reçu l'indication clinique du traitement du TDAH chez les enfants, les adolescents et les adultes. Le méthylphénidate en libération OROS, déjà indiqué chez l'enfant et l'adolescent, devrait bientôt recevoir l'approbation pour le traitement du TDAH adulte.

Les experts de la CADDRA recommandent pour l'adulte les mêmes psychostimulants que ceux utilisés chez l'enfant et suggèrent des posologies adaptées dans leur guide de pratique. Il y a quelques études qui rapportent une réponse positive versus placebo pour le bupropion, et la CADDRA a choisi de le positionner en troisième intention. Il existe aussi une littérature pour l'utilisation éventuelle du modafinil dans le TDAH. Par ailleurs, des études en ouvert ont souligné l'intérêt probable de la venlafaxine.

### Les principaux médicaments disponibles et leur posologie respective

Pour tous les produits utilisés, il faut commencer à faible dose et augmenter progressivement. Les intervalles entre les doses varient selon la durée de l'action clinique.

#### L'atomoxétine

L'atomoxétine n'agit pas comme les psychostimulants. Elle exerce un blocage sélectif de la recapture de la noradrénaline. Au Canada et au États-Unis, elle est indiquée dans le traitement des enfants et des adultes atteints de TDAH. Les posologies chez l'adulte varient entre 60 et 100 mg par jour, et il est suggéré de la débiter à 40 mg pour 10 jours afin de réduire l'apparition d'effets secondaires. À dose thérapeutique, il faut prévoir un délai d'action d'une à quatre semaines. Elle est couverte actuellement par la RAMQ selon les programmes « médicament d'exception » chez les moins de 18 ans et « patient d'exception » chez l'adulte. Cependant, plusieurs programmes d'assurance-médicament privés le remboursent.

Il faut faire attention aux interactions médicamenteuses (via le cytochrome 2D-6). Dans ces cas, il est suggéré de débiter à demi-dose. Puisque l'atomoxétine peut donner des nausées, il est préférable de la prendre avec un estomac plein; quelques personnes rapportent de la somnolence (prendre en soirée à ce moment).

Il est important de savoir que le risque d'abus est réduit si l'on utilise un non stimulant ou des psychostimulants à longue action non « écrasables » ou non « sniffables ». L'atomoxétine entraînerait moins de débalancement des

maladies anxieuses et n'exacerberait pas les tics quand ces problématiques sont comorbides au TDAH.

Pour les psychostimulants, quand la bonne posologie est atteinte, la réponse clinique est notable en dedans de quelques jours. Pour les patients sous psychostimulants qui présentent une réponse partielle et pour qui on opte pour introduire de l'atomoxétine, il est suggéré de maintenir le psychostimulant pendant la période où l'atomoxétine n'a pas atteint son plein effet clinique. Un faible pourcentage de patients auront besoin d'une combinaison de traitements à long terme. Il y a cependant peu de littérature sur cette option.

### Les produits à base d'amphétamines

Les médecins québécois sont en général moins habitués de prescrire les produits à base d'amphétamines pour le TDAH malgré leur efficacité démontrée. Chez nos voisins du Sud, ce sont les produits les plus prescrits pour traiter le TDAH de tout âge.

#### *Sulfate de dextroamphétamine*

Chez l'enfant et chez l'adulte, la posologie suggérée du sulfate de dextroamphétamine tourne autour de 0,5 mg/kg par jour (une ou deux fois par jour, matin et midi). La formulation en spansule permet un effet clinique pendant environ six heures. La dose de départ est faible (10 mg) et est augmentée progressivement jusqu'à un maximum de 40 mg par jour chez l'adulte, selon la monographie (allant jusqu'à 60 mg pour la narcolepsie). La CADDRA souligne que des doses supérieures, jusqu'à 60 mg par jour, sont parfois nécessaires.

#### *Sels mixtes d'amphétamines à libération prolongée*

Nos collègues des États-Unis prescrivent aussi plus de produits à formulation longue action que nos collègues québécois. Les sels mixtes d'amphétamines à libération prolongée permettent un effet clinique jusqu'à 12 heures grâce à un système de libération via des granules entourées d'un enrobage d'épaisseur différente pouvant être saupoudrées sur des aliments mous. La dose de départ est 10 mg le matin, à augmenter selon l'effet clinique et la tolérabilité, jusqu'à une dose maximale de 30 mg chez l'adulte selon la

monographie du produit. La CADDRA précise que des doses supérieures, jusqu'à 60 mg, peuvent être utilisées exceptionnellement. Il est couvert actuellement par la RAMQ selon les programmes « médicament d'exception » chez les moins de 18 ans et « patient d'exception » chez l'adulte. La plupart des programmes d'assurance médicaments privés le remboursent. Une formulation permettant un effet de 16 heures devrait être disponible bientôt.

### Le méthylphénidate

Au Canada, le méthylphénidate est disponible en formulation à courte action et en formulation à effet prolongé, soit via une libération multicouches, soit via un système de pompe osmotique (OROS). Aux États-Unis, d'autres formulations sont disponibles dont un système de timbre transdermique.

#### *Formulation à courte action*

Chez l'adulte utilisant la formulation à courte action, la posologie moyenne se situe autour de 1 à 2 mg/kg par jour répartie en trois à quatre doses (aux trois à quatre heures) vu sa courte demi-vie (ex. : 8 h, midi, 16 h et parfois en soirée). Quand la bougeotte des idées et physique entraîne de l'insomnie initiale, une prise au coucher (HS) peut être tentée. Il est suggéré de débiter par 5 à 10 mg bid à tid et d'augmenter, selon la tolérance, par petits paliers, chaque semaine, jusqu'à amélioration clinique ou dose maximale. La CADDRA recommande pour un individu de plus de 70 kg l'utilisation d'une dose allant jusqu'à 100 mg par jour. Au-delà de cette posologie, il est préférable de demander une consultation spécialisée. Une formulation à courte action peut parfois être prescrite en début ou en fin de journée lorsqu'une médication à longue action à base de méthylphénidate est utilisée mais ne couvre pas toute la journée.

#### Consultez :

[www.fmed.ulaval.ca/fmc](http://www.fmed.ulaval.ca/fmc)

#### Pour obtenir :

- La fiche technique des médicaments TDAH;
- La vidéo de la conférence du Dre Annick Vincent lors de la journée de formation sur le traitement pharmacologique du TDAH, 13 avril 2007.



### Formulation multicouches

Le système de libération de méthylphénidate en multicouches permet un effet clinique prolongé jusqu'à 10 à 12 heures, avec une libération initiale de 40 % de la dose totale. Les capsules contiennent des granules qui peuvent être saupoudrées sur des aliments mous. Il est suggéré de débuter par une dose de 10 mg le matin et d'augmenter à la semaine, jusqu'à un maximum de 80 mg chez l'adulte. Il est couvert actuellement par la RAMQ selon les programmes « médicament d'exception » chez les moins de 18 ans et « patient d'exception » chez l'adulte. La plupart des programmes d'assurance médicaments privés le remboursent.

### Via le système de pompe osmotique (OROS)

Le méthylphénidate libéré selon le système OROS fonctionne comme une pompe osmotique de médicament et permet un effet clinique prolongé jusqu'à 12 heures avec une libération initiale de 22 % de la dose totale. Il est couvert actuellement par la RAMQ selon les programmes « médicament d'exception » chez les moins de 18 ans et « patient d'exception » chez l'adulte. La plupart des programmes d'assurance médicaments privés le remboursent. La dose maximale suggérée pour l'adolescent est de 54 mg au Canada et de 72 mg aux États-Unis. Pour l'adulte, la CADDRA suggère une dose maximale de 108 mg par jour. Voir les équivalences avec le méthylphénidate à courte action au tableau 1.

Tableau 1

### Les équivalences du méthylphénidate OROS et à courte action

Méthylphénidate OROS		Méthylphénidate à courte action
18 mg	=	5,0 mg bid à tid
27 mg	=	7,5 mg bid à tid
36 mg	=	10 mg bid à tid
54 mg	=	15 mg bid à tid
72 mg	=	20 mg bid à tid
90 mg	=	25 mg bid à tid
108 mg	=	30 mg bid à tid

### La gestion des effets secondaires

Les effets secondaires peuvent être réduits en utilisant des posologies faibles et en augmentant plus lentement.

S'il y a une baisse d'appétit significative associée à la prise de la médication, une prise post-prandiale est suggérée.

La surveillance de la tension artérielle et du pouls est suggérée en cours de traitement, particulièrement aux changements de doses.

La prudence est de mise dans la prescription des traitements pharmacologiques pour le TDAH, particulièrement en présence d'une anamnèse familiale de mort subite en bas de 50 ans, d'une histoire personnelle d'hypertension artérielle, de troubles du rythme, de syncope ou de malformation cardiaque structurale.

### Tenir compte des pathologies psychiatriques comorbides

#### Le trouble anxieux ou de l'humeur

Si en plus du TDAH il y a présence d'un trouble anxieux ou d'un trouble de l'humeur, il est possible qu'on doive traiter celui-ci en priorité.

Le médecin peut envisager d'utiliser de la venlafaxine pour les troubles anxieux ou dépressifs et le bupropion quand il y a une dépression ou du tabagisme. Ces deux molécules ont été efficaces pour le TDAH dans de petits groupes d'études. La posologie minimale efficace reste à démontrer ainsi que le délai d'action. Dans notre clientèle, il semble que le délai ressemble à celui de l'effet antidépresseur (quatre à six semaines). Comme l'effet noradrénergique de la venlafaxine apparaît plus clairement au-delà de 150 mg par jour, on peut penser que cela serait une dose minimale à viser. Cependant, certains patients répondent parfois à des posologies inférieures.


Les ISRS n'ont pas d'effets spécifiques sur le TDAH mais sont des traitements qui peuvent être efficaces pour les troubles anxieux ou dépressifs. Si le patient reçoit un ISRS et a une bonne réponse clinique pour le trouble comorbide, une combinaison avec un traitement spécifique du TDAH peut être tentée.

### Les troubles du sommeil

Devant un trouble du sommeil, il importe d'identifier (et de traiter) les pathologies autres que le TDAH qui pourraient être impliquées dans la problématique d'insomnie. Si les difficultés de sommeil semblent être liées au TDAH (agitation psychique ou motrice, procrastination pour aller se coucher), l'atomoxétine ou une prise HS de psychostimulant peut être essayée (soulage la bougeotte sur l'oreiller). Il y a quelques cas rapportés de succès avec la mirtazapine HS, seule ou avec les traitements usuels. Il existe une littérature émergente pour l'utilisation de la mélatonine.

Dans tous les cas de polypharmacie, il faut faire attention aux interactions pharmacologiques. D'autres stratégies pharmacologiques peuvent être tentées mais dépassent ici le cadre de conseils de base de cet article.

### Médecins généralistes : votre rôle est primordial!

Au Québec, un adulte avec un TDAH peut aller chercher de l'information et du support auprès de l'AQETA (Association Québécoise pour les troubles d'apprentissage) et de PANDA (Parents Aptes à Négocier avec le Déficit d'Attention). Il existe peu de services de traitement spécialisé pour le TDAH adulte dans le réseau public actuel. Tout est à bâtir. Le développement d'outils, comme ce document, est un départ. Les médecins généralistes sont en contact direct avec la population atteinte de TDAH, quel que soit leur âge, et constituent un pivot essentiel dans le dépistage et le traitement de cette pathologie fréquente mais encore relativement méconnue. 

### Suggestions de lectures et de ressources pour vos patients

#### Documents psychoéducatifs TDAH grand public produits par les auteurs (liste plus exhaustive des ressources dans ces documents)

##### DVD

- *Portrait du trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité*

Annick Vincent et Direction de l'enseignement de l'Institut universitaire en santé mentale, Centre hospitalier Robert-Giffard, Québec (2006).

Disponible directement à la direction de l'enseignement :

[www.enseignement\\_CHRG@ssss.gouv.qc.ca](mailto:www.enseignement_CHRG@ssss.gouv.qc.ca)

ou au 418-663-5146

Et disponible en librairie via Impact! Éditeur (distribué par Raffin).

Version anglaise à venir, octobre 2007.

##### Livres

- *Mon cerveau a besoin de lunettes*, 2<sup>e</sup> édition  
Annick Vincent, Académie Impact (2004) (droits rachetés par Impact! Éditions)
- *Mon cerveau a encore besoin de lunettes*, 3<sup>e</sup> édition  
Annick Vincent, Impact! Éditions (2007)
- *My Brain Needs Glasses*  
Annick Vincent, Académie Impact (2005)
- *My Brain Still Needs Glasses*  
Annick Vincent, Académie Impact (2007)

##### Sites web

- [www.aqeta.qc.ca](http://www.aqeta.qc.ca)  
Association Québécoise des troubles d'apprentissage
- [www.attentiondeficit-info.com](http://www.attentiondeficit-info.com)  
Site sur le TDAH développé par Dre Annick Vincent, en ligne à l'automne 2007
- [www.associationpanda.qc.ca](http://www.associationpanda.qc.ca)  
Association PANDA (Parents Aptes à Négocier avec le Déficit d'Attention)
- [www.caddac.ca](http://www.caddac.ca)  
Centre for ADHD/ADD advocacy, Canada
- [www.CADDRA.ca](http://www.CADDRA.ca)  
Canadian ADHD Resource Alliance. Guide pratique canadien pour l'évaluation et le traitement du TDAH disponible sur ce site. Version française en développement.
- [www.chadd.org](http://www.chadd.org)  
CH.A.D.D. (Children and Adults with Attention Deficit Disorder)
- [www.rgiffard.qc.ca/TDAH](http://www.rgiffard.qc.ca/TDAH)  
Document psychoéducatif sur le TDAH adulte, trousse d'outils et de ressources à remettre aux patients.