

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI CRITIQUE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
À LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE M. Sc.

PAR
MARJORIE ST-LAURENT

L'ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DES ADULTES PRÉSENTANT À LA FOIS UN
TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ET UN TROUBLE DE DÉFICIT DE
L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ

AOÛT 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

Résumé

Problématique : Il a été démontré que 78,5 % des adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) souffrent d'au moins un trouble de la personnalité (TP). Plus précisément, les résultats d'une étude indiquent que le diagnostic de TDA/H à l'enfance pourrait être prédisposant pour le diagnostic de trouble de la personnalité limite (TPL) chez l'adulte. Des ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes ayant un TPL ont remarqué, depuis quelques années, une augmentation de la présence du diagnostic de TDA/H chez leur clientèle. Considérant les divers impacts fonctionnels qu'entraînent ces deux problématiques, ces professionnels se sont questionnés sur l'impact du TDA/H sur leur pratique clinique auprès des personnes ayant un TPL.

Objectif : Mettre en évidence les connaissances actuelles concernant les interventions ergothérapeutiques à privilégier pour faciliter le quotidien des adultes ayant la double problématique. **Méthode :** Une étude de documents a été réalisée à partir de diverses bases de données, soit MEDLINE, CINAHL (EBSCO) ainsi que PsycINFO (EBSCO).

Résultats : Les études recensées indiquent que les programmes de thérapie de groupe basés sur les traitements de type cognitivo-comportemental, jumelés à des rencontres individuelles, sont bénéfiques pour les adultes ayant un diagnostic de TDAH et pour ceux ayant un diagnostic de TPL. **Discussion :** Les ergothérapeutes possèdent les compétences requises pour animer de telles rencontres et sont en mesure, de par leur formation, de les adapter afin de mieux répondre aux besoins des adultes ayant un TDA/H et d'avoir une approche davantage centrée sur les occupations significatives.

Conclusion : Compte tenu de l'importance des conséquences occupationnelles de ces

deux diagnostics chez les adultes, il serait pertinent d'explorer dans quelle mesure des services en ergothérapie axés sur la personne, l'environnement et l'occupation, et ce, dès l'enfance chez les personnes ayant un TDA/H, pourraient aider à prévenir ces atteintes occupationnelles chez les adultes.

Mots-clés : *Borderline Personality Disorder* (Trouble de la personnalité limite); *Attention Deficit Disorder with Hyperactivity* (Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité); *Adult* (Adulte); *Occupational Therapy* (Ergothérapie); *Intervention* (Intervention).

Table des matières

Liste des abréviations.....	vi
Remerciements	viii
1. Introduction.....	1
2. Problématique	3
2.1 Le trouble de la personnalité limite.....	3
2.1.1 Impacts fonctionnels du TPL	4
2.2 Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	5
2.2.1 Le TDA/H chez la clientèle adulte	6
2.2.2 Impacts fonctionnels du TDA/H chez la clientèle adulte.....	6
2.3 Comorbidité entre le TDA/H et les troubles de l'axe II	7
2.3.1 Comorbidité entre le TDA/H et le TPL.....	8
2.4 Principales thérapies utilisées auprès des personnes ayant un TPL	12
2.4.1 Principes généraux d'intervention auprès des personnes ayant un TPL	12
2.4.2 Thérapies les plus reconnues pour leur efficacité.....	15
2.4.3 Interventions utilisées en ergothérapie	17
2.4.3.3 Approche prometteuse en ergothérapie centrée sur l'occupation.....	19
3. But et questions de recherche.....	22
4. Cadre théorique.....	23
4.1 Le Modèle PEO	23
4.2 Approche centrée sur la personne.....	25
4.3 Approche centrée sur les occupations	26
5. Méthode.....	27
6. Résultats	30
6.1 Psychothérapie.....	30
6.2 Remédiation cognitive.....	33
6.3 Thérapie cognitivo-comportementale.....	35
7. Discussion.....	39
7.1 Personne	40
7.2 Environnement	44
7.3 Occupation.....	45
7.4 Groupe	47
7.5 L'ergothérapie et les TCC	49

7.6 Adaptations à considérer53

7.7 Limites de l’essai59

8. Conclusion.....61

Références63

Annexe A68

Annexe B70

Annexe C73

Annexe D77

Liste des abréviations

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
ADHD-CL	The ADHD Checklist
AGREE	Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation Instrument
BAI	The Beck Anxiety Inventory
BCS	The Barkley ADHD Current Symptoms Scale
BDI	The Beck-Depression Inventory
CGI	The Clinical Global Impression
CRSM	Centre Régional de Santé Mentale
DSM-IV-TR	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision
KLT	The konsentrations-Leistungs-Test
K-SADS ADHD	The Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia ADHD section
Mx	Médication/Médicament
PEO	Le Modèle personne-environnement-occupation
PRS	The Parent Rating Scale
RATE-S	The RetR2 ADHD Training Evaluation Self-report Scale
RPC	Recommandations pour la Pratique Clinique
RetR2ADHD	The Reasoning and Rehabilitation for ADHD Youths and Adults Programme
SCL-16	Version adaptée, contenant 16 items, du SCL-90-R

SCL-90-R	The Symptom Check List
STAXI	State-Trait Anger Expression Inventory
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TCD	Thérapie Comportementale Dialectique
TDA/H	Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TP	Trouble de la personnalité
TPL	Trouble de la personnalité limite
WURS	Wender Utah Rating Scale

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de cet essai. Une pensée particulière est adressée à Mme Ginette Aubin qui, en tant que directrice d'essai, a su se montrer à l'écoute, disponible, rigoureuse et patiente. Merci également pour tous les conseils avisés m'ayant permis de réaliser un projet de qualité. Je remercie aussi mon collègue, M. Marc-Olivier Lévesque, pour le temps consacré à une première correction de cet ouvrage, ainsi que pour toutes les suggestions pertinentes offertes. Merci également à Mme Joannie St-Laurent, ergothérapeute au Centre Régional de Santé Mentale, et à ses collègues, pour tant d'inspiration et de soutien.

1. Introduction

Plusieurs érudites du domaine de l'ergothérapie, dont Wilcock et Yerxa, affirment que l'être humain est un être occupationnel (Townsend et Polatajko, 2008). En ce sens, celui-ci se définit à travers des occupations qui lui sont significatives et qui donnent un sens à sa vie (Wilcock; Yerxa, cités dans Amoroso et al., 2008). L'occupation est si présente dans notre culture que les gens ont tendance à se définir par ce qu'ils font, faisant ainsi de l'occupation, la base de la formation de leur identité (Polatajko, cité dans Amoroso et al, 2008). Certaines maladies, problématiques de santé physique ou mentale, voire même le processus normal de vieillissement d'une personne, peuvent entraîner des perturbations au niveau occupationnel et donc, affecter la santé d'une personne. Selon le rapport annuel de l'Association canadienne pour la santé mentale 2010/2011, chaque année, plus de 20 % des Canadiens adultes sont touchés par la maladie mentale. Ces personnes sont susceptibles d'avoir des difficultés, entre autres, au niveau de leur rendement occupationnel. Les ergothérapeutes travaillant en santé mentale sont concernés par de telles difficultés et travaillent conjointement avec ces personnes, afin de minimiser leurs problèmes et ainsi améliorer leur rendement occupationnel. Par ailleurs, il arrive parfois qu'une même personne présente plus d'un trouble de santé mentale en même temps. Ceci est le cas, entre autres, des adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) ainsi qu'un trouble de la personnalité limite (TPL). Qu'advient-il lorsqu'une personne présente deux problématiques entraînant chacune des difficultés fonctionnelles? Comment les ergothérapeutes peuvent-ils influencer positivement le quotidien des adultes présentant

cette double problématique de santé mentale? Le document suivant comprend les étapes de la démarche effectuée afin d'explorer le rôle des ergothérapeutes auprès de cette clientèle. Dans un premier temps, les problématiques du TPL et du TDA/H, ainsi que la double problématique de TPL et TDA/H seront abordées plus en détails puis, le but et la question de recherche de cet essai seront exposés. Dans un deuxième temps, le cadre théorique sur lequel s'est basé la recherche, ainsi que la méthode qui a été utilisée, seront décrits. Dans un troisième temps, les résultats de la recherche seront présentés et une analyse critique de ceux-ci sera faite. Finalement, le présent document se terminera par une brève conclusion

2. Problématique

Dans les dernières années, des ergothérapeutes du département de psychiatrie du Centre Régional de Santé Mentale (CRSM), à Shawinigan, travaillant auprès d'adultes ayant un trouble de la personnalité limite, ont remarqué une augmentation de la présence du diagnostic de TDA/H chez leur clientèle. Ces professionnels de la santé se sont questionnés par rapport à l'impact de ce trouble sur leur pratique clinique auprès des personnes ayant un TPL. Tout d'abord, voici un aperçu des deux problématiques en question, de leurs impacts fonctionnels, des caractéristiques et conséquences que peut entraîner cette comorbidité¹, ainsi que des interventions réalisées auprès d'adultes ayant un TPL.

2.1 Le trouble de la personnalité limite

Le trouble de la personnalité limite est le trouble de la personnalité le plus courant. Ce diagnostic est observé dans toutes les cultures et concerne 0,2 à 2,9 % de la population générale (Lenzenweger, cité dans Leclerc, 2007). Ce trouble est caractérisé par une instabilité de l'humeur et de l'identité (identité diffuse), des relations très tumultueuses, une crainte de l'abandon, un manque de contrôle des pulsions, la présence, souvent, de comportements suicidaires, parasuicidaires et d'automutilation, des émotions intenses, une forte impulsivité et une sensation de vide chronique, et ce, à

¹ Le terme « comorbidité » est utilisé, dans ce document, pour désigner la présence de deux désordres/problématiques simultanément chez la même personne. Il en est de même pour le terme « double problématique ».

différentes intensités (Durand et Barlow, 2002). Les manifestations de ce trouble tendent à diminuer vers 30 à 40 ans, bien que ces individus continuent parfois à éprouver des difficultés quand ils atteignent le troisième âge (Rosowsky et Gurian, cités dans Durand et Barlow, 2002). Plus précisément, les critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite se retrouvent à l'annexe A.

2.1.1 Impacts fonctionnels du TPL

Selon Falklöf et Haglund (2010), les occupations quotidiennes et la façon de s'adapter à la vie de tous les jours sont des éléments affectés chez les adultes ayant un TPL. Leur étude, réalisée auprès de femmes ayant ce diagnostic, leur a permis d'identifier plusieurs difficultés fonctionnelles présentes chez celles-ci. En effet, les participantes de cette étude rapportent avoir des difficultés à organiser leurs activités quotidiennes, que ce soit en lien avec les soins personnels, les occupations de productivité ou les loisirs, des difficultés à effectuer leur routine de tous les jours et des difficultés à suivre les plans qu'elles ont préalablement établis. De plus, elles rapportent avoir de la difficulté à répondre aux demandes et obligations provenant de l'environnement ou d'elles-mêmes. Selon les auteurs, ces personnes sont aussi susceptibles de ressentir de la honte et du mécontentement face à leur façon de gérer leur vie quotidienne, d'avoir de la difficulté à gérer leurs relations interpersonnelles, et d'être influencées par leur environnement social en raison de leur désir de plaire.

2.2 Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Les critères diagnostiques du TDA/H présentés dans le présent document sont ceux utilisés auprès d'une clientèle pédiatrique. En effet, aucun critère diagnostic distinct n'a été identifié pour statuer sur la présence de cette problématique chez la clientèle adulte. Les mêmes critères semblent donc être utilisés pour celle-ci. Ainsi, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* identifie, pour ce trouble, deux sous-catégories de symptômes. La première correspond à l'inattention et la deuxième au concept d'hyperactivité-impulsivité. La présence d'une des deux catégories de symptômes est suffisante pour diagnostiquer le trouble de déficit de l'attention et/ ou de l'hyperactivité. L'inattention peut se manifester par une difficulté à prêter attention aux détails, à soutenir son attention, à se conformer aux consignes, à organiser ses travaux, etc. L'hyperactivité-impulsivité peut se manifester par une difficulté à rester assis en place, une tendance à bouger excessivement dans des situations où cela n'est pas approprié, à parler beaucoup de façon régulière, à répondre aux questions avant qu'elles ne soient terminées, etc. Des problèmes fonctionnels sont fréquemment associés à ce diagnostic. Par exemple, la performance scolaire peut être affectée et les enfants peuvent avoir de la difficulté à établir et à maintenir des relations d'amitié durables (Durand et Barlow, 2002). Plus précisément, les critères diagnostiques du trouble de déficit d'attention/hyperactivité se retrouvent à l'Annexe B.

2.2.1 Le TDA/H chez la clientèle adulte

Bien qu'aucun critère diagnostique distinct ne soit établi pour les adultes, la littérature appuie la présence du TDA/H à l'âge adulte. En effet, il a été démontré qu'une large proportion des enfants ayant un TDA/H a des symptômes résiduels persistant à l'âge adulte (Shekim, Asarnow, Hess, Zaucha et Wheller, cités dans Fossati, Novella, Donati, Donini et Maffei, 2002). Par exemple, les symptômes ont tendance à se maintenir, à l'adolescence, dans 50 % à 80 % des cas cliniquement diagnostiqués à l'enfance et à l'âge adulte, dans 30 % à 50 % des cas (Barkley, Fischer, Edelbrock et Smallisch, 1990; Weiss et Hechtman, cités dans Fossati et al., 2002). Dans le même ordre d'idées, Faraone, Biaderman et Mick (2005) estimaient que la proportion des adultes ayant eu un TDA/H dans leur enfance, et qui répondait toujours aux critères diagnostiques du DSM-IV, est de l'ordre de 30 % à 66 %. De plus, une étude réalisée aux États-Unis, en 2006, a permis d'estimer une prévalence de 4,4 % d'adultes ayant un TDA/H (Kessler et al., 2006). Ceci démontre que le TDA/H n'est pas uniquement associé aux enfants et qu'il est pertinent de s'y attarder également pour mieux comprendre cette problématique chez la clientèle adulte.

2.2.2 Impacts fonctionnels du TDA/H chez la clientèle adulte

Il est d'autant plus important d'étudier cette problématique chez les adultes considérant les nombreux problèmes fonctionnels que ceux-ci rencontrent au quotidien (Biederman, Faraone et Chen, 1993; Harvard Mental Health Letter, 2002; Young, 2000). En effet, selon ces auteurs, les adultes ayant un TDA/H sont plus susceptibles d'être des

personnes désorganisées, facilement ennuyées, impatientes et impulsives. Elles présentent également des lacunes au niveau des habiletés sociales, c'est-à-dire qu'elles peuvent avoir tendance à interrompre la parole, ne pas avoir de filtre et perdre le fil conducteur des conversations. Elles peuvent aussi avoir tendance à faire de la procrastination et à abandonner des projets non complétés. Toujours selon ces auteurs, elles peuvent également avoir de la difficulté à gérer leur horaire (être en retard à leurs rendez-vous), avoir plus de problèmes d'emploi, avoir un statut inférieur au travail, accumuler des dettes, être téméraires en conduisant leur voiture et vivre davantage de divorces. Par contre, selon Biederman, Mick et Faraone (cités dans Hesslinger et al., 2002), plus la personne vieillit, moins l'hyperactivité est dominante et plus la désorganisation devient présente. Ainsi, considérant ces difficultés qui touchent différentes sphères de la vie occupationnelle, il est pertinent que les ergothérapeutes s'intéressent à cette clientèle. La section suivante traite de la double problématique du TDA/H et du TPL.

2.3 Comorbidité entre le TDA/H et les troubles de l'axe II

Les interrogations concernant la comorbidité entre le TDA/H et le TPL soulevées par les cliniciens contactés dans le cadre de cette recherche sont très pertinentes et concordent avec divers écrits relatifs aux différents troubles associés au TDA/H. D'abord, plusieurs études ont été réalisées dans le but de démontrer la présence d'une

comorbidité entre le TDA/H et d'autres troubles de l'axe I². Toutefois, beaucoup moins ont traité de la possibilité d'une comorbidité avec les troubles de l'axe II³, particulièrement les troubles de la personnalité (TP). Pourtant, une étude sur des désordres de l'axe I et II démontre que 78,5 % des adultes ayant un TDA/H souffrent d'au moins un TP (Jacob et al., 2007). De plus, de par les résultats de leur étude, Cumyn, French et Hechtman (2009) avançaient que les gens ayant un TDA/H avaient un taux de prévalence plus élevé de troubles à l'axe II. Par ailleurs, une étude réalisée par Ramklint, Von Knorring, Von Knorring et Ekselius (2002) leur a permis d'affirmer que les adultes qui ont eu des services en psychiatrie étant jeunes, pour diverses problématiques dont un TDA/H, un trouble anxieux, un trouble de l'humeur, un trouble alimentaire, ont une prévalence significativement plus élevée de TP à l'âge adulte. Cela suggérait qu'un désordre psychiatrique survenu en bas âge, dont le TDA/H, peut constituer un facteur de risque du développement de la symptomatologie d'un TP.

2.3.1 Comorbidité entre le TDA/H et le TPL

La réalisation d'une première recension des écrits, faite à l'été 2011 dans le cadre du cours *Faits scientifiques et données probantes*, a eu pour but de documenter l'ampleur de cette double problématique, soit la présence du TDAH et d'un trouble de personnalité spécifique, soit le TPL en milieu clinique, chez la clientèle adulte. D'abord, une étude a précisé que le taux de TPL était plus élevé chez les gens ayant un TDA/H

² Troubles cliniques et autres conditions nécessitant un examen clinique

³ Trouble de la personnalité et retard mental

(Miller, Nigg et Faraone, 2007). D'autres chercheurs se sont également intéressés à la relation existant entre la présence et la sévérité des symptômes du TDA/H à l'enfance et le diagnostic futur d'un TPL chez l'adulte. En effet, une étude réalisée par Fossati et al. (2002) a établi que les gens ayant un TPL avaient un score moyen significativement plus élevé au Wender Utah Rating Scale (WURS⁴) comparativement à ceux sans TP ou ayant un TP de cluster B (autre que TPL), A ou C⁵. Cela signifiait que le nombre de personnes répondant aussi aux critères diagnostiques du TDA/H, selon le WURS, était plus élevé chez les gens ayant un TPL. Selon Fossati et ses collègues, ces résultats laissaient croire que le diagnostic de TDA/H à l'enfance pourrait être un facteur de risque pour le diagnostic de TPL chez l'adulte.

Par ailleurs, bien qu'il s'agisse de deux problématiques différentes, plusieurs similarités sont présentes chez les adultes ayant un TDA/H et ceux ayant un TPL. En effet, selon Hesslinger et al. (2002), d'un point de vue phénoménologique, ces personnes ont des difficultés à réguler leurs affects, à contrôler leur impulsivité, ont souvent des problèmes d'abus de substances, une faible estime de soi et des relations interpersonnelles perturbées. De plus, d'un point de vue neurophysiologique, le symptôme de dissociation, présent chez les personnes ayant un TPL, peut être considéré comme une forme particulière de déficit de l'attention. Par contre, l'association entre le

⁴ Le Wender Utah Rating Scale (WURS) est un instrument utilisé dans le but d'identifier la présence et la sévérité des symptômes du TDA/H qui auraient été présents à l'enfance chez des adultes. Il s'agit d'une évaluation rétrospective.

⁵ Cluster A : personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique, Cluster B : personnalités antisociale, borderline, histrionique et narcissique, Cluster C: personnalités obsessionnelle-compulsive, évitant et dépendante.

diagnostic de TPL et la sévérité des symptômes du TDA/H à l'enfance n'est pas seulement due aux caractéristiques cliniques communes aux deux diagnostics, par exemple l'instabilité affective et l'impulsivité. En effet, plusieurs autres éléments les relient. En ce sens, les résultats de l'étude de Fossati et ses collègues (2002) suggéraient que certains symptômes du TDA/H, qui ne sont pas présents dans les critères diagnostiques du TPL, comme les problèmes d'attention et de concentration et les difficultés dans certains domaines tels que les mathématiques, s'avéraient aussi souvent présents chez les adultes ayant un TPL. Il est donc possible de croire que le diagnostic de TDA/H ajoute des difficultés fonctionnelles supplémentaires ou amplifie celles déjà présentes chez les adultes ayant aussi un TPL. Le quotidien de ces adultes se voit ainsi davantage perturbé. Bien entendu, la comorbidité entre le TDA/H et les troubles de l'axe II étant étudiée depuis quelques années seulement, la plupart des résultats obtenus sont d'évidence modérée et bénéficieraient que d'autres études s'y attardent.

Bien que plusieurs similarités entre ces deux problématiques aient été identifiées précédemment, il n'en demeure pas moins que certains éléments les distinguent l'une de l'autre. En effet, Selon Hesslinger et al. (2002), les mécanismes de régulation de l'affect sont très différents selon le diagnostic. En ce sens, ces auteurs affirmaient que les individus ayant un TDA/H, étant plus souvent des hommes, ont tendance à essayer de réguler leur état émotionnel instable en s'engageant dans des activités sportives excessives, des comportements sexuels à risque et parfois des comportements impulsifs et agressifs. Toujours selon ces mêmes auteurs, les personnes ayant un TPL étant plus

souvent des femmes, bien qu'elles présentent aussi des comportements impulsifs, ont par ailleurs des comportements paralysés, sous le choc, ou des états dissociatifs, et ce, en période de stress émotionnel. Les comportements d'automutilation souvent observés chez cette clientèle sont utilisés pour mettre un terme à ces états de tension. Par ailleurs, l'absence de comportements suicidaires et parasuicidaires, de stress post-traumatique et de difficultés à établir une relation thérapeutique, chez les adultes ayant un TDA/H, rend les interactions avec ceux-ci plus simples. Ainsi, ceci facilite un changement thérapeutique plus rapide chez ces personnes comparativement aux adultes ayant un TPL.

Bref, considérant le fait que la façon de s'adapter à la vie quotidienne est affectée chez les personnes ayant un TPL ainsi que chez celles ayant un TDA/H, il est pertinent de se questionner sur les pratiques d'intervention à privilégier auprès de ces adultes. Les ergothérapeutes, pour qui l'occupation occupe une place très importante dans leur pratique, sont d'autant plus sollicités par les difficultés au quotidien que vivent ces personnes. Par ailleurs, tel que mentionné précédemment, plusieurs études confirment que la prévalence du TDA/H chez la clientèle adulte TPL est importante. Dans le même ordre d'idées, il est question que le taux de TPL soit plus élevé chez les gens ayant un TDA/H. Ainsi, tous ces éléments confirment l'importance de s'intéresser, en tant qu'ergothérapeutes, à cette double problématique, en vue d'aider au maximum ces adultes dans leur vie quotidienne.

2.4 Principales thérapies utilisées auprès des personnes ayant un TPL

Les interventions utilisées auprès d'une clientèle adulte ayant un TPL ont déjà fait l'objet de diverses études. En effet, les thérapies à privilégier auprès de ces personnes sont bien documentées dans la littérature. Ainsi, la section suivante présente une brève synthèse des principes généraux à appliquer et des principales approches ayant démontré leur efficacité auprès de cette clientèle. Cette synthèse est basée sur les écrits de différents auteurs ainsi que sur le « Guide de pratique pour le traitement et la gestion du trouble de la personnalité limite » créé par le *National Institute for Health et Clinical Excellence* (2009). Il ne s'agit donc pas d'une énumération de tout ce qui peut être fait auprès de ces personnes, mais bien d'une synthèse des approches ayant le plus d'évidence et apparaissant les plus pertinentes dans le cadre de cet essai.

2.4.1 Principes généraux d'intervention auprès des personnes ayant un TPL

Des principes généraux ont été établis par différents auteurs afin de maximiser l'efficacité des interventions auprès des adultes ayant un TPL. Parmi ceux-ci se retrouvent Renaud et Lecomte (2003), le *National Collaborating Center for Mental Health*, ([NCCMH], 2009) ainsi que Stone (2006). Voici les principes plus pertinents, dans le cadre de cet essai, qui peuvent s'appliquer à la pratique de l'ergothérapie:

2.4.1.1 Relation de confiance. Il est très important de créer une relation de confiance avec cette clientèle. Pour ce faire, le thérapeute doit explorer les options de traitement dans une attitude d'optimisme et d'espoir, laissant paraître que l'amélioration

est possible. Il doit également être engagé, constant, fiable, ouvert d'esprit et non jugeant (NCCMH, 2009).

2.4.1.2 Cadre thérapeutique. Il est important d'établir un contrat de travail et un cadre de traitement comprenant la fréquence, l'intensité, le lieu des rencontres, le plan de gestion en cas de crises et la disponibilité du thérapeute hors thérapie. Il est recommandé de s'assurer de la compréhension qu'a la personne des buts du traitement et du cadre et de porter attention à son besoin de se sentir compris et accepté par le thérapeute (Renaud et Lecomte, 2003).

2.4.1.3 Gestion des crises. En situation de crise, le but du thérapeute est d'amener l'individu à revenir le plus rapidement possible à un niveau plus stable de fonctionnement mental. Le thérapeute doit demeurer calme, supportant et empathique envers la personne. Il ne doit pas agir de façon à lui laisser croire que ses problèmes sont minimes, ni de sorte qu'elle se sente invalidée. Il est donc recommandé d'utiliser des questions ouvertes, de chercher à stimuler la réflexion pour identifier des solutions, en collaboration avec la personne, et de s'abstenir d'offrir des solutions avant de recevoir toutes les informations sur le problème vécu. Il est aussi important d'explorer différentes options avant de considérer l'hospitalisation (NCCMH, 2009).

2.4.1.4 Transitions et fin de traitement. Les périodes de transition, les changements de thérapeutes, les nouvelles thérapies ou la fin des thérapies sont des

éléments souvent difficiles pour les personnes ayant un TPL. Ainsi, il est important de discuter à l'avance de ces changements avec eux, de les structurer et de les appliquer progressivement (NCCMH, 2009).

2.4.1.5 Thérapie de groupe. Une modalité particulière également recommandée par le « Guide de pratique pour le traitement et la gestion du trouble de la personnalité limite » (2009) est la thérapie de groupe. Le principal outil thérapeutique de ce type d'intervention est l'utilisation des relations entre les membres du groupe et le thérapeute. Ce type de modalité permet d'apporter beaucoup de soutien, mais également beaucoup de remise en question et de confrontation par les pairs. De plus, les difficultés relationnelles qui se présentent lors des rencontres peuvent être discutées directement lors du groupe, afin de favoriser une participation active et directe de même que remédier immédiatement aux comportements inefficaces. Ainsi, il est important de maintenir une stabilité parmi les membres du groupe pour favoriser une bonne adhésion. Le thérapeute aide les participants à d'abord partager entre eux leurs responsabilités, à s'entraider, puis à apprendre une façon adaptée de demander de l'aide afin de parvenir à gérer eux-mêmes leurs responsabilités et leurs difficultés. De plus, les thérapies de groupe permettent de prévenir le développement de relations thérapeutiques inappropriées (transferts). Il s'agit donc d'un contexte de thérapie à privilégier. (NCCMH, 2009)

2.4.2 Thérapies les plus reconnues pour leur efficacité

2.4.2.1 L'approche cognitivo-comportementale. Premièrement, l'approche cognitivo-comportementale met l'emphase sur les schèmes de pensées et les comportements qui sont mal adaptés chez ces personnes. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) visent la diminution des pensées dichotomiques, le développement d'un meilleur contrôle des émotions et des impulsions et le renforcement du sentiment d'identité (J. St-Laurent, communication personnelle, 24 mai 2012). La principale thérapie développée et étudiée au cours des 25 dernières années est la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) développée par Linehan (Linehan, 1993a), beaucoup utilisée auprès de cette clientèle (Stone, 2006). La TCD comprend : des thérapies individuelles, des rencontres hebdomadaires de groupe, où il est question principalement de psychoéducation et d'entraînement d'habiletés, un suivi (*coaching*) téléphonique disponible 24 heures par jour et des consultations d'équipe pour les thérapeutes impliqués. Les rencontres de groupe axent sur le développement d'habiletés permettant d'avoir des pensées plus nuancées et ainsi, des comportements plus adaptés (Linehan, 1993a). Les quatre modules inclus dans la thérapie traitent du développement d'habiletés de « pleine conscience, d'efficacité interpersonnelle, de régulation des émotions et de tolérance à la détresse. Ces quatre modules sont décrits plus en détails à l'annexe C.

2.4.2.2 Psychothérapie psychodynamique/psychanalytique. Stone (2006) affirme que selon la psychanalyse, des forces et des conflits inconscients secouent

l'individu et sont responsables des attitudes fortement polarisées et des comportements ambivalents observés chez les personnes ayant un TPL. Le but des approches psychodynamiques est de favoriser l'intégration des parties clivées du moi dans la psyché de la personne, l'aider à avoir une pensée plus intégrée, des relations avec les autres plus satisfaisantes et plus harmonieuses, ainsi que de favoriser la régulation des émotions et des comportements. Plusieurs lignes directrices de traitement ont été développées dont celle de Kernberg, Clarkin et Yeomans (2002), soit la psychothérapie axée sur le transfert, celle de Bateman and Fonagy (2004), traitant de la mentalisation, l'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité (1989) et celle de Kohut (1971), connue sous le nom de la psychologie du soi. Par ailleurs, dans leur « Guide de lignes directrices pour le traitement des patients atteints de trouble de la personnalité limite », Renaud et Lecomte (2003) ont identifié trois études soutenant l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique auprès des adultes ayant un TPL. En effet, l'étude de Stevenson et Meares (1992), a permis de démontrer une diminution significative des comportements violents et de l'automutilation, de la consommation de substances, du nombre de rencontres médicales et de la durée des hospitalisations, du nombre d'absences au travail ainsi que de la sévérité des symptômes en général. Par la suite, l'étude de Meares, Stevenson et Comerford (1999), a confirmé ces mêmes résultats en faisant la comparaison avec un groupe contrôle suite à des interventions/psychothérapies psychodynamiques. Finalement, Bateman et Fonagy (2001), affirmaient que les personnes ayant des thérapies de type psychanalytique,

comparativement à un groupe contrôle, utilisaient moins la pharmacothérapie et se sentaient mieux de façon générale.

2.4.3 Interventions utilisées en ergothérapie

La section suivante démontre comment la TCD ainsi que les psychothérapies psychodynamique/psychanalytique peuvent être utilisées par les ergothérapeutes. De plus, une approche prometteuse en ergothérapie qui est centrée sur l'occupation est également présentée.

2.4.3.1 La TCD appliquée à l'ergothérapie. Selon Linehan (cité dans Brown et Stoffel, 2011), le suivi thérapeutique individuel dans le programme de TCD est rarement assumé par un ergothérapeute. En effet, cela revient principalement à un psychologue ou à un travailleur social, à moins qu'un ergothérapeute ait reçu une formation particulière pour appliquer cette thérapie. Par ailleurs, Linehan affirme que la TCD est une approche qui peut être utilisée par les ergothérapeutes. Ainsi, l'apport de l'ergothérapie est principalement présent lors des rencontres de groupe. En effet, les ergothérapeutes reçoivent, dans leur cheminement universitaire, de la formation sur l'animation et la dynamique de groupe. Ils sont donc bien outillés pour animer les rencontres de groupe d'entraînement aux habiletés et de psychoéducation proposées dans la TCD. Par ailleurs, en raison de leur formation axée sur l'occupation, les ergothérapeutes sont familiers avec les diverses activités présentées dans le guide d'application de la TCD et ont aussi de la

facilité à structurer les rencontres de groupe et à y inclure des activités d'intégration des concepts enseignés.

2.4.3.2 Psychothérapie psychodynamique/psychanalytique appliquée à l'ergothérapie. Ces formes de psychothérapie sont principalement utilisées en rencontre individuelle, par des psychologues. Toutefois, ces approches sont également utiles pour les ergothérapeutes. En effet, l'approche psychodynamique est principalement utilisée par ceux-ci afin de bien comprendre la dynamique de personnalité de leur clientèle. Elle leur permet l'exploration des enjeux psychiques et des mécanismes de défense afin de mieux comprendre leurs façons d'agir, leur passé et leurs motivations. Par ailleurs, les différentes théories peuvent être adaptées à la pratique ergothérapique. Par exemple, les ergothérapeutes peuvent animer des groupes de mentalisation (J. St-Laurent, communication personnelle, 24 mai 2012). Bateman et Fonagy (2007) définissent la mentalisation comme étant la capacité de porter son attention sur son état mental et celui des autres, et ce, par l'explication et l'interprétation des comportements. Elle requiert donc une minutieuse analyse des circonstances entourant l'action. Elle permet d'imaginer ce que l'autre personne pourrait penser ou ressentir par rapport à une situation précise. La mentalisation aide aux relations interpersonnelles, à la connaissance de soi, à reconnaître l'émotion, la traiter, la réfléchir et ainsi la gérer, et à s'adapter à diverses situations (Bateman et Fonagy, 2007). Ces groupes de mentalisation comprennent de la psychoéducation sur la mentalisation, des discussions entre les participants et le thérapeute, des mises en situation afin d'expérimenter la mentalisation,

ainsi que des activités de mentalisation à l'aide, par exemple, de supports visuels tels que des dessins et des photos. Les sujets abordés aident à la compréhension de plusieurs éléments, dont les caractéristiques personnelles des autres, les attitudes, les motifs menant à l'action, les émotions et ses propres caractéristiques.

Bref, les principes généraux et thérapies présentés précédemment sont en accord avec les valeurs, les approches et les interventions préconisées en ergothérapie. En effet, les ergothérapeutes sont formés pour faire de la psychoéducation et de l'entraînement d'habiletés en utilisant la modalité d'intervention de groupe. De plus, les habiletés travaillées par la TCD et l'approche psychodynamique, par exemple par le biais de la mentalisation, correspondent bien aux principaux objectifs d'interventions couverts par les ergothérapeutes travaillant en santé mentale. Les domaines étant, le développement d'habiletés sociales et de relations interpersonnelles appropriées, la communication, la capacité d'adaptation, la résolution de problèmes, la régulation de l'humeur ainsi que l'expression des émotions, en vue d'optimiser le rendement occupationnel. (Nott, cité dans Brown et Stoffel, 2011). Par ailleurs, l'ergothérapeute qui adopte une approche centrée sur la personne doit démontrer de l'empathie ainsi que du respect envers elle. Il doit également se montrer supportant, non jugeant, fiable, honnête et ouvert d'esprit.

2.4.3.3 Approche prometteuse en ergothérapie centrée sur l'occupation

Une seule intervention spécifique à l'ergothérapie, celle de Lee et Harris (2010), a été recensée. Ces auteurs ont développé un programme d'ergothérapie, dans un

établissement où les soins sont offerts à l'interne, organisé de façon graduée selon les besoins des femmes ayant un TPL. D'abord, ils ont proposé de regrouper dans le même groupe d'intervention les femmes ayant des besoins similaires en ce qui concerne leur participation occupationnelle. Ceci a été fait dans le but de créer de multiples voies de traitement occupationnel, chacune progressant graduellement selon le niveau de support nécessaire au participant, en proposant des activités graduées, structurées et centrées sur la personne. Par exemple, parmi les activités proposées se trouvaient les soins personnels, la lessive, la préparation de repas individuellement et en groupe, l'horticulture, etc. Ce fonctionnement visait aussi à offrir des choix et des opportunités aux participants de se pratiquer et de s'améliorer, tout en s'assurant que les groupes n'étaient pas créés de façon aléatoire puisque les personnes ayant des besoins similaires étaient regroupées ensemble. De plus, toutes les voies de traitement étaient structurées de la même façon. Le programme d'ergothérapie créé était basé sur la gradation d'activité, dans le but de permettre aux participants l'expérimentation de différentes activités dans divers environnements. Par ailleurs, les interventions étaient structurées de façon à couvrir les besoins au niveau des soins personnels, des loisirs et des activités de productivité et à encourager la participation occupationnelle à trois niveaux différents : la participation/l'engagement dans le processus thérapeutique, la participation/l'implication dans les activités quotidiennes et la participation/l'engagement actif dans des occupations significatives. Finalement, les sessions de thérapie engageaient les participants dans des activités qui optimisaient la performance occupationnelle indépendamment des fluctuations de leur état mental. Le

programme d'ergothérapie ainsi créé a permis aux participants de faire des choix occupationnels et de prendre en charge leur rétablissement. De plus, l'étude a permis de démontrer qu'une évaluation et un traitement occupationnel structurés et graduels étaient essentiels à un rétablissement occupationnel auprès de ces personnes. Bien que l'évidence de cette intervention n'ait pas encore été démontrée, l'utilisation d'un programme d'ergothérapie axé sur la gradation de l'occupation est une avenue très intéressante à considérer.

Les résultats de cette première recension des écrits confirment ce que les milieux cliniques ont observé quant à la comorbidité du TPL et du TDA/H chez les adultes, ainsi que le fait qu'elle génère des défis au niveau du rendement occupationnel et qu'il est pertinent de s'y attarder. Cet essai vise à mettre en évidence les connaissances actuelles concernant les interventions ergothérapeutiques à privilégier pour faciliter le quotidien de ces adultes.

3. But et questions de recherche

Compte tenu des informations obtenues lors de la recension des écrits et de l'importance de mieux répondre aux besoins des personnes ayant un diagnostic de TPL et de TDAH par les ergothérapeutes, la question ayant orienté la recherche est la suivante :

1. Quelles sont les interventions à privilégier par les ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle adulte présentant à la fois un TPL et un TDA/H?

Pour répondre à celle-ci, deux sous-questions sont à considérer :

- a. Quelles sont les interventions recommandées pour la clientèle adulte ayant une double problématique TPL et TDAH?
- b. Comment les ergothérapeutes peuvent-ils intégrer ces interventions à leur pratique?

Par ailleurs, l'expression « interventions à privilégier par les ergothérapeutes », présente dans la question de recherche, fait référence à toutes approches et interventions pouvant être réalisées par des ergothérapeutes auprès de cette clientèle, que ce soit de façon individuelle ou en groupe. Ceci inclut également les interventions pouvant être faites conjointement avec un autre professionnel de la santé mentale, tel qu'un psychologue ou un psychoéducateur.

4. Cadre théorique

Un modèle théorique a servi à analyser les résultats obtenus en fonction de la pratique de l'ergothérapie. En effet, celui-ci a été utilisé afin de démontrer et justifier davantage l'apport possible des ergothérapeutes auprès de cette clientèle, et ce, en mettant l'emphase sur les particularités propres à cette profession. Le modèle théorique choisi est le Modèle personne-environnement-occupation (PEO) (Law et al, 1996)

4.1 Le Modèle PEO

L'objectif principal du modèle est de maximiser la concordance entre trois dimensions, soit la personne, l'environnement et les occupations, afin de favoriser le rendement occupationnel. Ainsi, les ergothérapeutes utilisant ce modèle agissent sur ces trois dimensions afin de faciliter l'habilitation de l'occupation. Les auteurs de ce modèle ont identifié six construits principaux, soit la personne, l'environnement, l'activité, la tâche, l'occupation et le rendement occupationnel. Voici de brèves définitions de ces différents construits clés (Law et al, 1996).

4.1.1 Le rendement occupationnel/la participation occupationnelle. Le rendement occupationnel, aussi nommé participation occupationnelle, est le résultat d'une interaction entre une personne, une occupation et un environnement. Il s'agit en fait de l'expérience dynamique et longitudinale d'une personne qui participe à des occupations guidées par des buts significatifs, au sein d'un environnement précis. Le

rendement occupationnel est optimal lorsque l'équilibre entre les composantes de la personne, de l'occupation et de l'environnement est maximisé (Law et al, 1996)

4.1.2 La personne. Les auteurs définissent la personne comme étant « un être unique qui assume une variété de rôles simultanément » (Law et al, 1996). Celle-ci comprend donc les rôles ainsi que les attributs et expériences de vie, tels que la personnalité, les compétences personnelles, les antécédents culturels, les habiletés motrices, sensorielles et cognitives, ainsi que l'état de santé général. De plus, la personne se définit également par l'ensemble des compétences qui lui sont innées et qu'elle a apprises au fil de sa vie.

4.1.3 L'occupation. Les auteurs précédemment cités perçoivent l'occupation comme une structure hiérarchique. En ce sens, les occupations comprennent des tâches qui elles, comprennent des activités. Ainsi, les auteurs définissent l'occupation comme étant « un regroupement de tâches et d'activités autonomes et fonctionnelles auxquelles une personne participe au cours de sa vie », par exemple, entretenir sa maison (Law et al, 1996). Les tâches sont définies comme un « ensemble d'activités guidées par des buts auxquelles une personne participe », par exemple, faire le ménage (Law et al, 1996) et les activités comme étant « le cœur d'une tâche », par exemple, passer la balayeuse, faire l'époussetage, vider les poubelles, etc. (Law et al, 1996).

4.1.4 L'environnement. Dans ce modèle, l'environnement comprend cinq dimensions. En effet, les auteurs font référence à l'environnement culturel, socioéconomique, institutionnel, physique et social. Chacune de ces dimensions est à considérer par les ergothérapeutes, puisqu'elles peuvent toutes avoir un impact sur le rendement occupationnel des personnes (Law et al, 1996).

De plus, avant d'explorer davantage les interventions identifiées dans la littérature, voici les définitions de deux valeurs importantes en ergothérapie afin d'aider à clarifier ce qui définit une intervention dans ce domaine. En effet, les ergothérapeutes s'assurent d'avoir une approche centrée sur la personne ainsi qu'une approche centrée sur les occupations.

4.2 Approche centrée sur la personne

Selon Christiansen et Baum (2005), il s'agit d'une pratique qui met l'emphase sur les besoins exprimés par la personne, offerte par un thérapeute qui respecte et qui travaille en équipe avec celle-ci. Le thérapeute base les interventions sur les besoins et les priorités identifiées par la personne, offre des options d'intervention qui sont en lien avec les occupations qui lui sont importantes et significatives et lui permet de faire des choix. Cette approche valorise l'idée de collaborer avec les gens, plutôt que de faire pour eux. L'important est de comprendre la perception de l'individu de sa propre situation, de comprendre ses sentiments, ses valeurs et ses préférences (Assoc. Canadienne des erg. [ACE], citée dans Townsend et Polatajko, 2008).

4.3 Approche centrée sur les occupations

En ergothérapie, l'être humain est perçu comme étant un être occupationnel. En effet, il est considéré que l'occupation donne un sens à la vie des gens et qu'elle a un impact sur la santé et le bien-être de ceux-ci. C'est pourquoi l'approche centrée sur les occupations est préconisée. Celle-ci, qui est centrée sur la personne et son contexte, prône l'importance de mettre l'emphase sur les occupations. En effet, la personne est considérée comme ayant une dysfonction au niveau occupationnel plutôt qu'une condition médicale quelconque. L'emphase est mise sur l'adaptation, la compensation, l'acquisition d'habiletés, la prévention et l'accommodation, plutôt que sur la gestion des déficits comme tel (Townsend et Polatajko, 2008).

5. Méthode

Afin de répondre à la question de recherche, une revue des écrits a été effectuée en utilisant différentes bases de données. En effet, le type de devis méthodologique choisi pour cet essai était l'étude de documents (Fortin, 2010). Les bases de données MEDLINE, CINAHL (EBSCO) ainsi que PsycINFO (EBSCO) ont été utilisées. Toutefois, suite à une première recherche dans ces bases de données, aucun écrit traitant des interventions auprès d'adultes ayant à la fois un TPL et un TDA/H n'a été identifié. Pour ces raisons, la première sous-question de recherche a été modifiée ainsi :

Quelles sont les interventions recommandées pour la clientèle adulte ayant un diagnostic de TDA/H?

Tel que mentionné précédemment dans cet essai, les approches à privilégier auprès des adultes ayant un TPL sont déjà bien documentées dans la littérature. Ainsi, la seconde revue des écrits effectuée ne concernait pas les interventions en lien avec cette clientèle. En ce sens, le nouvel objectif permettait plutôt d'ouvrir la recension des écrits à des documents qui traitaient de ce que font les thérapeutes avec une clientèle adulte ayant seulement un diagnostic de TDA/H. L'étude s'est intéressée aux articles scientifiques, aux méta-analyses, aux revues narratives et aux guides de pratique. Évidemment, les références des articles, au fur et à mesure qu'ils ont été trouvés, ont été utilisées afin d'identifier d'autres écrits pertinents. Cette démarche a été faite dans le but de faire ressortir les différences et les similitudes entre les approches utilisées auprès des adultes ayant un TDA/H et ceux ayant un TPL, afin d'identifier ce qui pourrait être efficace auprès d'adultes ayant la double problématique.

Afin d'évaluer la qualité des documents trouvés, la grille modifiée d'évaluation d'un article scientifique de Mme Dumont, professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (Dumont, 2011) a été utilisée ainsi que la grille d'évaluation des articles de synthèse, proposée sur le site de Modules d'autoapprentissage InfoCritique de la Faculté de médecine de l'Université Laval. La grille d'évaluation de la qualité des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) faite par *l'Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation Instrument* (AGREE) a aussi été utile. Toutefois, considérant le peu d'écrits actuellement disponibles sur ce sujet, les critères d'évaluation ont été assouplis afin de conserver certains articles même si ceux-ci étaient d'un niveau d'évidence moindre. En effet, les articles qui offraient des informations pertinentes et de bonnes pistes de réflexion sur le sujet, ont été conservés. Par ailleurs, certains articles ont été rejetés suite à la lecture des résumés en raison de la non-pertinence du sujet, d'autres en raison par exemple du manque de fiabilité dans la méthode utilisée pour réaliser l'étude et de résultats non concordants avec la section de discussion des auteurs. Suite à la sélection des écrits pertinents, l'analyse a été effectuée par le biais de résumés écrits et de tableaux d'extraction des données permettant de faire ressortir les éléments essentiels de chaque article. Ces tableaux ont permis de mettre en évidence la clientèle concernée, le type de professionnel impliqué, les évaluations utilisées ainsi que l'intervention effectuée ou l'approche utilisée. Finalement, une synthèse et analyse critique des résultats obtenus est présentée, sous forme de texte

continu et sous l'angle du PEO afin de proposer des interventions ou approches qui pourraient être mises en place en milieu clinique par les ergothérapeutes.

6. Résultats

La section suivante constitue une synthèse des études retenues afin de démontrer leurs buts ainsi que les principaux résultats qui en découlent. Cinq articles retenus lors de la recension des écrits traitent de trois principaux types d'interventions auprès des adultes ayant un TDA/h, soit la psychothérapie, la remédiation cognitive et la TCC. L'ensemble des études sélectionnées est décrit plus en détail dans les tableaux d'extraction des données que l'on retrouve à l'annexe C du présent document. Par ailleurs, certains articles sélectionnés, de type narratif, seront résumés plus en détail dans cette section considérant le fait qu'ils ne se retrouvent pas dans les tableaux d'extraction des données.

6.1 Psychothérapie

6.1.1 Adapting psychotherapy to meet the needs of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. (Ramsay et Rostain, 2005). Selon Ramsay et Rostain (2005), les problèmes que vivent les adultes ayant un TDA/H dans leur vie quotidienne pourraient aussi se refléter en thérapie, et ainsi, rendre cette dernière plus laborieuse. Par exemple, il serait possible que ces adultes aient de la difficulté à se concentrer sur un thème précis pendant la session, à se souvenir et à généraliser dans leur vie personnelle les acquis développés durant les thérapies, qu'ils aient une faible adhésion à la thérapie, etc. Ainsi, le but de leur article était de montrer de quelles façons il était possible

d'adapter la psychothérapie afin de répondre aux besoins particuliers des adultes ayant un TDA/H. Sept éléments principaux ressortaient de leur recherche.

Approche interactive et directive. Premièrement, Hallowell et Ratey (cités dans Ramsay et Rostain) suggéraient que les thérapeutes devraient adopter une approche plus interactive, être plus directifs et recentrer les participants, au besoin, sur le contenu des rencontres, considérant la tendance des adultes ayant un TDA/H à « s'éparpiller » dans leur vie quotidienne.

Réglementation de base. Deuxièmement, selon Ramsay et Rostain, il serait important d'établir certaines règles de base quant à la présence aux rencontres et à la facturation lors de retards ou de rendez-vous manqués. Il était toutefois suggéré de s'ajuster en fonction de la situation et de l'individu afin de valoriser les efforts et les améliorations.

Responsabilisation du participant. Troisièmement, selon ces mêmes auteurs, les thérapeutes seraient une source importante d'informations concernant la problématique du TDA/H. Toutefois, ils ne devraient pas développer une spécialité dans le traitement de la pathologie, mais plutôt responsabiliser le participant dans son processus de prise d'information. En effet, il était suggéré de recommander des livres ou ressources internet aux participants afin qu'ils en apprennent plus par eux-mêmes sur le TDA/H. Par la suite, il était recommandé de faire un retour, en thérapie, sur les informations qu'ils

auraient recueillies. Cette forme de psychoéducation serait à privilégier d'après ces auteurs.

Agir sur les difficultés rencontrées au quotidien. Quatrièmement, selon ces mêmes auteurs, les adultes ayant un TDA/H se présenteraient souvent en thérapie avec des plaintes d'inattention, d'impulsivité et de désorganisation. Toutefois, plutôt que de tenter d'agir directement sur ces éléments, il serait préférable de les aider à identifier une liste de problèmes spécifiques et concrets à travailler en thérapie, où de telles difficultés sont présentes. Ensuite, la psychothérapie devrait se faire sous forme de résolution de problèmes, par une collaboration thérapeute-participant, afin d'explorer en détail les composantes des problèmes.

Intervenir sur les stratégies compensatoires inadaptées. Cinquièmement, ces auteurs suggéraient que la personne, en collaboration avec le thérapeute, développe une conceptualisation de son système de croyances étant donné que celui-ci influence ses affects et ses comportements. Par la suite, considérant qu'il était difficile de modifier le système de croyances d'une personne, il était plutôt suggéré d'intervenir sur les stratégies compensatoires inadaptées de l'individu, tel que l'évitement. En effet, les stratégies compensatoires peuvent, à première vue, sembler adéquates. Toutefois, elles sont parfois des comportements mal adaptés face aux difficultés rencontrées au quotidien. Il serait donc important de travailler ces stratégies.

Considérer le deuil. Sixièmement, Ramsay et Rostain affirmaient qu'il est possible qu'une personne vive un deuil suite à l'annonce d'un diagnostic de TDA/H et à la prise de conscience des effets d'une telle problématique sur le cours de sa vie. Il serait donc important que les thérapeutes soient conscients de la présence possible de cette étape afin d'accompagner convenablement les individus à travers ce processus.

Orienter le traitement. Finalement, il était suggéré que les thérapeutes discutent avec les personnes des autres possibilités de traitement qui s'offrent à elles telles que du support académique, une réadaptation professionnelle, des groupes de support, etc. Le but n'est pas de les faire adhérer à tous ces services, mais plutôt de les aider à prendre des décisions éclairées face à l'aide et le soutien dont ils ont besoin.

Cet article présentait diverses adaptations pouvant être appliquées aux psychothérapies afin qu'elles soient davantage adaptées aux besoins des adultes ayant un TDA/H.

6.2 Remédiation cognitive

6.2.1 *A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey et Stevenson, 2002). Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'un programme de remédiation

cognitive⁶ effectué auprès d'adultes ayant un TDA/H étant sous médication ou non. Ce programme visait à remédier à des problèmes souvent associés au TDA/H comme les difficultés d'attention, la faible motivation, les faibles habiletés d'organisation, l'impulsivité, la gestion de la colère et la faible estime de soi. Les résultats de cette étude montraient que dans le groupe expérimental, tous les éléments évalués se sont améliorés directement après le traitement (symptômes du TDA/H, habiletés d'organisation, estime de soi, gestion de la colère). L'amélioration se poursuivait également dans le temps (deux mois et douze mois après le traitement) pour tous les éléments, excepté la gestion de la colère, bien qu'il y ait eu une amélioration générale significative à ce niveau. Par ailleurs, le fait de prendre de la médication ou non n'a pas eu d'impact sur les résultats. Selon les résultats de cette étude, la « remédiation cognitive » pourrait donc être utilisée conjointement à la médication ou de façon alternative à celle-ci. Bien qu'il s'agisse d'une étude préliminaire, les auteurs affirment que le programme de remédiation cognitive est un moyen d'intervention efficace pour réduire l'impact du TDA/H sur le fonctionnement quotidien des adultes ayant cette problématique. Toutefois, selon les auteurs, de plus amples études à ce sujet sont nécessaires.

⁶ Le but de la remédiation cognitive/réadaptation cognitive est d'améliorer le fonctionnement d'une personne dans une variété d'habiletés cognitives telles que l'attention, la concentration, la planification, la mémoire, la résolution de problèmes, etc. Il est attendu qu'à mesure que le fonctionnement cognitif s'améliore, par divers enseignements et la pratique de stratégies, la performance fonctionnelle s'améliore aussi. Basée sur les principes de plasticité neuronale (Anthony, 2008; Grieve et Gnanasekaran, 2008)

6.3 Thérapie cognitivo-comportementale

6.3.1 *Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. A pilot study using a structured skills training program.* (Hesslinger et al., 2002). Il s'agit d'une étude qui avait pour but de déterminer si un programme structuré d'entraînement d'habiletés était efficace auprès d'adultes ayant un TDA/H. Le programme était basé sur les principes des traitements de type cognitivo-comportemental pour les personnes ayant un TPL, soit la TCD (Linehan, 1993a). Les auteurs mentionnaient que certains éléments ont toutefois été modifiés afin de correspondre aux besoins spécifiques des adultes ayant un TDA/H. Les thèmes abordés en thérapie étaient : la symptomatologie et le contrôle du TDA/H, les habiletés de pleine conscience, les habiletés de régulation des émotions, la dépression, le contrôle des impulsions, la gestion du stress, les dépendances, les relations interpersonnelles et l'estime de soi ainsi que l'analyse de façon indépendante de ses comportements. Une rencontre de famille/conjoint avait également lieu. Bien qu'il s'agisse d'une étude de type exploratoire ayant un faible niveau d'évidence, les résultats des évaluations psychométriques démontraient des améliorations significatives, après treize semaines, au niveau de la dépression, de la symptomatologie du TDA/H et de l'état de santé des participants. De plus, concernant les résultats aux tests neuropsychologiques, les participants du groupe expérimental ont démontré une amélioration significative au niveau de l'attention sélective et partagée. Aucune amélioration significative n'a été démontrée en ce qui a trait à la mémoire primaire et la mémoire de travail. Toutefois, les améliorations observées dans quelques-uns des tests neuropsychologiques ne se traduisaient pas nécessairement en une amélioration du

rendement dans la vie quotidienne. Cela dit, les participants ont mentionné se sentir mieux renseignés et être plus outillés pour faire face aux symptômes et manifestations du TDA/H. Ils ont également affirmé que l'expérience en groupe est ce qui a été le plus aidant.

6.3.2 Cognitive behaviour therapy in medication treated adults with ADHD and persistent Symptoms: A randomized controlled trial. (Emilson et al., 2011). Cette étude a été réalisée dans le but de vérifier l'efficacité d'une TCC, la *Reasoning and Rehabilitation for ADHD/ADHD Youths and Adults (RetR2ADHD)* développée afin de traiter les symptômes du TDA/H chez les adultes ainsi que les problèmes comorbides tels que l'anxiété et la dépression. Les sessions de thérapie étaient organisées en cinq modules traitant de stratégies pour améliorer l'attention, la mémoire, la planification, le contrôle émotionnel, le contrôle de l'impulsivité, la résolution de problème, les habiletés sociales et le raisonnement critique. Les membres du groupe ayant suivi la thérapie ont présenté une amélioration significative au niveau des principaux symptômes du TDA/H, soit l'inattention et l'hyperactivité/impulsivité, ainsi qu'au niveau de la sévérité du TDA/H, et ce, dès la fin des interventions ainsi que trois mois post-thérapie. De plus, la thérapie a démontré d'importants résultats concernant le contrôle émotionnel, le fonctionnement social et les comportements antisociaux, ainsi que les problèmes comorbides (dépression, anxiété). Les auteurs expliquent le maintien des améliorations trois mois post-thérapie en affirmant que les participants persistaient probablement à appliquer les stratégies apprises lors de la thérapie, bien que celle-ci ait été terminée. Les résultats de

cette étude permettaient aussi d'affirmer que, bien que les personnes ayant un TDA/H n'aient pas nécessairement été aussi référées pour des comportements antisociaux, une amélioration à ce niveau était tout de même possible par le biais de la TCC. De plus, cette amélioration était maintenue trois mois post-thérapie. Ainsi, les bénéfices de la thérapie étaient importants, et venaient enrichir les traitements pharmacologiques.

6.3.3 Cognitive Behavioral Therapy vs Relaxation With Educational Support for Medication-Treated Adults With ADHD and Persistent Symptoms, A Randomized Controlled Trial. (Safren et al., 2010). Safren et al. ont réalisé une étude randomisée ayant pour but de tester l'efficacité de la TCC auprès d'adultes ayant un TDA/H comparativement à la relaxation combinée à la psychoéducation. Les rencontres étaient basées sur la TCC et incluaient de la psychoéducation sur le TDA/H, de l'enseignement concernant la procrastination, les habiletés d'organisation, de planification, de résolution de problèmes et de gestion de la distraction ainsi que des activités de restructuration cognitive. Il était également offert aux participants, en option, de faire une rencontre familiale afin d'offrir du soutien aux membres de la famille. La dernière rencontre était consacrée à une révision des concepts enseignés et à la prévention des rechutes. Cette étude a permis de déterminer que cette approche de TCC, utilisée auprès d'adultes ayant un TDA/H, stables médicalement, mais avec des symptômes résiduels, permettait d'améliorer la symptomatologie du TDA/H, et ce, même neuf mois post-thérapie et de diminuer la sévérité du TDA/H. Un tel maintien des améliorations n'a pas été observé pour le groupe de relaxation et de soutien psychoéducatif. Cette étude suggérait que

cette approche de TCC est une bonne stratégie à utiliser auprès d'adulte ayant un TDA/H, étant sous médication, mais présentant encore des symptômes résiduels.

7. Discussion

Comme mentionné précédemment, le but de cet essai était d'identifier les interventions ergothérapeutiques à privilégier auprès d'une clientèle adulte présentant à la fois un TPL et un TDA/H. En raison de l'absence de documentation sur les approches utilisées auprès des adultes présentant cette double problématique, la question de recherche a été quelque peu modifiée et des articles traitant des interventions auprès des adultes présentant seulement un TDA/H ont été identifiés. À la lumière des résultats obtenus, il est d'abord possible de constater qu'aucune des études sélectionnées n'avait comme thérapeutes des ergothérapeutes. Il s'est effectivement avéré que la littérature sur l'ergothérapie et le TDA/H à l'âge adulte était absente. C'est la raison pour laquelle les articles sélectionnés proviennent tous du domaine de la psychologie. Il est toutefois possible d'établir divers parallèles entre ce qui est effectué en psychologie et le domaine de l'ergothérapie en santé mentale, et ceux-ci seront exposés dans la section suivante. Cette discussion inclut également différentes suggestions afin d'intégrer l'ergothérapie dans les interventions faites auprès des adultes ayant la double problématique.

Les articles qui ont été sélectionnés traitaient de recherches effectuées afin de vérifier l'efficacité des thérapies cognitives et cognitivo-comportementales, réalisées auprès d'adultes ayant un TDA/H. De façon générale, les études sélectionnées appuyaient l'utilisation de ces thérapies auprès de cette clientèle. Afin d'illustrer clairement sur quels aspects celles-ci agissent, la discussion a été en partie organisée selon le modèle PEO, présenté précédemment. Puis, la modalité de groupe, élément

commun aux différentes thérapies identifiées, est analysé. De plus, la place de l'ergothérapie dans les TCC ainsi que les adaptations devant être apportées afin que ces thérapies répondent aux besoins des adultes ayant la double problématique, sont analysés. Par le fait même, certains principes de l'ergothérapie, dont le fait d'être centré sur le client et sur l'occupation, sont également abordés.

7.1 Personne

D'abord, le programme de remédiation cognitive de Stevenson et al., (2002), basé principalement sur l'entraînement aux habiletés cognitives, a démontré une amélioration significative au niveau de la motivation, de l'estime de soi, des capacités de concentration et d'organisation, de la capacité d'écoute ainsi qu'au niveau de la gestion de l'impulsivité et de la colère. Ainsi, plusieurs caractéristiques de la personne se sont améliorées par le biais de cette thérapie. Il est possible de penser que ces améliorations entraîneront également des changements bénéfiques dans différentes sphères du fonctionnement de ces adultes. En effet, des répercussions positives pourraient s'en suivre en regard de leurs relations interpersonnelles ainsi que de leur fonctionnement au travail et dans leurs tâches quotidiennes. De nouvelles études seraient nécessaires afin de démontrer ceci.

Par ailleurs, le programme structuré d'entraînement d'habiletés de Hesslinger et al. (2002), basé sur les principes de traitements de type cognitivo-comportemental pour les personnes ayant un TPL, a généré des résultats positifs, mais quelque peu différents

de ceux présentés par Stevenson et al. (2002). En effet, après treize semaines de thérapie, une amélioration significative a été constatée au niveau des symptômes dépressifs, de la symptomatologie du TDA/H, de l'état de santé des participants et de l'attention sélective et partagée. Différents aspects de la dimension de la personne se sont donc également améliorés grâce à cette thérapie. Toutefois, les auteurs ont mentionné que l'amélioration de l'attention ne se traduisait pas nécessairement en une amélioration du rendement dans la vie quotidienne. Ce constat soulève des questionnements quant aux raisons expliquant la difficulté des participants à généraliser les acquis développés en thérapie dans leur fonctionnement quotidien. Il est mentionné que les participants avaient la possibilité de demander plus d'interventions individuelles en psychologie au besoin. Toutefois, un suivi individuel régulier en ergothérapie, en plus des rencontres de groupe, pourrait être bénéfique afin de faciliter la généralisation des acquis dans les activités quotidiennes de ces personnes. En effet, une des spécificités de l'ergothérapie est l'analyse d'activité (Manidi, 2005). Ainsi, après avoir identifié les composantes qui affectent le fonctionnement quotidien des adultes, les ergothérapeutes peuvent travailler directement ces aspects lors des suivis individuels par le biais d'interventions adaptées à leur réalité concrète, en proposant des apprentissages gradués et en leur permettant de faire des choix de modalité qui leur sont significatives. Par ailleurs, il est également mentionné que ce programme visait à travailler la gestion du stress, les habiletés de centration, la régulation des émotions et l'estime de soi. Toutefois, ces éléments n'ont pas été répertoriés parmi les résultats significatifs de l'étude. Il serait intéressant d'en explorer davantage les raisons considérant que la TCD,

réalisée auprès des adultes ayant un TPL, entraîne des améliorations significatives à ces niveaux (Linehan, 1993a). Il est possible de penser que les caractéristiques propres au diagnostic du TDA/H, telles que les difficultés d'attention, de concentration, d'organisation et d'hyperactivité pourraient avoir un impact sur l'efficacité des rencontres de groupe. Ainsi, afin de maximiser les progrès au niveau de la gestion du stress, des habiletés de centration, de la régulation des émotions et de l'estime de soi, les rencontres individuelles en ergothérapie pourraient également axer sur ces aspects, au besoin. Le contexte un pour un des rencontres individuelles pourrait aider à diminuer les effets de la symptomatologie du TDA/H sur l'apprentissage et ainsi aider à la consolidation des acquis. Par le biais des rencontres individuelles, l'ergothérapeute pourrait permettre une reprise de la participation occupationnelle dans différentes activités. Celles-ci offriraient à la personne des occasions de vivre des expériences de succès permettant d'améliorer son estime de soi ainsi que de recevoir des enseignements et d'expérimenter des habiletés de gestion du stress, de régulation des émotions, de centration, etc.

L'étude d'Emilsson et al. (2011) appuyait également l'idée de combiner les rencontres de groupe à des rencontres individuelles. En effet, les participants de cette étude bénéficiaient de quinze sessions de groupe, à raison de deux par semaine, avec une rencontre individuelle entre chacune d'entre elles. Ces rencontres individuelles, assumées par des étudiants de premier cycle en psychologie, servaient à s'assurer que les acquis étaient bien transposés dans la vie de tous les jours des personnes. Il serait

toutefois intéressant de comparer l'apport possible de l'ergothérapeute et celui du psychologue dans de tels suivis individuels. Il n'en demeure pas moins que cette étude a permis de déterminer que *la Reasoning and Rehabilitation for ADHD youths and adults*, une approche de type TCC, permettait de diminuer significativement les principaux symptômes du TDA/H tels que l'inattention et l'hyperactivité/impulsivité, ainsi que de diminuer la sévérité du TDA/H. Des améliorations significatives ont également été observées au niveau du contrôle émotionnel, du fonctionnement social, des comportements antisociaux, des affects dépressifs et de l'anxiété. Les auteurs ont identifié un lien entre le fait que les résultats persistaient dans le temps et la possibilité que les participants continuaient d'appliquer les stratégies apprises lors de la thérapie, même une fois celle-ci terminée. Parmi ces composantes, la gestion du stress et les habiletés de régulation des émotions (appelées contrôle émotionnel par d'Emilsson et al.) faisaient partie de celles qui ne se sont pas améliorées dans l'étude de Hesslinger et al., (dans laquelle les interventions individuelles n'étaient pas régulières). Il est donc possible de penser que les rencontres individuelles hebdomadaires intégrées dans le programme d'Emilsson et al. ont effectivement aidé à la généralisation des acquis et à l'amélioration sur un plus grand nombre de composantes, telle que ces deux dernières.

Par ailleurs, Safren et al. (2010) ont également testé l'efficacité de la TCC auprès d'adultes ayant un TDA/H. Leur programme comprenait des rencontres axées sur la psychoéducation et la restructuration cognitive, une rencontre de famille ainsi qu'une séance traitant de la prévention des rechutes. Plus précisément, le but de cette étude était

de comparer l'efficacité de la TCC à celle d'une thérapie de groupe axée sur des techniques de relaxation et de psychoéducation, pour diminuer les symptômes du TDA/H ainsi que sa sévérité. Cette étude a permis de constater que la TCC entraînait une diminution significative de la symptomatologie du TDA/H et de la sévérité, et ce, même neuf mois post-thérapie. En ce qui concerne le groupe de relaxation et de psychoéducation, une amélioration était présente, mais elle ne s'était toutefois pas autant maintenue dans le temps. Ainsi, selon ces auteurs, la TCC est plus efficace pour maintenir les résultats obtenus en rapport avec la diminution de la symptomatologie qu'un traitement basé sur l'enseignement de techniques de relaxation et la psychoéducation.

7.2 Environnement

Stevenson et al. (2002) ont mentionné que leur programme de remédiation cognitive axait également sur des problèmes psychosociaux pouvant exacerber la problématique des adultes ayant un TDA/H, tel qu'un environnement chaotique et désorganisé. Ainsi, selon les auteurs, leur programme permettant d'apprendre des stratégies de gestion du TDA/H, entraînait aussi des impacts sur les composantes de l'environnement des participants. Toutefois, l'étude fournissait très peu de détails à ce sujet. Par ailleurs, les programmes présentés par Safren et al. (2010) et Hesslinger et al. (2002) comprenaient une rencontre incluant la famille/conjoint des participants afin de leur offrir du soutien. L'environnement social des participants était donc pris en considération. Toutefois, aucune information n'est présentée, dans les deux études,

quant aux avantages d'inclure les familles dans le processus de thérapie comparativement à d'autres programmes où cela n'est pas réalisé. De plus, il était seulement mention de support offert aux familles. Dans ce sens, il est possible de penser que seulement du support n'est probablement pas suffisant et qu'il serait donc aussi pertinent de faire de la psychoéducation auprès des familles afin qu'elles aient une meilleure compréhension de la pathologie et de ses impacts. Ainsi, un milieu mieux informé, ayant des attentes adaptées aux forces et limites de l'individu, aiderait à assurer un meilleur maintien des acquis. Encore une fois, plus d'information à ce propos aurait été pertinente considérant que l'environnement, physique et social, a un impact majeur sur le rendement occupationnel des individus.

7.3 Occupation

Bien que peu documentée dans les écrits scientifiques, le fait d'axer davantage sur l'occupation lors des thérapies est déjà en voie de développement. En effet, le programme d'ergothérapie présenté précédemment, axé sur la gradation de l'occupation proposé par Lee et Harris (2010), pour la clientèle ayant un TPL, est très prometteur pour faciliter le quotidien de ces adultes en agissant sur la dimension de l'occupation. Par exemple, parmi les activités proposées se trouvaient les soins personnels, la lessive, la préparation de repas individuellement et en groupe, l'horticulture, etc. Selon ces auteurs, ce programme en ergothérapie serait un bon complément à la thérapie comportementale dialectique de Linehan. Par ailleurs, considérant que les adultes ayant un TDA/H ont des difficultés au niveau de l'attention, de la concentration, de

l'impulsivité, de l'hyperactivité et de l'organisation qui peuvent se répercuter dans leurs activités de la vie quotidienne et domestique, ce programme d'ergothérapie axé sur la gradation de l'occupation pourrait également leur être bénéfique. En effet, ce programme qui est structuré et gradué selon le niveau de support nécessaire aux participants s'appliquerait bien pour minimiser les impacts que de telles difficultés peuvent entraîner sur leur capacité d'apprentissage.

Par ailleurs, l'occupation est couramment utilisée par les ergothérapeutes en tant que moyen afin d'atteindre les objectifs fixés, mais également comme fin en soi. En effet, l'emploi de l'occupation comme moyen fait référence au fait d'utiliser l'occupation comme tel en guise de moyen d'intervention auprès des patients (Rebeiro et Cook, 1999). En ce sens, l'ergothérapeute utilise l'occupation et l'engagement dans les activités quotidiennes afin d'atteindre les objectifs espérés du patient, par exemple l'amélioration de l'estime de soi, des relations interpersonnelles et de l'affirmation de soi. L'occupation permet aussi à l'ergothérapeute de déterminer ce que l'individu est en mesure de réaliser et ce qui lui est plus difficile (Grethe Kinn et Aas, 2009). L'occupation comme fin en soi fait référence à l'issue même du processus d'intervention qui est de permettre à l'individu de participer et de s'engager dans des occupations significatives (Grethe Kinn et Aas, 2009). Ainsi, l'objectif d'une thérapie pourrait être pour une personne de retourner au travail et pour une autre, de tenir de façon satisfaisante son rôle de mère.

Dans les études répertoriées pour cet essai, soit celles de Stevenson et al. (2002), Hesslinger et al. (2002), Emilson et al. (2011) et de Safren et al. (2010), il n'était, en aucun cas, mention d'intervention directement en lien avec la dimension de l'occupation. Toutefois, ces quatre études utilisaient le groupe comme modalité thérapeutique. Les ergothérapeutes, de par leur formation centrée sur l'occupation et l'analyse de l'activité, seraient bien outillés pour intégrer davantage d'activités à ces rencontres de groupe afin de favoriser une meilleure consolidation des acquis. La présence d'activités au sein des thérapies de groupe pourrait rendre plus concrètes les habiletés enseignées, d'autant plus si elles sont associées à des occupations de la vie quotidienne. En effet, les ergothérapeutes se préoccupent de ce que les personnes font dans leur quotidien afin de favoriser un agir significatif également à l'extérieur de la thérapie. La section suivante abordera la modalité du groupe plus en détail.

7.4 Groupe

Comme mentionné précédemment, les quatre études présentées incluaient dans leur programme des rencontres de groupe comprenant de l'entraînement aux habiletés et de la psychoéducation (Emilson et al., 2011; Hesslinger et al., 2002; Safren et al., 2010; Stevenson et al., 2002). Ces rencontres étaient toutes animées par des psychologues ou des étudiants en psychologie. Par ailleurs, Linehan mets l'emphase sur l'importance d'avoir les aptitudes nécessaires pour animer et coanimer les rencontres de groupe et affirme que les ergothérapeutes ont, dans leur cheminement académique, une telle formation (Linehan cité dans Brown et Stoffel, 2011). De plus, les participants de

l'étude de Hesslinger et al. ont rapporté que l'expérience de groupe avait été très bénéfique puisqu'elle leur avait permis de se sentir mieux informés et outillés afin de mieux vivre avec leur TDA/H. Ils rapportaient aussi que tous les modules de thérapie étaient pertinents et bénéfiques. Par ailleurs, Ramsay et Rostain (2005) proposaient dans leur étude, différentes façons d'adapter la psychothérapie afin de répondre aux besoins particuliers des adultes ayant un TDA/H. Parmi celles-ci, les auteurs suggéraient que les thérapies devraient être structurées, que les thérapeutes devraient adopter une approche plus interactive, être plus directifs et recentrer, au besoin, les participants sur le contenu des rencontres, considérant la tendance des adultes ayant un TDA/H à « s'éparpiller » dans leur vie quotidienne. Ces suggestions de Ramsay et Rostain, bien qu'elles aient été faites pour les thérapies individuelles, pourraient possiblement être reprises et appliquées aux thérapies sous forme de groupe. En effet, il serait pertinent d'utiliser des thérapie de groupe avec des modules de thérapie préétablis sur des thèmes précis et où il y a beaucoup d'interactions, comme dans les thérapies cognitives et cognitivo-comportementales (Safren et al.; Emilsson et al.; Hesslinger et al.; Stevenson et al.). De plus, la thérapie de groupe fait partie des modalités recommandées par le « Guide de pratique pour le traitement et la gestion du trouble de la personnalité limite » (2009). Ainsi, il est possible de penser que l'utilisation de la modalité de groupe serait pertinente auprès de la clientèle ayant à la fois un TPL et un TDA/H.

Bref, ces quatre études traitant de TCC et de remédiation cognitive ont démontré que ces types d'intervention entraînaient des bénéfices considérables chez les adultes

ayant un TDA/H, et ce, en axant principalement sur les composantes de la personne plutôt que celles de l'environnement et de l'occupation (Emilson et al., 2011; Hesslinger et al., 2002; Safren et al., 2010; Stevenson et al., 2002). Par ailleurs, comme déjà mentionné, les TCC sont également beaucoup utilisées auprès de la clientèle adulte ayant un TPL. En effet, une des principales lignes directrices en terme de traitement développé dans les dernières années, et ayant fait ses preuves, est la TCD de Linehan (Stone, 2006). En ce sens, Hesslinger et al. se sont justement inspirés de cette thérapie pour créer leur programme structuré d'entraînement aux habiletés. Ainsi, il est possible de penser que l'utilisation des thérapies cognitives et cognitivo-comportementales pourrait être bénéfique pour les adultes présentant la double problématique.

7.5 L'ergothérapie et les TCC

Puisque tous les écrits sélectionnés valorisant la TCC provenaient du domaine de la psychologie, il est pertinent de s'intéresser et de démontrer la place de l'ergothérapie dans ce type de thérapie. L'une des principales préoccupations des ergothérapeutes est de permettre et de faciliter la performance occupationnelle dans la vie quotidienne des individus (AOTA, citée dans Brown et Stoffel, 2011). Les ergothérapeutes vont donc, entre autres, intervenir afin de modifier les croyances et les pensées des personnes si celles-ci interfèrent avec leur performance occupationnelle. L'intervention en ergothérapie dans ce type de thérapie se trouve à divers niveaux. Effectivement, ce professionnel peut, entre autres, utiliser des stratégies d'intervention cognitives, comportementales ainsi qu'environnementales (Brown et Stoffel, 2011).

7.5.1 Stratégies cognitives. Ceci fait référence au principe de restructuration cognitive. Les stratégies cognitives sont utilisées par l'ergothérapeute afin de modifier les pensées et croyances déjà existantes chez la personne ou pour en construire de nouvelles (Mooney et Padesky, cités dans Brown et Stoffel, 2011). D'abord, l'ergothérapeute peut utiliser des questions ouvertes et guidées, qui elles évitent l'interprétation, afin de clarifier les croyances et pensées de l'individu qui peuvent supporter ou limiter sa performance occupationnelle. Ainsi, le thérapeute peut ultimement découvrir les problèmes, ainsi que les alternatives pour les résoudre, qui interfèrent avec la performance occupationnelle de l'individu. Une stratégie cognitive souvent utilisée par les ergothérapeutes est le journal cognitif. Cet exercice écrit, réalisé par le patient, comprend la description d'une situation problématique vécue (où, quoi, quand), l'énumération des émotions qui lui sont associées (lesquelles ainsi que leur intensité), l'identification des pensées automatiques qui sont survenues lors de la situation, l'identification des distorsions cognitives présentes, l'identification de pensées alternatives ou révisées (qui sont plus réalistes que celles vécues automatiquement) ainsi que l'identification des résultats/comportements obtenus. Cet exercice permet à l'individu de prendre conscience de ses distorsions cognitives et de, petit à petit, parvenir à réviser ses pensées automatiques pour que celles-ci deviennent plus réalistes et adaptées et qu'elles n'affectent plus sa performance occupationnelle (Brown et Stoffel, 2011). Une autre stratégie utilisée est la psychoéducation individuelle ou en groupe. Le but est de conférer des connaissances aux individus à propos d'un sujet

particulier, par exemple la régulation des émotions ou les habiletés sociales, et de leur enseigner des habiletés cognitives et comportementales adaptées en lien avec celui-ci (Crist; Johnson; Stein et Smith, cités dans Brown et Stoffel, 2011).

7.5.2 Stratégies comportementales. L'ergothérapeute peut, en collaboration avec la personne, créer des opportunités où celle-ci pourra tester directement ses pensées et croyances, ainsi que les comportements qui leur sont associés, afin de découvrir si elles sont valides. Ainsi, l'ergothérapeute peut mettre en place une situation afin que la personne pose une hypothèse à tester, prédise les résultats escomptés, teste la dite hypothèse, évalue les résultats puis utilise la rétroaction réelle obtenue pour revenir sur l'hypothèse et modifier, par la suite, sa perspective. Cet exercice, fait durant la séance, permet à la personne de valider si sa pensée était réaliste ou non (Beck et al, cités dans Brown et Stoffel, 2011). L'ergothérapeute peut aussi suggérer à l'individu de se programmer des activités de façon quotidienne ou hebdomadaire en faisant une liste ou un calendrier. En effet, les individus ont besoin de s'engager dans des expériences positives et de vivre du succès afin de pouvoir changer leurs pensées qui sont plus négatives. Par exemple, une expérience de succès dans une occupation vient contredire la pensée qu'une personne pouvait avoir d'être incompetente et de ne jamais rien réussir (Hopko, Lejuez, Ruggiero et Eifert, cités dans Brown et Stoffel, 2011). Par ailleurs, Manidi (2005) s'est intéressée à la place de l'ergothérapie dans les TCC, et ce, entre autres auprès d'adultes ayant un TPL. Cette auteure propose une démarche d'analyse de comportements en cinq étapes afin de modifier les comportements inadaptés souvent

présents chez ces personnes. Il peut s'agir, par exemple, de clivage, de dramatisation, d'automutilation, de retards fréquents aux rencontres, de comportements violents ou d'isolement. La première étape consiste à identifier les comportements inadaptés. La deuxième est d'analyser et de comprendre le problème plus en profondeur. La troisième étape est d'identifier, en collaboration avec la personne, les compétences nécessaires à l'individu et au contexte (ressources du contexte telles que les proches et les autres professionnels impliqués) afin que le comportement inadapté se modifie de façon progressive. La quatrième étape est de mettre en place les interventions thérapeutiques. Il peut s'agir d'exposition ou d'immersion, de façonnage, de modelage, de développement d'habiletés d'affirmation de soi et de résolution de problème. Finalement, la cinquième étape est d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés. Par cette approche, Manidi appuie le fait que l'ergothérapie a sa place en thérapie cognitive et comportementale et qu'il est donc important de considérer cette approche en pratique.

7.5.3 Stratégies environnementales. Par ailleurs, les ergothérapeutes s'intéressent aussi aux solutions environnementales qui peuvent influencer indirectement les pensées et les croyances irréalistes des individus. Par exemple, le fait de faire de l'enseignement aux familles des patients permet de créer un environnement social qui est supportant et compréhensif envers la situation vécue par le patient et ainsi l'aider à avoir des pensées et croyances le concernant qui sont plus réalistes et adaptées. L'ergothérapeute peut aussi agir sur l'environnement physique afin de modifier les pensées et croyances d'une personne (Brown et Stoffel, 2011). Par exemple, il pourrait

être suggéré de mettre plusieurs photos de personnes significatives dans l'appartement d'un individu qui a souvent tendance à se sentir abandonné et à penser que personne ne l'aime réellement. En effet, ceci pourrait être fait afin de lui rappeler, dans de tels moments, qu'il y a au contraire plusieurs personnes qui sont là pour lui.

Bref, ces différents exemples démontrent concrètement comment les ergothérapeutes peuvent faire usage de la TCC dans leur pratique clinique.

7.6 Adaptations à considérer

Toutefois, considérant que le TPL et le TDA/H entraînent des difficultés similaires, mais également distinctes dans le quotidien de ces adultes, il est aussi possible de penser que la présence des deux diagnostics pourrait rendre l'efficacité des thérapies moindre ou rendre le processus thérapeutique plus laborieux. Pour cette raison, il est possible de penser que la complexité supplémentaire qu'entraîne la présence de cette comorbidité nécessiterait d'effectuer diverses adaptations aux thérapies afin d'en maximiser leur efficacité. Des adaptations seraient d'autant plus pertinentes considérant le fait que la TCD est une forme de TCC ayant aussi été adaptée par Linehan afin de répondre aux besoins particuliers des personnes ayant un TPL. En effet, la TCC dans sa version « traditionnelle » n'était pas efficace auprès d'elles (Linehan, 1993a). Ainsi, l'ajout d'une deuxième problématique entraînera nécessairement des changements supplémentaires dans les thérapies de type TCC.

En ce sens, l'étude de Ramsay et Rostain (2005) présentaient des façons d'adapter la psychothérapie pour répondre aux besoins particuliers des adultes ayant un TDA/H. Les auteurs proposaient d'instaurer certaines règles de base quant à la présence aux rencontres et à la facturation lors des retards ou des absences, tout en demeurant flexible et en s'adaptant à la situation de chacun des participants. Dans le même ordre d'idées, Renaud et Lecomte (2003) affirmaient qu'il est important d'établir un contrat de travail et un cadre de traitement similaire pour la clientèle adulte ayant un TPL. Ainsi, lors de thérapies avec des adultes présentant la double problématique, le défi est d'instaurer un cadre thérapeutique afin d'augmenter l'efficacité des rencontres, tout en gardant une certaine souplesse afin de répondre aux difficultés particulières qu'entraîne le TDA/H. Par exemple, les adultes ayant un TDA/H sont susceptibles d'avoir de la difficulté à demeurer concentré sur un thème pendant la rencontre, à se rappeler et à généraliser les acquis développés pendant les rencontres à leur vie quotidienne, à faire le suivi par rapport aux devoirs thérapeutiques, à arriver à l'heure à leurs rencontres, etc.

Ensuite, Ramsay et Rostain (2005) recommandaient de suggérer des livres ou des ressources internet aux participants afin qu'ils apprennent plus par eux-mêmes sur le TDA/H, et ensuite, de faire un retour sur les informations obtenues en thérapie. Il s'agit de la forme de psychoéducation à privilégier selon les auteurs. Ils ne recommandaient donc pas d'utiliser la psychoéducation comme technique thérapeutique principale lors des rencontres, comme c'est le cas dans la TCD. De façon similaire, il est recommandé de responsabiliser autant que possible les adultes ayant un TPL lors des thérapies

(NCCMH, 2009). Il est possible de penser que cette façon de procéder concernant la psychoéducation, qui est proposée pour les adultes ayant un TDA/H, pourrait être bénéfique également pour ceux ayant un TPL. Ainsi, lors des TCC auprès d'adultes présentant la double problématique, il pourrait être envisageable d'adapter la thérapie de façon à axer les rencontres de groupe majoritairement sur l'entraînement aux habiletés et d'inclure plus d'éléments de psychoéducation, par exemple sur les pathologies, dans les devoirs à faire à la maison plutôt qu'en groupe. D'abord, de tels devoirs incluant plus de psychoéducation seraient bénéfiques lorsqu'on considère la problématique du TPL puisque cela amènerait les gens à se responsabiliser tout en aidant l'apprentissage des concepts enseignés. Par ailleurs, ces devoirs seraient également bénéfiques lorsqu'on considère la problématique du TDA/H puisque, comme recommandé par Ramsay et Rostain, cela amènerait les gens à être plus actifs dans leur démarche d'apprentissage et à vivre ce processus de façon plus interactive. De plus, le fait que les adultes ayant aussi un TDA/H s'impliqueraient activement chez eux ferait en sorte qu'ils s'engageraient plus rapidement dans leur processus de thérapie et ceci aiderait à ce que le moment d'inertie, qui est souvent présent en début de thérapie, s'estompe plus vite. Ainsi, ceci aiderait à entraîner des changements thérapeutiques plus rapidement. Par contre, il serait très important de revenir sur les devoirs effectués à la maison lors des rencontres de groupe. En effet, ceci permettrait d'abord de vérifier la compréhension des concepts enseignés, mais aussi de faire des expérimentations et d'intégrer les concepts en direct. De plus, le retour en groupe est très important pour les adultes ayant un TPL, car le groupe est aussi une source importante de validation, besoin primordial chez cette

clientèle. Par contre, considérant que les TCC auprès d'adultes ayant un TPL sont créées de façon à ce qu'elles comprennent beaucoup de psychoéducation pendant les rencontres de groupe, ces modifications proposées pour répondre aux besoins des adultes ayant la double problématique représentent d'importantes adaptations au processus thérapeutique. De plus, en raison des particularités comportementales du TPL, inclure plus de psychoéducation à la maison constitue un défi majeur, et il est possible de penser que certains participants pourraient avoir de la difficulté à mettre ces modifications en application. Il revient donc au thérapeute de trouver un juste milieu et d'adapter les interventions afin que chaque participant en bénéficie pleinement.

Ramsay et Rostain (2005) suggéraient aussi de ne pas tenter d'agir directement sur les symptômes, par exemple l'inattention, l'impulsivité et la désorganisation, mais de plutôt cibler des situations où ces éléments causent des difficultés dans le but de les régler, par la suite, avec la personne et à l'aide de techniques de résolution de problèmes. Cette proposition cadre très bien avec la vision de l'approche thérapeutique à préconiser en ergothérapie. En effet, pour l'ergothérapeute, l'être humain est perçu comme étant un être occupationnel, pour qui l'occupation donne un sens à sa vie et a un impact sur sa santé et son bien-être. En ce sens, l'approche centrée sur les occupations prônée par cette profession suggère d'agir sur les situations de handicap comme tel plutôt que sur les déficits précis les causant (Townsend et Polatajko, 2008). Ceci concorde aussi très bien avec le programme d'ergothérapie axé sur la gradation de l'occupation de Lee et Harris (2010). Par ailleurs, Ramsay et Rostain recommandaient aussi d'intervenir sur les

stratégies compensatoires des personnes ayant un TDA/H (par exemple l'évitement) afin de leur permettre d'en développer des plus adaptées. Ils affirmaient également que le thérapeute doit être conscient des enjeux psychologiques liés à l'annonce du diagnostic afin d'accompagner les personnes convenablement à travers cette étape. En effet, certaines peuvent vivre un deuil ou ressentir du soulagement à l'idée de connaître la source de leurs problèmes. Ceci est en accord avec l'approche centrée sur la personne et l'importance mise sur la relation thérapeutique en ergothérapie (ACE, cité dans Townsend et Polatajko, 2008).

Bref, ces diverses adaptations à la psychothérapie proposées par ces auteurs cadrent bien avec le fonctionnement des thérapies de groupe cognitives et cognitivo-comportementales, avec la vision prônée en ergothérapie et avec certaines difficultés également présentes chez les adultes ayant un TPL. Elles sont donc très pertinentes à considérer pour tout ergothérapeute œuvrant auprès d'adultes ayant la double problématique.

En résumé, cette étude de documents a mené à des suggestions prometteuses quant à l'utilisation de rencontres de groupe basées sur la TCC, et incluant de la remédiation cognitive, par les ergothérapeutes travaillant auprès d'adultes ayant à la fois un TPL et un TDA/H (Stevenson et al., 2002; Hesslinger et al., 2002; Emilsson et al., 2011; Safren et al., 2010). Il s'avérait que les rencontres de groupe représentent une modalité d'intervention adaptée aux problématiques des adultes ayant un TDA/H

puisqu'elles sont plus structurées et interactives (Ramsay et Rostain, 2005). Elles sont également beaucoup utilisées auprès des adultes ayant un TPL. De plus, les ergothérapeutes, étant formés pour animer et co-animer des groupes, possèdent les habiletés pour participer aux rencontres de groupe axées sur l'entraînement aux habiletés et de psychoéducation (Linehan, cité dans Brown et Stoffel, 2011). De plus, ils sont parmi les plus compétents pour inclure des activités dans ces rencontres, et ainsi, axer davantage sur l'occupation afin de favoriser la généralisation des acquis et un engagement dans des activités significatives également à l'extérieur de la thérapie. Pour y parvenir, il n'est pas recommandé de mettre l'emphase sur les symptômes du TDA/H lors des rencontres, mais plutôt d'agir directement sur les difficultés fonctionnelles des personnes (Ramsay et Rostain). Ceci cadre très bien avec l'approche centrée sur les occupations et le but de l'ergothérapie qui est d'aider les gens à participer dans des activités de la vie de tous les jours (CAOT, citée dans Falklöf et Haglund, 2010). De plus, le programme d'ergothérapie axé sur la gradation de l'occupation pourrait effectivement être un complément à envisager aux rencontres de TCC auprès des adultes présentant la double problématique (Lee et Harris, 2010). Aussi, en raison des résultats obtenus par Emilsson et al., il est possible d'avancer qu'un suivi individuel est également recommandé, en plus des rencontres de groupe. Toutefois, dans cette étude, le suivi individuel auprès d'adultes ayant un TDA/H était assuré par des étudiants de premier cycle en psychologie. Il serait donc pertinent de faire de plus amples études afin d'explorer l'effet d'un suivi individuel en ergothérapie sur l'efficacité de cette intervention sur l'engagement occupationnel de ces personnes. Par ailleurs, les études

recensées abordaient très peu l'intervention auprès de l'environnement sur le fonctionnement des adultes ayant un TPL et un TDA/H. Toutefois, il s'agit d'une composante essentielle à considérer afin de maximiser le rendement occupationnel de ces personnes (Law et al., cités dans Amoroso et al., 2008). Il serait donc intéressant d'en apprendre davantage sur le rôle des ergothérapeutes à ce niveau.

7.7 Forces et limites de l'essai

Le principal point fort de cet essai est qu'il concerne un sujet actuel en milieu clinique. Il permet de répondre à certains questionnements identifiés par des ergothérapeutes, travaillant auprès d'adultes qui ont un TPL, ayant remarqué la présence également du TDA/H chez leur clientèle. Différentes modifications de la pratique clinique sont suggérées, mais il est aussi possible que certains ergothérapeutes, grâce à cet essai, viennent également confirmer la pertinence de certaines interventions qu'ils utilisent déjà. De plus, cette double problématique étant très peu étudiée dans la littérature, cet essai permet de mettre en évidence à quels niveaux devraient porter de futures études sur le sujet. Toutefois, dans le cadre de cet essai, il aurait également été intéressant de consulter plusieurs ergothérapeutes travaillant en santé mentale afin d'en apprendre davantage sur leur pratique actuelle auprès de cette clientèle. Ceci aurait apporté des informations supplémentaires pertinentes. Finalement, il est important de considérer, dans l'interprétation des résultats, que cette étude de documents comprenait très peu d'articles, n'étant pas tous d'évidence élevée, et que les résultats obtenus sont encore préliminaires et innovateurs. Toutefois, ceci représente un point de départ très

intéressant pour la pratique en ergothérapie auprès des adultes ayant à la fois un TPL et un TDA/H.

8. Conclusion

En conclusion, l'objectif de cette étude de documents était de mettre en évidence les connaissances actuelles concernant les interventions à privilégier par les ergothérapeutes travaillant auprès des adultes ayant à la fois un TPL et un TDA/H. Les études qui ont été répertoriées démontraient que les programmes de thérapie basés sur les traitements de remédiation cognitive et de type cognitivo-comportemental, plus précisément sur la TCD, entraînaient également des bénéfices chez les adultes ayant un TDA/H. En effet, la plupart des thérapies étudiées occasionnaient des améliorations significatives, principalement concernant les dimensions de la personne, soit au niveau de la motivation, de l'estime de soi, des affects dépressifs, de la régulation des émotions, du fonctionnement social, etc. Des diminutions de la symptomatologie et de la sévérité du TDA/H étaient également observées (Stevenson et al., 2002; Hesslinger et al., 2002; Emilsson et al., 2011; Safren et al., 2010). Toutefois, très peu d'information était offerte dans les études répertoriées concernant les interventions à privilégier au niveau de l'environnement et de l'occupation. De plus amples études à ce sujet seraient donc pertinentes. De plus, l'utilisation des thérapies de type cognitivo-comportemental, ainsi que leurs bénéfices au niveau des habiletés de pleine conscience, d'efficacité interpersonnelle, de régulation des émotions et de tolérance à la détresse, étant déjà très bien documenté pour les adultes ayant un TPL, il est possible de considérer que celles-ci seraient bénéfiques pour les adultes présentant la double problématique. Toutefois, plusieurs adaptations sont recommandées afin d'adapter les thérapies aux besoins spécifiques des adultes ayant un TDA/H (Ramsay et Rostain, 2005). Ainsi, l'apport

spécifique des ergothérapeutes auprès de la clientèle à l'étude se situe à divers niveaux. Premièrement, ceux-ci présentent des habiletés d'animation et de co-animation de thérapie de groupe, basée sur la TCC (axée sur l'entraînement d'habiletés et la psychoéducation) (Linehan, cité dans Brown et Stoffel, 2011). De plus, ils sont bien outillés, de par leur formation centrée sur l'occupation, pour intégrer celle-ci dans les rencontres, cela dans le but de rendre plus concrets les enseignements et de favoriser la généralisation des acquis dans la vie quotidienne (Manidi, 2005). Ils peuvent également utiliser des thérapies centrées sur la gradation de l'occupation ainsi que faire des suivis individuels, comme complément aux rencontres de groupe (Lee et Harris, 2010). Toutefois, comme mentionné précédemment, il serait intéressant d'explorer l'effet d'un suivi individuel en ergothérapie sur l'engagement occupationnel. Enfin, considérant que le taux de prévalence du TDA/H est de 3 % à 9 % chez les enfants (Anderson, Williams, McGee et Silva, 1987; Shaffer, cité dans Fossati et al., 2002) et que les résultats de l'étude réalisée par Fossati et al. (2002) démontraient que le diagnostic de TDA/H à l'enfance pourrait être un facteur de risque pour le diagnostic de TPL chez l'adulte, il serait à propos de faire de la promotion et de la prévention, dès l'enfance, au sujet du dépistage du TDAH auprès des enfants. Serait-ce possible, en offrant des services d'ergothérapie plus adaptés, axés sur la personne, l'environnement et l'occupation, et ce, dès l'enfance afin de traiter le TDAH, de minimiser la survenue du TPL chez les adultes? De plus amples études à ce propos seraient pertinentes.

Références

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revised*. Washington : American Psychiatric Association.
- Amoroso, B., Cantin, N., Davis, J., Polatajko, H.J., Purdie, L., Stewart, D. et Zimmerman, D. (2008). Préciser le domaine de préoccupation: L'occupation comme base. Dans Townsend, E.A., et Polatajko, H.J. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. (pp. 15-42). Ottawa (ON) : CAOT Publications ACE.
- Anthony, W. A. (2008). Cognitive remediation and psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 87-88.
- Association canadienne pour la santé mentale (2011). Rapport annuel de l'Association canadienne pour la santé mentale, 2010/2011. Document consulté le 3 novembre 2011 de <http://www.cmha.ca/bins/index.asp?lang=2>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality organisation with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 10, 36-42.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2007). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. (2^e éd.). New York: Oxford University Press.
- Biederman, J., Faraone, S. V. et Chen, W. J. (1993). Social adjustment inventory for children and adolescents; concurrent validity in ADHD children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(5), 1059-1064.
- Brown, C. et Stoffel, V.C. (2011). *Occupational Therapy in Mental Health A Vision for Participation*. Philadelphia, F.A. Davis Company.
- Christiansen, C. H. et Baum, C. (eds.) (2005). *Occupational Therapy : Performance, Participation and Well-Being*, 3rd edition. Thorofare , NJ : Slack Inc.

- Cumyn, L., French, L., et Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 673-683.
- Dell'Osso, B., Berlin, H. A., Serati, M., et Altamura, A. C. (2010). Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*, 61(4), 169-179.
- Dumont, C. (2011). *Grille d'évaluation d'un article scientifique - ERG-6002*. Québec : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Durand, V. M., et Barlow, D. H. (2002). *Psychopathologie. Une perspective multidimensionnelle*. Paris : De Boeck
- Emilsson, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, J.F., Baldursson, G., Einarsson, E., Olafsdottir, H. et al. (2011). Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent Symptoms: A randomized controlled trial. *Emilsson et al. EMC Psychiatry*, 11:116, 1-10.
- Falklöf, I. et Haglund, L. (2010). Daily Occupations and Adaptation to Daily Life Described by Women Suffering from Borderline Personality Disorder. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26, 354-374.
- Faraone, S.V., Biederman, J. et Mick, E. (2005). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 35, 1121-1132.
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Fossati, A., Novella, L., Donati, D., Donini, M., et Maffei, C. (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. *Comprehensive Psychiatry*, 43(5), 369-377.
- Grethe Kinn, L. et Aas, R.W. (2009). Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal*. 56, 112-121.
- Grieve, J. et Gnanasekaran, L. (2008). *Neuropsychology for occupational therapists: cognition in occupational performance* (3rd edition). Oxford; Malden, Massachusetts : Blackwell Publishing.

- Harvard Mental Health Letter, November 2002. Attention deficit disorder in adults. Document consulté le 5 août 2011 de <http://www.health.harvard.edu/>
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M. et al. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 252: 177-184.
- Jacob, C.P., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A. et al. (2007). Co-morbidity of adults attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 257: 309-317.
- Kernberg, O. F., Clarkin, J. F. et Yeomans, F. E. (2002). *A primer of transference-focused psychotherapy for borderline patients*. New York: Aronson.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E. et Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*, 3rd edition. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 63 (1), 9-23.
- Leclerc, C. (2007). Terminologie : Trouble de personnalité. Dans Labrosse, R. et Leclerc, C. (2007). *Trouble de personnalité limite et réadaptation, Points de vue de différents acteurs, Tome I*. (pp. 1.01-1.13). Saint-Jérôme (Québec) : Éditions Ressources.
- Lee, S. et Harris, M. (2010). The development of an effective occupational therapy assessment and treatment pathway for women with a diagnosis of borderline personality disorder in an inpatient setting: implementing the Model of Human Occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(11), 559-563.
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

- Linehan, M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Manidi, M. J. (2005). Thérapie cognitive et comportementale (TCC) appliquée à l'ergothérapie. Dans *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*, M.J. Manidi éd.. Lausanne, Suisse : ÉÉSP. pp.75-109.
- Masterson, J. F. et Klein, R. (Eds) (1989). *Psychotherapy of the Disorders of the Self: The Masterson Approach*. New York : Brunner/Mazel.
- Matthies, S., Tebartz Feige, B., Fischer, D., Scheel, C., Krogmann, E., Perlov, E., Ebert, D. et Philipsen, A. (2011). Severity of Childhood Attention-Deficit Hyperactivity Disorder-A Risk Factor for Personality Disorders in Adult Life? *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 101-114.
- Meares, R., Stevenson, J. et Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients, I : a comparison between treated and untreated cohorts. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 467-472.
- Miller, T. W., Nigg, J. T., et Faraone, S. V. (2007). Axis I and II comorbidity in adults with ADHD. *Journal Of Abnormal Psychology*, 116(3), 519-528.
- NCCMH (2009) *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. Leicester and London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists. [Full guideline]
- Ramklint, M., von Knorring, A.-L., von Knorring, L., et Ekselius, L. (2002). Personality disorders in former child psychiatric patients. *European Child et Adolescent Psychiatry*, 11(6), 289-295.
- Ramsay, J.R. et Rostain, A.L. (2005). Adapting psychotherapy to meet the needs of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 72-84.
- Reberio, K.L. et Cook, J.V. (1999). Opportunity, not prescription: An exploratory study of the experience of occupational engagement. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 66(4): 176–87.
- Renaud, S. et Lecomte, Y. (2003). Guide de lignes directrices pour le traitement des patients atteints de trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 73-94.
- Safren, S.A., Sprich, S., Mimiaga, M.J., Surman, G., Knouse, L., Groves, M. et al. (2010). Cognitive Behavioral Therapy vs Relaxation With Educational Support

- for Medication-Treated Adults With ADHD and Persistent Symptoms A Randomized Controlled Trial. (2010). *American Medical Association*, 304(8), 875-880.
- Stepp, S.D., Epler, A.J., Jahng, S. et Trull, T.J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 22(6), 549-563.
- Stevenson, J., Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- Stevenson, C.S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D. et Stevenson, R.J. (2002). A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 610-616.
- Stone, M.H. (2006). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry*, 5(1), 15-20.
- Townsend, E.A., et Polatajko, H.J. (2008). Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. Ottawa (ON) : *CAOT Publications ACE*.
- Young, S. (2000). ADHD children grown up: an empirical review. *Counselling Psychology Quarterly*, 13(2), 191-200.

Annexe A

Critères diagnostiques du TPL (American Psychiatric Association, 2000)

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons, réels ou imaginaires (ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5).
2. Mode de relations interpersonnelles instable et intense, caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse ou crise de boulimie. (Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5).
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilation.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p.ex., irritabilité ou anxiété durant, habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Annexe B

Critères diagnostiques du TDA/H (American Psychiatric Association, 2000)

A. Présence soit de (1) soit (2) :

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

Inattention

- a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderies dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
 - b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
 - c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
 - d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
 - e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
 - f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
 - g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par exemple, jouets, cahiers de devoir, crayons, livres ou outils)
 - h. Souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes
 - i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne
2. Six des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

- a. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
- b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis

- c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)
- d. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs
- e. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »
- f. Parle souvent trop

Impulsivité

- a. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
 - b. A souvent du mal à attendre son tour
 - c. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple, fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)
- B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ont provoqué une gêne fonctionnelle et étaient présents avant l'âge de 7 ans.
- C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans au moins deux (ou plus) environnements différents (par exemple, à l'école ou au travail et à la maison).
- D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un trouble psychotique, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble (par exemple, trouble thymique, troubles anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).

Annexe C

Description des quatre modules de la TCD (Stepp et al., 2008; Linehan, 1993b)

1. Développement d'habiletés de « pleine conscience » afin de diminuer la confusion à propos du soi. Le but de ce module est de développer un mode de vie avec pleine conscience, soit opposé au mode impulsif ou au comportement dépendant. Pendant les rencontres, trois états d'esprit sont enseignés aux participants : l'esprit rationnel, l'esprit émotionnel et l'esprit sage. Ainsi, les habiletés de « pleine conscience » sont le véhicule pour atteindre un certain équilibre entre le mode rationnel et le mode émotionnel, c'est-à-dire atteindre l'esprit sage. En ce sens, les participants tentent de se centrer pour se connecter à l'esprit sage. Lors des rencontres, ils apprennent à observer (prendre conscience de l'évènement, des réponses comportementales, des émotions et des pensées avec une certaine distance), à décrire (mettre des mots sur l'expérience vécue) et à participer (faire « un » avec l'activité dans le moment présent et être spontané). Ils apprennent aussi à être dans un mode de non-jugement, à éviter les distractions, à se centrer sur la tâche en cours et à répondre à leurs besoins pour atteindre cette pleine conscience (Stepp et al., 2008; Linehan, 1993b).
2. Développement d'habiletés d'efficacité interpersonnelle afin de diminuer le chaos interpersonnel. Le but de ce module est, entre autres, de développer des habiletés afin de modifier leur environnement qui pourrait s'avérer aversif. Il s'agit donc d'apprendre à mettre des limites à un environnement pouvant être invalidant. Ce module inclut l'enseignement de stratégies efficaces pour formuler des demandes en fonction de ses besoins, mettre ses limites et être davantage en mesure de gérer adéquatement les conflits interpersonnels. Il s'agit également d'apprendre à obtenir

les changements souhaités, tout en maintenant les relations et le respect de soi. Différents segments sont présents dans ce module, soit l'apprentissage d'habiletés interpersonnelles de base, l'identification des facteurs qui contribuent ou nuisent à l'efficacité interpersonnelle et finalement, l'identification des facteurs à considérer avant de faire une demande, de dire non et d'exprimer son opinion (Stepp et al., 2008; Linehan, 1993b).

3. Développement d'habiletés de régulation des émotions afin de diminuer la labilité de l'humeur. En effet, le but de ce module est d'amener les participants à comprendre leurs émotions, à réduire leur vulnérabilité émotionnelle et à diminuer leur souffrance émotionnelle. Les habiletés enseignées incluent la capacité à identifier et à nommer les émotions vécues, à reconnaître les obstacles aux changements des émotions et à diminuer la vulnérabilité à être trop influencé par ses émotions. (Stepp et al., 2008; Sanderson, cité dans Brown et Stoffel, 2011). Il arrive souvent que les personnes tentent de ne pas ressentir ce qu'elles ressentent réellement lorsqu'elles vivent des émotions intenses. Il est donc important de les amener à valider l'émotion vécue. En effet, la régulation des émotions est possible seulement dans un contexte où les participants apprennent à valider eux-mêmes leurs émotions. Ce module vise donc à identifier les obstacles aux changements émotionnels, à comprendre les fonctions des émotions, à diminuer la vulnérabilité émotionnelle, à construire des expériences positives dans leur vie et à augmenter la capacité à se centrer sur l'émotion présente dans une optique de laisser aller la souffrance émotionnelle (Linehan, 1993b).

4. Développement d'habiletés de tolérance à la détresse afin de diminuer les comportements impulsifs. (Stepp et al., 2008). Ce module sert à développer une attitude d'acceptation. Les participants doivent apprendre à tolérer la réalité telle qu'elle est, malgré la souffrance et la détresse qu'elle entraîne. En effet, la douleur et la détresse font partie de la vie et ne peuvent pas être constamment évitées. L'incapacité des individus ayant un TPL à accepter cela ne fait qu'augmenter la souffrance ressentie. Les participants sont amenés à s'accepter eux-mêmes et à accepter la situation qu'ils vivent. Quatre types de stratégies de tolérance à la détresse sont enseignées. Il s'agit de la distraction (faire des activités agréables, venir en aide à autrui, générer des émotions opposées à celles ressenties, se distraire avec d'autres sensations physiques, etc.), de techniques auto-apaisantes (utiliser les cinq sens), de techniques visant l'amélioration du moment (faire de la visualisation, donner un sens à ce qui est vécu, faire une prière, faire des exercices de relaxation, etc.) et de l'établissement du pour et du contre par rapport à ce que la tolérance à la détresse peut apporter (Linehan, 1993b).

Annexe D

Tableaux d'extraction des données

Tableau 1. *A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*

Auteur(s)	Clientèle(s) Visée(s)/participant(s)	Professionnel(s) impliqué(s)	Intervention(s)/approche(s) utilisée(s)
Stevenson et al., 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Adultes ayant un TDA/H étant sous médication (Rx) ou non. • Total de 44 participants. • Groupe contrôle : 11 sous Rx et 10 sans Rx • Groupe expérimental : 12 sous Rx et 11 sans Rx 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe animé par un psychologue • Rôles des personnes ressources : aider les participants à acquérir les nouvelles habiletés, leur rappeler de se rendre aux rencontres de groupe, les accompagner aux rencontres et prendre des notes au besoin, discuter des difficultés rencontrées avec les devoirs, contacter le participant par téléphone au moins une fois entre chaque session 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de « remédiation cognitive » axant sur des problèmes psychosociaux pouvant exacerber la condition de ces adultes (ex. environnement chaotique et désorganisé, faible capacité de gestion du stress, etc.). Programme pour apprendre aux adultes des stratégies pour gérer les manifestations et impacts du TDA/H. • Programme comprenant : 8 sessions de groupe, de 2 heures, hebdomadaires, un cahier d'exercices et une personne ressource associée à chaque participant en guise de « coaches ». Sessions de groupe sur les sujets suivant : motivation, concentration, écoute, impulsivité, organisation, gestion de la colère et estime de soi. • Rencontres de groupe toujours sous le même format : retour sur la session précédente et le devoir, enseignement de nouvelles habiletés, suggestion d'un exercice en devoir.
Évaluations utilisées	<p>Outils utilisés pour faire le recrutement des participants : The Wender Utah Rating Scale (WURS), the Parent Rating Scale (PRS), the Semi-Structured Interview for Adult ADHD, The DSM-III-R symptom checklist et le Barkley measure.</p> <p>Outils utilisés pour évaluer les résultats : DSM-III-R ADHD checklist, Adult Organization Scale, Davidson and Lang Self-Esteem Measure et le State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI).</p>		

Tableau 2. *Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. A pilot study using a structured skills training program.*

Auteur(s)	Clientèle(s) Visée(s)/participant(s)	Professionnel(s) impliqué(s)	Intervention(s)/approche(s) utilisée(s)
Hesslinger et al., 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe expérimental : 8 participants (5 hommes et 3 femmes) ayant un diagnostic de TDA/H, sous Rx ou non • Critères d'exclusion : histoire d'abus de substances dans les 6 derniers mois, trouble bipolaire, schizophrénie, retard mental, TPL • Groupe contrôle : 7 participants (5 hommes et 2 femmes) suivant traitement régulier pour adultes ayant TDA/H et devant faire par la suite partie du deuxième groupe de traitement du programme 6 mois plus tard. Toutefois, seulement 3 ont été recontactés 6 mois plus tard. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 psychothérapeutes ayant reçu une formation sur la TCD de Linehan 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme structuré d'entraînement d'habiletés pour les adultes ayant un TDA/H • Psychothérapie de 13 sessions de groupe basée sur la TCD, 1X/semaine, d'une durée de 2 heures, sur une période de 3 mois • Matériel écrit et exercices à faire quotidiennement donnés à chaque rencontre • Possibilité de demander plus d'interventions en individuel et de contacter les professionnels par téléphone en période de crise. • Objectif général : Développer son habileté à contrôler le TDA/H plutôt que d'être contrôlé par celui-ci • Éléments intégrés dans la thérapie (thèmes) : éducation concernant les symptômes du TDA/H, habileté de centration (pleine conscience), contrôle du TDA/H, analyser de façon indépendante ses comportements, habileté de régulation des émotions, dépression, contrôle des impulsions (ex : colère), gestion du stress, les dépendances (comportements à risque et de dépendances), relations interpersonnelles et estime de soi, rencontre avec la famille/conjoint
Évaluations utilisées	<p>Concernant la dépression : le Beck-Depression Inventory (BDI). Concernant la symptomatologie du TDA/H : The ADHD Checklist (ADHD-CL) et la version adaptée, contenant 16 items, du Symptom Check List (SCL-16). Concernant l'état de santé personnel : une échelle visuelle analogue utilisée par le participant lui-même. Divers tests neuropsychologiques : le verbal and letter fluency test, le Stroop Test, la version révisée du Wechsler Intelligence Test battery, le KLT, le d2-Test et la version révisée du Wechsler-Memory Scale.</p>		

Tableau 3. *Cognitive behaviour therapy in medication treated adults with ADHD and persistent Symptoms: A randomized controlled trial.*

Auteur(s)	Clientèle(s) Visée(s)/participant(s)	Professionnel(s) impliqué(s)	Intervention(s)/approche(s) utilisée(s)
Emilsson et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> • 54 adultes (34 femmes, 20 hommes) ayant un diagnostic de TDA/H et étant stable médicalement depuis au moins 1 mois. • Participants ne doivent pas modifier leur dose de Rx pour la durée de l'étude. • participants non sous Rx sont exclus. • 27 dans le groupe expérimental (thérapie en groupe + pharmacothérapie) et autant dans le groupe contrôle (pharmacothérapie seulement). 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluations initiales variées faites par un psychiatre • Traitement individuel assuré par des étudiants de premier cycle en psychologie. • Thérapeute impliqué dans les thérapies de groupe n'est pas mentionné. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme structuré qui vise à diminuer les symptômes du TDA/H et à améliorer les habiletés sociales, de résolution de problèmes et d'organisation. • 15 sessions, 2 fois semaine, organisées en 5 modules; 1) neurocognitif (stratégie pour améliorer attention, mémoire, planification, contrôle de l'impulsivité) 2) résolution de problèmes (développement de la pensée, identification de problèmes, réfléchir aux conséquences, gérer les conflits, faire des choix) 3) contrôle émotionnel (sentiment, colère, anxiété), 4) habiletés sociales (empathie, résolution de conflits, compréhension des pensées et sentiments d'autrui, habileté de négociation), 5) raisonnement critique (évaluer options et compétences comportementales efficaces). • Comprend traitement en groupe et individuel. Traitement individuel 1 fois/semaine assuré par des étudiants de premier cycle en psychologie, entre chaque session de groupe, afin de s'assurer que les acquis sont transposés dans leur vie quotidienne.
Évaluations utilisées	<p>Concernant les symptômes du TDAH : le Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia ADHD section (K-SADS ADHD) ainsi que le Barkley ADHD Current Symptoms Scale (BCS). Concernant la sévérité du TDAH : le Clinical Global Impression (CGI). Concernant l'anxiété : le Beck Anxiety Inventory (BAI). Concernant la dépression : le BDI. Concernant le contrôle émotionnel, les symptômes du TDAH et le fonctionnement social et le comportement antisocial : le RetR2 ADHD Training Evaluation Self-report Scale (RATE-S).</p>		

Tableau 4. *Cognitive Behavioral Therapy vs Relaxation With Educational Support for Medication-Treated Adults With ADHD and Persistent Symptoms, A Randomized Controlled Trial.*

Auteur(s)	Clientèle(s) Visée(s)/participant(s)	Professionnel(s) impliqué(s)	Intervention(s)/approche(s) utilisée(s)
Safren et al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> • 86 adultes ayant TDA/H, prenant Rx (stables) et ayant encore des symptômes de façon significative. • Répartis en 2 groupes : un groupe ayant TCC (n=43) et l'autre ayant traitement de relaxation et soutien éducatif (n=43) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologues et étudiants au post-doctorat en psychologie clinique ayant de l'expérience en TCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Les 2 groupes ont 12 sessions de thérapie d'environ 50 minutes chacune. • Groupe de TCC : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1^{er} module (4 sessions) : psychoéducation sur le TDA/H, enseignement concernant habileté d'organisation, de planification et de résolution de problème ▪ 2^e module (2 sessions) : enseignement concernant habileté à gérer la distraction ▪ 3^e module (3 sessions) : restructuration cognitive (apprendre à penser de façon plus adaptée dans les situations qui causent de la détresse) ▪ Modules optionnels : 1 session concernant la procrastination et 1 session incluant la famille du participant afin d'apporter du support. Les participants n'ayant pas besoins des modules optionnels ont eu plus de séances dans les 3 premiers modules. ▪ La dernière session est consacrée à une révision et à la prévention de rechutes • Groupe de relaxation : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1^{er} module (1 session) : psychoéducation concernant le TDA/H ▪ 2^e module (6 sessions) : enseignement d'une technique de relaxation musculaire progressive ▪ 3^e module (4 sessions) enseignement de techniques de relaxation appliquées aux symptômes du TDA/H ▪ La dernière session vise à faire un retour sur les acquis et à planifier comment faire pour continuer à utiliser ces habiletés au quotidien
Évaluations utilisées	<p>Concernant les symptômes du TDA/H : le Clinical Global Impression scale et le ADHD rating scale, administré par un expert, et ce directement après les 12 sessions de thérapie ainsi que 3 mois et 9 mois post-thérapie. Par ailleurs, à chaque session, les participants autoévaluaient leur symptomatologie selon le Current Symptoms Scale. Concernant la sévérité du TDA/H : le Clinical Global Impression scale scores.</p>		