Document généré le 10 mai 2024 14:52

Santé mentale au Québec

La thérapie cognitive-comportementale dans le traitement du TDAH chez l'adulte
Cognitive Behavioral Therapy and the Treatment of ADHD in Adults

Vickie Auclair, Philippe-Olivier Harvey et Martin Lepage

Volume 41, numéro 1, printemps 2016

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1036976ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1036976ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Auclair, V., Harvey, P.-O. & Lepage, M. (2016). La thérapie cognitive-comportementale dans le traitement du TDAH chez l'adulte. *Santé mentale au Québec*, *41*(1), 291–311. https://doi.org/10.7202/1036976ar

Résumé de l'article

Introduction Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) affecte environ 2,5 % de la population adulte mondiale. L'impact sur la vie des individus atteints est important, engendrant fréquemment des difficultés académiques, professionnelles, sociales et émotionnelles. Malgré le caractère invalidant de ce trouble, peu d'individus souffrant de ce déficit reçoivent une aide appropriée. De plus, bien que longtemps considérée comme la seule option envisageable, il est aujourd'hui reconnu que la psychopharmacologie est rarement suffisante à elle seule. Dans cette optique, la thérapie cognitive-comportementale (TCC) s'avère une approche prometteuse.

Objectif L'objectif de cette étude est d'effectuer une revue de la documentation scientifique et d'évaluer quantitativement l'efficacité de la TCC, dans la réduction des symptômes associés au TDA/H et des manifestations anxieuses et dépressives comorbides chez l'adulte, à travers plusieurs études, par l'entremise d'une méta-analyse.

Méthode Les études incluses dans cette méta-analyse ont été publiées entre 1946 et 2015, et recensées dans des bases de données électroniques, notamment *MEDLINE*, *EMBASE* et *PsycINFO*. Un modèle à effets aléatoires, les rapports des cotes et les g de Hedges ont été utilisés.

Résultats Les données de 12 études contrôlées randomisées ont été incluses dans cette recherche, totalisant 575 participants. Les résultats démontrent que la TCC est significativement plus efficace que les groupes de comparaison quant à l'amélioration des symptômes du TDA/H (g de Hedges = 0,95), de la symptomatologie anxieuse (g de Hedges = 0,39) et dépressive (g de Hedges = 0,30). Suite à la cessation du traitement, seuls les symptômes du TDA/H continuent de s'améliorer.

Conclusion En somme, cette étude met en lumière les résultats encourageants de la TCC dans le traitement du TDA/H chez l'adulte.

Tous droits réservés © Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, 2016

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

La thérapie cognitive-comportementale dans le traitement du TDAH chez l'adulte

Vickie Auclair[a]

Philippe-Olivier Harvey[b]

Martin Lepage[c]

RÉSUMÉ **Introduction** Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) affecte environ 2,5 % de la population adulte mondiale. L'impact sur la vie des individus atteints est important, engendrant fréquemment des difficultés académiques, professionnelles, sociales et émotionnelles. Malgré le caractère invalidant de ce trouble, peu d'individus souffrant de ce déficit reçoivent une aide appropriée. De plus, bien que longtemps considérée comme la seule option envisageable, il est aujourd'hui reconnu que la psychopharmacologie est rarement suffisante à elle seule. Dans cette optique, la thérapie cognitive-comportementale (TCC) s'avère une approche prometteuse.

Objectif L'objectif de cette étude est d'effectuer une revue de la documentation scientifique et d'évaluer quantitativement l'efficacité de la TCC, dans la réduction des symptômes associés au TDA/H et des manifestations anxieuses et dépressives comorbides chez l'adulte, à travers plusieurs études, par l'entremise d'une méta-analyse.

Méthode Les études incluses dans cette méta-analyse ont été publiées entre 1946 et 2015, et recensées dans des bases de données électroniques, notamment *MEDLINE*, *EMBASE* et *PsycINFO*. Un modèle à effets aléatoires, les rapports des cotes et les g de Hedges ont été utilisés.

a. B. Sc., Institut universitaire en santé mentale Douglas, Département de psychologie, Université de Montréal.

b. Ph. D., Institut universitaire en santé mentale Douglas, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal.

c. Ph. D., Institut universitaire en santé mentale Douglas, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal.

Résultats Les données de 12 études contrôlées randomisées ont été incluses dans cette recherche, totalisant 575 participants. Les résultats démontrent que la TCC est significativement plus efficace que les groupes de comparaison quant à l'amélioration des symptômes du TDA/H (g de Hedges = 0,95), de la symptomatologie anxieuse (g de Hedges = 0,39) et dépressive (g de Hedges = 0,30). Suite à la cessation du traitement, seuls les symptômes du TDA/H continuent de s'améliorer.
Conclusion En somme, cette étude met en lumière les résultats encourageants de la TCC dans le traitement du TDA/H chez l'adulte.

MOTS CLÉS TDAH, efficacité, thérapie cognitive-comportementale, adultes

Cognitive Behavioral Therapy and the Treatment of ADHD in Adults

ABSTRACT **Background** The international prevalence of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is estimated at 2.5%. ADHD is associated with serious impairment in academic, occupational, social and emotional functioning. Despite the debilitating nature of this disorder, few individuals with ADHD receive appropriate help. Further, although psychopharmacology is considered the first-line treatment of adults with ADHD, it is now recognized that medication alone may be insufficient. Thus, cognitive behavioral therapy (CBT) is a promising approach. **Objectives** This study aimed to review literature and investigate the efficacy of CBT, in reducing ADHD symptoms and comorbid conditions such anxiety and depression for adults with ADHD, by several studies through a meta-analysis.
Methods We searched the literature from 1946 through 2015 using especially *MEDLINE, EMBASE* and *PsycINFO*. We used a random-effects model, Odds Ratios (OR) and Hedge's g. **Results** Data from 12 randomized controlled studies were included, totaling 575 subjects. The results showed a significant reduction in ADHD symptoms (Hedge's g = 0.95) and comorbid anxiety (Hedge's g = 0.39) and depression (Hedge's g = 0.30) for the CBT group in comparison with controls. Following the end of treatment, ADHD symptoms continue to improve, but not the comorbid conditions.
Conclusion In summary, in adults with ADHD, CBT appears to be a promising treatment.

KEYWORDS ADHD, efficacy, cognitive behavioral therapy, adults

Introduction

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est caractérisé par une difficulté à maintenir son attention, une distractibilité accrue, un faible contrôle des impulsions, de l'hyperactivité, une instabilité émotionnelle et un comportement désorganisé (Barkley,

2002). Ce trouble neurodéveloppemental est essentiellement marqué par des fonctions exécutives déficitaires (Kessler *et al.*, 2010). Celles-ci peuvent être définies comme étant les actions qu'utilise un individu afin de s'autoréguler et d'atteindre ses objectifs. Les principaux domaines exécutifs touchés chez cette population sont la gestion du temps, l'organisation, la résolution de problèmes, la motivation et la gestion des émotions (Kessler *et al.*, 2010). Bien qu'il soit principalement diagnostiqué lors de l'enfance, le TDA/H est désormais reconnu comme étant un diagnostic fidèle et valide chez l'adulte également (Chandler, 2013). La prévalence internationale de ce trouble chez l'enfant est estimée à 5 % (American Psychiatric Association, 2013) et ce syndrome persisterait à l'âge adulte dans 50 % des cas (American Psychiatric Association, 2013 ; Ramsay, 2012). Ainsi, ce déficit affecterait environ 2,5 % de la population adulte mondiale (American Psychiatric Association, 2013). Les adultes présentant cette condition, lorsque comparés à des individus contrôles, sont plus à risque de vivre des problèmes fonctionnels au niveau académique, occupationnel, social et émotionnel (Barkley, 2002). Ces derniers incluent un nombre plus faible d'années d'éducation, un taux plus élevé de chômage et de congédiement et une sous-performance occupationnelle (Kessler *et al.*, 2006) ainsi qu'un niveau plus élevé de comportements antisociaux, d'arrestations, d'accidents de voiture et d'emprisonnements (Young, Wells & Gudjonsson, 2011). Ils ont aussi une probabilité plus élevée d'avoir une variété de problèmes interpersonnels, incluant des difficultés maritales et parentales, se reflétant par un taux plus élevé de séparations et de divorces chez cette population (Kessler *et al.*, 2006).

Les études révèlent également une incidence accrue de troubles psychiatriques comorbides chez cette clientèle, 70 % à 75 % des adultes souffrant d'un TDA/H présenteraient au moins un autre trouble psychologique ; les plus fréquents étant la dépression, l'anxiété, le trouble bipolaire, les troubles de la personnalité et l'abus de substance (Bramham *et al.*, 2009 ; Ramsay, 2012). De plus, les manifestations anxio-dépressives présentes chez cette clientèle sont parfois considérées comme secondaires aux symptômes du TDA/H (Ostrander & Herman, 2006 ; Schatz & Rostain, 2006). Ainsi, l'amélioration de ces derniers pourrait résulter en un effet bénéfique généralisé (Rostain & Ramsay, 2006). Toutefois, il est peu probable qu'un traitement ayant pour cible les symptômes du TDA/H ait un impact significatif sur les troubles de la personnalité ou de l'humeur graves et sur l'abus de substance. Des interventions combinées sont, dans ces cas, nécessaires

(p. ex. Mariani & Levin, 2007). En regard de cela, notre étude se concentre exclusivement sur les symptômes anxieux et dépressifs comorbides au TDA/H.

Les individus souffrant de ce trouble semblent également propices à se sentir submergés par le stress qu'ils vivent et seraient exposés à un nombre plus élevé de stresseurs dans leur vie quotidienne (Hirvikoski *et al.*, 2011), ce qui aurait un effet délétère sur leur état de santé général (Barkley, 2002). Enfin, une étude américaine a estimé que le TDA/H est associé à une perte annuelle de performance au travail totalisant 4 336 $ US par travailleur, ce taux étant plus élevé que celui de la majorité des troubles de santé physique et mentale chroniques (Wang *et al.*, 2003).

Bien que le TDA/H soit un trouble très incapacitant rencontré chez les clients en psychologie et psychiatrie externes, peu d'individus souffrant de ce déficit reçoivent un traitement. Une étude portant sur des adultes atteints de ce trouble révèle que seulement 25,2 % de ces derniers ont reçu une quelconque forme de traitement psychologique ou psychiatrique durant l'année précédente, et que moins de la moitié, soit 10,9 %, ont bénéficié d'un traitement spécialisé (Kessler *et al.*, 2006). Cette lacune au niveau de l'intervention est préjudiciable, puisque le TDA/H compte parmi les troubles psychologiques traités avec le plus de succès (Ramsay, 2012). La pharmacothérapie a longtemps été la seule option de traitement rigoureusement étudiée chez les adultes souffrant de TDA/H. Elle représente l'intervention de première ligne pour ce trouble et a été démontrée efficace afin de diminuer ses symptômes caractéristiques (Rostain & Ramsay, 2006). Toutefois, l'amélioration de ceux-ci ne se transfère pas nécessairement en un rétablissement fonctionnel. En effet, les individus qui sont considérés comme répondants montrent typiquement une diminution d'uniquement 50 % ou moins des symptômes clés du TDA/H (Willens *et al.*, 2002) et présentent des symptômes résiduels dans diverses sphères de vie, notamment l'éducation, le travail et les relations interpersonnelles (Safren *et al.*, 2010 ; Stevenson, Stevenson & Whitmont, 2003 ; Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey & Stevenson, 2002). Ainsi, la pharmacothérapie serait efficace pour améliorer les fonctions exécutives de la personne, mais ne serait pas utile au développement de stratégies compensatoires chez les individus souffrant de TDA/H (Chandler, 2013). De plus, dans les études portant sur la médication psychostimulante, les inhibiteurs tricycliques de la monoamine oxydase et les antidépresseurs atypiques, 20-50 % des adultes sont considérés comme non-répondants en raison

d'une réduction faible des symptômes ou de l'incapacité à tolérer ces médications (Willens *et al.*, 2002).

De ce fait, il est reconnu que la pharmacothérapie n'est pas un traitement suffisant pour plusieurs adultes (Chandler, 2013) et que des traitements additionnels sont nécessaires afin de composer avec les déficits interpersonnels, émotionnels, académiques et vocationnels attribuables au TDA/H et à ses possibles troubles comorbides. Parmi les modalités psychothérapeutiques prometteuses dans le traitement des adultes aux prises avec un TDA/H, la thérapie cognitive-comportementale (TCC) semble s'être particulièrement démarquée (Knouse & Safren, 2010). En effet, ce type de thérapie, originairement développé pour traiter la dépression, a été démontré efficace dans le traitement de plusieurs troubles psychiatriques et a maintenant été adapté pour le traitement du TDA/H (Ramsay & Rostain, 2003). La TCC traditionnelle est basée sur le modèle cognitif de la psychopathologie, selon lequel, les pensées et croyances dysfonctionnelles qu'entretient une personne jouent un rôle critique dans le développement et/ou le maintien des symptômes cliniques. Cette thérapie met l'emphase sur la modification des pensées problématiques afin de créer des changements dans les émotions et comportements leur étant associés.

Dans le contexte du TDA/H, la TCC a été utilisée afin d'amener les individus à développer et à implanter une variété de stratégies d'adaptation pouvant les aider à gérer les difficultés associées à leur trouble. Les aspects centraux de ce type de thérapie chez cette clientèle sont : de comprendre et de modifier les distorsions cognitives, de favoriser l'utilisation de stratégies d'adaptation, de modifier le comportement et de gérer l'humeur dépressive ainsi que l'anxiété comorbides et les problèmes au niveau de l'estime de soi (Mongia & Hechtman, 2012). Les stratégies mises de l'avant peuvent être divisées en trois catégories : la composante cognitive, émotionnelle ou une combinaison des deux. Les stratégies cognitives incluent la restructuration cognitive, la priorisation, l'organisation, la gestion du temps et de la procrastination, la psychoéducation, la résolution de problèmes, la gestion de l'argent et des relations ainsi que la pleine conscience. L'aspect émotionnel, quant à lui, met l'emphase sur la régulation émotionnelle, le contrôle des impulsions, l'autorégulation, la gestion de la colère et du stress, la motivation, l'estime personnelle et le respect de soi (Mongia & Hechtman, 2012).

Cet article présente une synthèse des résultats d'études contrôlées randomisées utilisant la TCC afin de traiter le trouble déficitaire de

l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte. L'objectif est de déterminer l'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale dans la réduction des symptômes associés au TDA/H, des manifestations anxieuses et de la symptomatologie dépressive chez cette population. Il s'agit de la première méta-analyse évaluant l'efficacité de ce traitement effectué auprès d'une population adulte souffrant de TDA/H.

Méthodologie

Critères d'inclusion

Cette méta-analyse vise à évaluer l'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale dans le traitement du TDA/H chez l'adulte. Afin d'être inclus dans cette étude, les articles devaient : 1) provenir de revues à comité de lecture afin d'assurer une rigueur scientifique ; 2) comparer la TCC à une autre condition en utilisant un devis contrôlé randomisé (c.-à-d., autre forme de thérapie, groupe placebo, liste d'attente, médication) ; 3) rapporter des résultats relatifs à la symptomatologie des participants (c.-à.-d. sur les symptômes anxieux, dépressifs et/ou du TDA/H) ; 4) porter sur une population adulte (18 ans et plus) ; 5) être écrits en français ou en anglais. Les études incluses dans cette recherche ont été publiées de 1946 à 2015. Les participants ont reçu un diagnostic de TDA/H (sans discrimination pour le sous-type) ou souffrent de symptômes cliniquement significatifs tels qu'évalués par des échelles cliniques validées (p. ex. *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV* ; Epstein, Johnson & Conners, 2001).

Stratégie de recherche

Afin d'effectuer une revue de la littérature, les mots clés suivants ont été utilisés ; *behavioral interventions, contingency management, management techniques, contingency techniques, psychosocial interventions, psychosocial treatment, psychosocial therapy, social skills training, problem solving intervention, problem solving treatment, behavior modification, cognitive behavior therapy, cognitive behavior treatment, cognitive behavior training, psychoeducation, educational intervention,* en combinaison avec les termes *ADHD, attention deficit hyperactivity disorder* et *attention deficit* ainsi qu'avec le mot *adult.* Ces mots clés ont aussi été utilisés en français. Cette recherche couvre les principales bases de données scientifiques, notamment ; *Biological Abstracts, Books@Ovid, CAB Abstracts, EBM Reviews, Embase, Pubmed, Google*

Scholar, Health and Psychosocial Instruments, NASW Clinical Registrer, Ovid MEDLINE, PsycINFO, Social Work Abstracts et *Science Direct.*

Mesures

Les mesures principales sont les changements au niveau de la sévérité des symptômes anxieux, dépressifs et du TDA/H entre les évaluations effectuées avant et après le traitement. Les données obtenues lors des suivis ont également été analysées. Les résultats à des échelles spécifiques mesurant ces symptômes ont été utilisés lorsqu'ils étaient disponibles (p. ex. *the Current ADHD Symptom Scale*, Barkley & Murphy, 1998 ; *the Beck Depression Inventory-II*, Beck, Steer & Brown, 1996 ; *the Beck Anxiety Inventory*, Beck, Epstein, Brown & Steer, 1986). Les questionnaires mesurant des dimensions spécifiques du TDA/H ont également été acceptés (p. ex. l'échelle d'inattention du *Adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale ;* Adler, Spencer & Biederman, 2003).

Sélection des études

La sélection des études a été effectuée à l'aide d'un dépistage basé sur les titres et les résumés des articles afin de s'assurer qu'elles respectaient les critères d'inclusion de cette recherche. Par ailleurs, l'intégration finale des articles a été fondée sur la lecture complète de ces derniers. Les articles qui présentaient des résultats basés sur un même échantillon ont été considérés comme représentant une seule étude. Ainsi, les données impliquant l'échantillon le plus grand et la période de suivi la plus étendue ont été identifiées comme étant l'étude principale.

Analyses

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du programme *Comprehensive Meta-Analysis* (version 2.2.021) (Borenstein, Hedges, Higgins & Rosthein, 2007). L'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale sur les symptômes anxieux, dépressifs et du TDA/H a été examinée à l'aide des rapports de cotes (RC) (Deeks, 2002). De plus, les tailles d'effet (g de Hedges) ont été obtenues, ces dernières constituent une comparaison entre les deux conditions suite au traitement, représentant la différence entre la moyenne du groupe traitement et la moyenne des contrôles, divisée par l'écart-type de l'échantillon et ajustée pour le biais des petites tailles de groupes. Un modèle à effets aléatoires a été utilisé, car il était présumé que les effets du traitement étaient susceptibles de varier entre les différentes études incluses (Riley,

Higgins & Deeks, 2011). L'hétérogénéité a été évaluée en utilisant les statistiques Q et l'index I^2 (Cooper, Hedges & Valentine, 2009). Des valeurs de $p < 0{,}10$ pour le premier et de > 35 % pour le deuxième ont été choisies comme indicateurs d'hétérogénéité (Borenstein, Hedges, Higgins & Rothstein, 2009). Finalement, les graphes en entonnoir, l'effet tiroir de Rosenthal (Rosenthal, 1979) et le test d'asymétrie d'Egger (Egger *et al.*, 1997) ont été utilisés afin de considérer la présence de biais de publication (Borenstein *et al.*, 2009 ; Cooper *et al.*, 2009). Les résultats qui ont été inclus dans cet article étaient ceux associés aux instruments d'intérêt (mesurant le TDA/H, l'anxiété ou la dépression).

Résultats

Études sélectionnées

Les bases de données ont fait ressortir la présence de 54 251 études correspondant aux mots clés représentant les interventions (voir ci-haut), 87 107 articles portant sur le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et 12 010 575 textes ayant pour cible les adultes. Lors de la combinaison de ces trois critères, 280 études ont été relevées. Leurs résumés ont alors été consultés. Suite à ce procédé, 12 études répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés précédemment. Elles étaient toutes écrites en anglais. Dans cette étude, 575 participants, âgés entre 18 et 66 ans (M = 38,25 ans), ont été inclus. De ceux-ci, 53,89 % étaient des hommes. Le nombre moyen de séances suivies était de 11. Diverses variantes de la TCC ont été acceptées (p. ex. thérapie behaviorale dialectique) et elles étaient administrées sous un format individuel ou de groupe (cinq en format individuel, sept sous forme de groupe). Sur les 12 études contrôlées randomisées, sept étaient à simple insu (les évaluateurs ne savaient pas la condition à laquelle chacun des participants appartenait), une était à double insu (TCC avec médication ou placebo) et quatre étaient basées sur des mesures autorapportées uniquement. De plus, cinq des 12 études comprenaient un suivi (allant de deux mois à un an ; Emilsson *et al.*, 2011 ; Pettersson, Söderström, Edlund-Söderström & Nilsson, 2014 ; Safren *et al.*, 2010 ; Stevenson *et al.*, 2002 ; Stevenson *et al.*, 2003). Le tableau 1 présente les caractéristiques principales des 12 articles retenus pour cette méta-analyse.

TABLEAU 1

Caractéristiques principales des études recensées

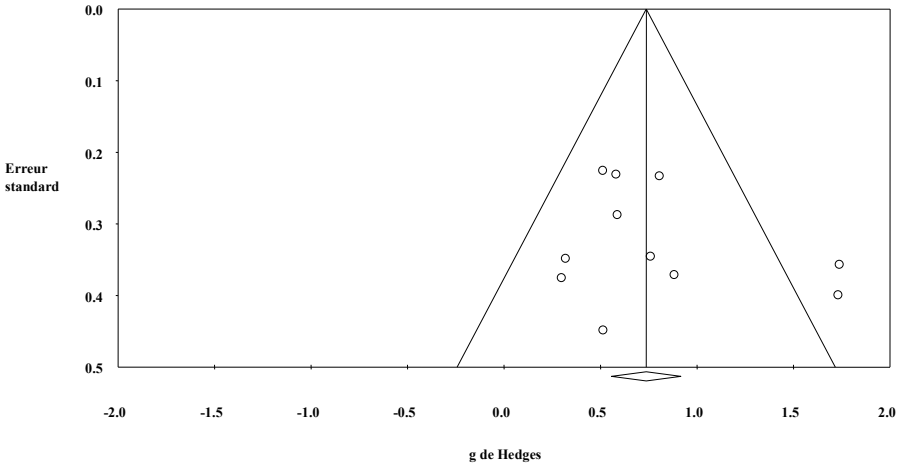
Auteurs	N	Mesures	Types d'interventions
Safren *et al.* 2010	78	ADHD Current Symptoms Scale-SR ADHD Rating Scale-CR	TCC conventionnelle Relaxation + psychoéd.
Solanto *et al.* 2010	81	Adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale, échelle d'inattention Échelle d'inattention et de mémoire du CAAR-S BADDS-SR Beck Depression Inventory II Conners-Observer-Clinicien Hamilton Anxiety Rating Scale	Thérapie métacognitive Thérapie de support
Virta *et al.* 2010	28	ASRS (organisation) SR et CR BADDS score total-SR Beck Depression Inventory II	TCC conventionnelle Thérapie cognitive Liste d'attente
Weiss *et al.* 2012	49	Adult ADHD Investigator Symptom RS	TCC conventionnelle + pl. TCC conventionnelle + md.
Braham *et al.* 2009	68	Hamilton Anxiety Rating Scale Hamilton Depression Rating Scale Test sur les connaissances sur le TDAH	TCC conventionnelle + md. Md.
Emilsson *et al.* 2011	35	The Barkley ADHD Current Symptoms Scale-SR Beck Anxiety Inventory Beck Depression Inventory	TCC conventionnelle + md. TAU + md.
Stevenson *et al.* 2002	43	Adult Organization Scale-SR DSM-IIIR ADHD checklist-SR	Remédiation cognitive Liste d'attente
Stevenson *et al.* 2003	34	ADHD symptoms on 10-points scales Child Organizational Skills Measure adapted for adults-SR	Intervention psychosociale Liste d'attente
Vidal *et al.* 2013	32	The ADHD Rating Scale CAARS-S hyperactivité CAARS-S impulsivité CAARS-S inattention State-Trait Anxiety Inventory Beck Depression Inventory II	TCC conventionnelle Psychoéducation
Safren *et al.* 2005	31	ADHD Symptoms Severity Scale ADHD Symptoms-SR Beck Anxiety Inventory Beck Depression Inventory Hamilton Anxiety Hamilton Depression	TCC conventionnelle + md. Md.
Petterson *et al.* 2014	45	The Current Symptoms Scale-SR Beck Anxiety Inventory Beck Depression Inventory II	iCBT-G iCBT-S Liste d'attente
Hirvikoski *et al.* 2011	51	Current ADHD Symptom Scale-SR Beck Anxiety Inventory Beck Depression Inventory II	DBT Discussion structurée

Note : TCC = Thérapie cognitive-comportementale ; Psychoéd. = Psychoéducation ; pl. = Placebo ; Md. = Médication ; RS = Rating Scale ; TAU = *Treatment as usual* ; iCBT-G = Thérapie cognitive-comportementale de groupe administrée via Internet ; iCBT-S = Thérapie cognitive-comportementale individuelle administrée via Internet ; DBT = Thérapie behaviorale dialectique ; SR = Self Report ; CR= Clinicien rating ; CAARS-S = *Conners'Adult ADHD Rating Scales-Self Report ;* BADDS-SR = *Brown Attention Deficit Disorder Scale-Self Report ;* ASRS = *World Health Organization'Adult ADHD Self-report Scale.*

Les tests mesurant l'hétérogénéité entre les études révèlent que celle-ci excède ce qui est attendu par le hasard (Q_{12} = 21,19 ; df = 10 ; p = 0,02 ; I^2 = 52,82). Cela implique qu'il peut exister des différences systématiques entre les études qui ne peuvent pas être expliquées par l'erreur d'échantillonnage seule et qui peuvent être attribuables à des variations dans l'échantillon, dans les caractéristiques de l'intervention et quant aux divers instruments de mesure utilisés. L'effet tiroir est de 268, indiquant qu'au moins 268 études non publiées ou manquantes seraient nécessaires pour rendre l'effet clinique de la thérapie cognitive-comportementale non significatif en termes de réponse statistique (p> 0,05). Également, tel que démontré dans la figure 1, le graphe en entonnoir associé aux résultats est relativement symétrique. Le biais de publication a aussi été évalué de manière plus conservatrice avec le test d'asymétrie d'Egger, lequel est de 1,69 (df = 9 ; t = 0,89 ; p = 0,40), ce qui suggère un faible risque de biais de publication.

FIGURE 1

Graphe en entonnoir de l'erreur standardisée selon le g de Hedge



Efficacité de la TCC sur les symptômes du TDA/H

Les résultats démontrent une différence significative (RC = 5,78 ; 95 % ; IC = 3,47-9,63 ; z = 6,75, p < 0,0001) entre la TCC et les conditions contrôles quant aux symptômes du TDA/H, suite au traitement, en faveur de la TCC. Le g de Hedges est de 0,95 (95 % ; IC = 0,67-1,22 ;

z = 6,75 ; p < 0,0001), ce qui représente une différence importante. Ainsi, les individus ayant reçu la TCC ont démontré des améliorations significativement plus élevées que les autres groupes en ce qui a trait aux difficultés d'attention et d'hyperactivité. La figure 2 illustre l'ensemble des g de Hedges pour les symptômes du TDA/H suite au traitement. De surcroît, les résultats aux suivis (deux mois à un an) révèlent une différence significative entre la TCC et les autres groupes quant aux symptômes du TDA/H (RC = 1,84 ; 95 % ; IC = 1,29-2,61 ; z = 3,39 ; p < 0,01). Le g de Hedges est de 0,34 (95 % ; 0,11-0,56 ; z = 2,95 ; p < 0,01), ce qui signifie une petite taille d'effet. Ainsi, les sujets ayant suivi la TCC auraient un niveau significativement inférieur de symptômes lors du suivi que les autres groupes de comparaison. De plus, ces résultats indiquent que les participants dans le groupe TCC continuent de s'améliorer suite à la fin du traitement. La figure 3 démontre l'ensemble des g de Hedges pour les symptômes du TDA/H lors du suivi.

Efficacité de la TCC sur les symptômes anxieux

Les données obtenues révèlent une différence significative (RC = 2,04 ; 95 % ; IC = 1,33-3,13 ; z = 3,27 ; p < 0,01) entre la TCC et les autres interventions, suite au traitement, quant aux symptômes anxieux. Le g de Hedges est de 0,39 (95 % ; IC = 0,15-0,62 ; z = 3,27 ; p < 0,01), ce qui représente une différence de petite taille. Conséquemment, les participants ayant reçu la TCC démontrent une amélioration significativement plus grande de l'anxiété que les groupes de comparaison. La figure 4 représente les g de Hedges pour les symptômes anxieux suite au traitement. Lors des suivis (de 3 à 6 mois), il n'y a pas de différence significative entre le groupe de thérapie cognitive-comportementale et les autres conditions quant aux symptômes anxieux (RC = 1,55 ; 95 %, IC = 0,61-3,94 ; z = 0,93 ; p = 0,36). Les individus ayant suivi la TCC ne se sont donc pas améliorés davantage entre le post-traitement et le suivi que les participants des autres groupes de comparaison. La figure 5 illustre les rapports des cotes pour les symptômes anxieux lors des suivis.

Figure 2

g de Hedges pour les symptômes du TDA/H lors du post-traitement

Auteurs	Comparaison	Mesures	Hedges's g	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value
Safren et al., 2010	TCC vs relaxation + psychoéd.	Combinées	0.807	0.234	0.055	0.349	1.265	3.456	0.001
Solanto et al., 2010	Thérapie métacognitive vs support	Combinées	0.640	0.228	0.052	0.193	1.088	2.805	0.005
Virta et al., 2010	TCC vs contrôle	Combinées	0.570	0.451	0.204	-0.315	1.455	1.263	0.207
Weiss et al., 2012	TCC + placebo vs TCC + md..	ADHD-RS Inv.	0.589	0.288	0.083	0.025	1.153	2.046	0.041
Braham et al., 2009	TCC + md. vs md..	Test sur les connaissances sur le TDAH	1.108	0.241	0.058	0.635	1.581	4.590	0.000
Emilsson et al., 2011	TCC + md. vs TAU + md..	The Barkley ADHD Current Symptoms	1.309	0.366	0.134	0.592	2.025	3.580	0.000
Stevenson et al., 2002	Remédiation cognitive vs liste d'attente	Combinées	1.740	0.357	0.128	1.040	2.440	4.870	0.000
Stevenson, et al., 2003	Interv. psychosociale vs liste d'attente	Combinées	1.733	0.400	0.160	0.950	2.517	4.335	0.000
Vidal et al., 2013	TCC vs psychoéducation	Combinées	0.354	0.349	0.122	-0.330	1.039	1.014	0.310
Safren et al., 2005	TCC + md. vs md.	Combinées	1.458	0.397	0.157	0.680	2.235	3.676	0.000
Petterson et al., 2014	iCBT-G vs iCBT-S	The Current Symptoms Scale	0.395	0.377	0.142	-0.344	1.135	1.048	0.295
			0.948	0.141	0.020	0.673	1.224	6.747	0.000

Statistiques pour chaque étude

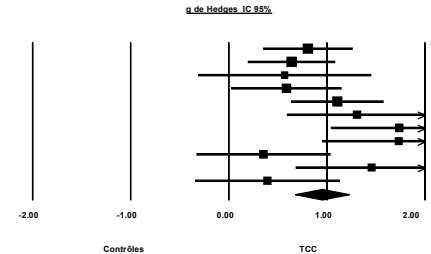


Figure 3

g de Hedges pour les symptômes du TDA/H lors du suivi

Auteurs	Comparaison	Mesures	Temps	Hedges's g	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value
Stevenson et al., 2002	Remédiation cognitive	Adult Organization Scale	Suivi de 2 mois	0.448	0.168	0.028	0.120	0.776	2.673	0.008
Stevenson et al., 2003	Intervention psychosociale	ADHD symptoms on 10-points scales	Suivi de 2 mois	0.232	0.182	0.033	-0.124	0.588	1.277	0.202
Safren et al., 2010	TCC vs relaxation + psychoéd.	ADHD Current Symptoms	Suivi de 12 mois	0.688	0.257	0.066	0.184	1.192	2.677	0.007
Weiss et al., 2012	TCC + placebo vs TCC + md.	ADHD-RS Inv.	Suivi de 20 sems.	0.151	0.282	0.080	-0.402	0.704	0.535	0.592
Emilsson et al., 2011	TCC + md. vs TAU + md.	The Barkley ADHD Current Symptoms	Suivi de 3 mois	0.000	0.345	0.119	-0.677	0.677	0.000	1.000
Petterson et al., 2014	iCBT-G vs iCBT-S	The Current Symptoms Scale	Suivi de 6 mois	0.003	0.373	0.139	-0.729	0.735	0.009	0.993
				0.323	0.096	0.009	0.136	0.511	3.380	0.001

Statistiques pour chaque étude

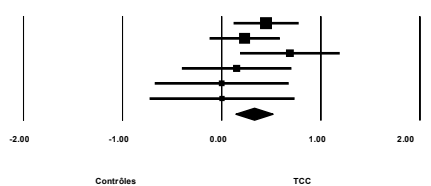


FIGURE 4

g de Hedges pour les symptômes anxieux lors du post-traitement

Auteurs	Comparaison	Mesures	Statistiques pour chaque étude						
			Hedges's g	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value
Solanto et al., 2010	Thérapie métacognitive vs support	Hamilton Anxiety Rating Scale	0.454	0.223	0.050	0.017	0.891	2.036	0.042
Emilsson et al., 2011	TCC + md. vs TAU + md.	BAI	0.466	0.335	0.112	-0.191	1.123	1.391	0.164
Vidal et al., 2013	TCC vs psychoéducation	STAI-S	0.006	0.345	0.119	-0.671	0.682	0.016	0.987
Safren et al., 2005	TCC + md. vs md.	Combinée	0.624	0.359	0.129	-0.079	1.328	1.739	0.082
Petterson et al., 2014	iCBT-G vs iCBT-S	BAI	0.292	0.376	0.141	-0.444	1.028	0.777	0.437
			0.387	0.138	0.019	0.116	0.659	2.801	0.005

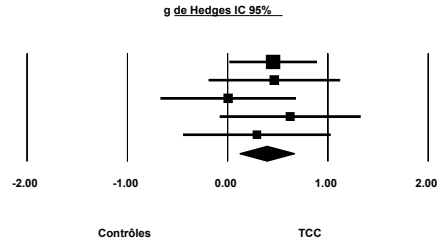
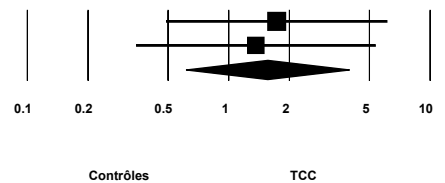


FIGURE 5

Rapports des cotes pour les symptômes anxieux lors du suivi

Auteur	Comparaison	Mesures	Temps	Statistiques pour chaque étude				
				Odds ratio	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value
Emilsson et al., 2011	TCC + md. vs TAU + md.	BAI	Suivi de 3 mois	1.732	0.488	6.147	0.850	0.395
Petterson et al., 2014	iCBT-G vs iCBT-S	BAI	Suivi de 6 mois	1.365	0.346	5.380	0.444	0.657
				1.552	0.612	3.936	0.926	0.354



Efficacité de la TCC sur les symptômes dépressifs

Les résultats démontrent une différence significative (RC = 1,78 ; 95 % ; IC = 1,18-2,70 ; z = 2,75 ; p < 0,01) entre la thérapie cognitive-comportementale et les groupes contrôles, suite au traitement, en lien avec les symptômes dépressifs. Le g de Hedges est de 0,30 (95 % ; IC = 0,08-0,52 ; z = 2,63 ; p < 0,01), ce qui se traduit par une petite différence. La TCC est donc associée à une amélioration significativement plus élevée des symptômes dépressifs que les autres conditions étudiées. La figure 6 représente les g de Hedges pour les symptômes dépressifs suite au traitement. Lors des suivis (de 3 à 6 mois), les résultats ne démontrent pas de différence significative entre la TCC et les autres groupes de comparaison quant aux symptômes dépressifs (RC = 1,37 ; 95 % ; 0,54-3,49 ; z = 0,67 ; p = 0,50). Ainsi, les participants ayant participé à la thérapie cognitive-comportementale n'ont pas acquis de bénéfices supérieurs aux autres groupes, entre le post-traitement et le suivi. La figure 7 démontre les rapports des cotes pour les symptômes dépressifs lors des suivis.

Discussion

Il s'agit, à notre connaissance, de la première méta-analyse portant sur l'efficacité de la TCC dans le traitement du TDA/H chez l'adulte. Les résultats démontrent que la TCC est associée à une amélioration importante et significative de l'inattention et de l'hyperactivité et qu'elle serait plus efficace que les autres types d'interventions évaluées (c.-à-d., thérapie du support, relaxation) et que le simple passage du temps quant à la diminution de ces symptômes. Elle permettrait également de bonifier l'effet de la médication (Bramham *et al.*, 2009). De plus, les données suggèrent que les participants ayant reçu la TCC continuent de s'améliorer suite au traitement (lors des suivis de deux mois à un an), ce qui n'est pas le cas des contrôles. Selon cette étude, la TCC s'est également révélée efficace quant à la diminution, bien que de moins grande ampleur, des symptômes comorbides au TDA/H, notamment l'anxiété et la dépression. En effet, suite à la TCC, les participants ont vu leurs symptômes anxieux et dépressifs significativement diminués. Ainsi, bien que le traitement ne ciblait pas spécifiquement ces manifestations, il a tout de même eu un impact significatif sur celles-ci. Toutefois, les sujets du groupe TCC ne se sont pas améliorés davantage entre le post-traitement et le suivi que les individus

FIGURE 6

g de Hedges pour les symptômes dépressifs lors du post-traitement

Auteur	Comparaison	Mesures	Hedges's g	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value
Solanto et al., 2010	Thérapie métacognitive vs support	BDI-II	0.067	0.220	0.048	-0.365	0.498	0.303	0.762
Virta et al., 2010	TCC vs contrôle	BDI-II	0.407	0.444	0.197	-0.463	1.277	0.917	0.359
Braham et al., 2009	TCC + md. vs md.	HADS	0.259	0.225	0.051	-0.183	0.700	1.147	0.251
Emilsson et al., 2011	TCC + md. vs TAU + md.	BDI-II	0.509	0.336	0.113	-0.149	1.168	1.515	0.130
Vidal et al., 2013	TCC vs psychoéducation	BDI-II	0.504	0.351	0.123	-0.184	1.192	1.435	0.151
Safren et al., 2005	TCC + md. vs	Combinées	0.569	0.358	0.128	-0.132	1.271	1.591	0.112
Petterson et al., 2014	iCBT-G vs iCBT-S	BDI-II	0.213	0.375	0.140	-0.521	0.947	0.568	0.570
			0.299	0.114	0.013	0.076	0.522	2.626	0.009

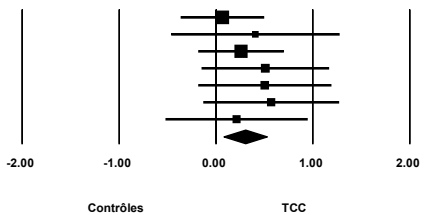
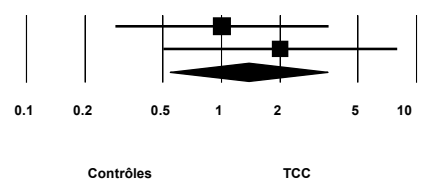


FIGURE 7

Rapports des cotes pour les symptômes dépressifs lors du suivi

Auteurs	Comparaison	Mesures	Temps	Odds ratio	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value
Emilsson et al., 2011	TCC + med. vs TAU + med.	BD-II	Suivi de 3 mois	1.006	0.285	3.543	0.009	0.993
Petterson et al., 2014	iCBT-G vs iCBT-S	BDI-II	Suivi de 6 mois	2.001	0.502	7.966	0.984	0.325
				1.374	0.542	3.485	0.669	0.503



des autres conditions. Il est donc raisonnable de penser que la thérapie cognitive-comportementale pour le TDA/H pourrait bénéficier de l'ajout de composantes visant précisément les symptômes anxieux et dépressifs afin de permettre le maintien des gains au long cours.

Limites

Tout d'abord, les tests ayant mesuré l'hétérogénéité entre les études ont fait ressortir que celle-ci excède ce qui est attendu par le hasard. Il peut donc exister des différences entre les recherches qui ne seraient pas uniquement attribuables à l'erreur d'échantillonnage. Ces résultats suggèrent la nécessité de réaliser davantage d'études contrôlées randomisées portant sur l'efficacité de la TCC dans le traitement du TDA/H. Également, les études recensées utilisent des instruments de mesure très variés rendant ainsi difficile la comparaison entre les résultats obtenus pour chaque étude. Néanmoins, les entrevues et questionnaires utilisés mesurent tous le même construit (les symptômes du TDA/H, l'anxiété et la dépression). De plus, les résultats demeurent significatifs indépendamment de l'instrument de mesure utilisé. Aussi, toutes les études répondant aux critères d'inclusion de cette recherche ont été incluses (peu importe leur qualité). Cela suggère la nécessité d'effectuer davantage d'études afin de pouvoir nuancer les résultats obtenus selon la qualité de ces dernières. En addition, la plupart des articles recensés sont constitués de petits échantillons, ce qui représente une limite quant à la généralisation des résultats (p. ex. Emilsson *et al.*, 2011 ; Hirvikoski *et al.*, 2011 ; Virta *et al.*, 2010). Qui plus est, dans plusieurs études, les symptômes sont mesurés exclusivement par des questionnaires autorapportés (Bramham *et al.*, 2009 ; Pettersson *et al.*, 2014 ; Stevenson *et al.*, 2002 ; Stevenson *et al.*, 2003). Il serait pertinent d'ajouter des sources d'informations complémentaires (p. ex. une évaluation faite par un clinicien, des questionnaires administrés aux proches) afin d'avoir une idée plus juste et complète que possible des symptômes et du fonctionnement des participants. De surcroît, différentes variables (c.-à-d., le quotient intellectuel, l'âge, le sexe), pouvant jouer un rôle quant à l'efficacité du traitement, ne sont pas prises en compte dans la majorité des études (p. ex. Bramham *et al.*, 2009 ; Safren *et al.*, 2005). De plus, bien que le fait d'avoir une médication stabilisée soit un critère d'inclusion pour toutes les études incluses dans cette méta-analyse, Bramham *et al.* (2009) mentionnent qu'il est possible que les participants de leur recherche aient modifié leur médi-

cation au cours de cette dernière. Finalement, plusieurs des recherches incluses dans cette méta-analyse ne comprenaient pas de suivis au long cours (p. ex. Bramham *et al.*, 2009 ; Safren *et al.*, 2005 ; Solanto *et al.*, 2010 ; Virta *et al.*, 2010). Ainsi, sans ces derniers, il est difficile de se prononcer sur la stabilité des changements et le maintien des progrès dans le temps. Ces limites devraient donc être adressées dans de futures études.

Pistes pour le futur

À l'égard de la disparité entre les programmes de traitement recensés dans cette recherche, il est nécessaire de réaliser des études conçues pour départager les composantes les plus efficaces de l'intervention (durée, contenu, techniques privilégiées, etc.). Cela pourrait venir approfondir la compréhension des mécanismes d'action de la TCC et préciser les paramètres qui sont à favoriser dans ce traitement. De plus, les études incluses dans cette méta-analyse évaluent majoritairement la TCC en format de groupe. Il serait alors intéressant de comparer l'efficacité de cette forme de thérapie, dans le traitement du TDA/H chez l'adulte, à son format administré individuellement. Cela pourrait être utile afin d'examiner si les forces propres à la thérapie de groupe (p. ex. la cohésion, le sentiment d'appartenance, l'entraide, etc.) apportent quelque chose de plus que les interventions individuelles. Finalement, en raison du faible taux de consultation de la part des individus souffrant du TDA/H (Kessler *et al.*, 2006), il serait important que des études se penchent sur l'observance au traitement et tentent de comprendre comment favoriser la réceptivité des clients souffrant de TDA/H aux interventions offertes.

Conclusion

Pour conclure, la thérapie cognitive-comportementale semble constituer un traitement efficace, à court terme, dans la réduction des symptômes associés au TDA/H, des manifestations anxieuses et de la symptomatologie dépressive chez une population adulte. Toutefois, bien que les améliorations des symptômes du TDA/H soient maintenues dans le temps, les progrès reliés aux troubles comorbides ne sont pas conservés.

RÉFÉRENCES

Adler, L. A., Spencer, T. & Biederman, J. (2003). *Adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale-AISRS.* Boston : Massachusetts General Hospital and New York : New York School of Medicine.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (5e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 10-15. doi : 10.1177/1087054714539998

Barkley, R. A. & Murphy, K. R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A Clinical Workbook, Vol.2.* New York, NY : The Guilford Press.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety : Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 893-897. Récupéré du site de la revue : http:/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3204199

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1994). *BDI-II, Beck Depression Inventory : Manual* (2e éd.). Boston, MA : Harcourt Brace.

Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J. & Rothstein, H. R. (2007). *Comprehensive Meta Analysis Version 2*. Englewoord, NJ : Biostat.

Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J. & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to Meta-Analysis.*West Sussex, UK : Wiley et Sons Ltd.

Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D. & McCartan, D. (2009). Evaluation of Group Cognitive Behavioral Therapy for Adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 12*(5), 434-441. doi : 10.1177/1087054708314596

Chandler, M. L. (2013). Psychotherapy for adult attention deficit/hyperactivity disorder : a comparison with cognitive behaviour therapy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20,* 814-820. doi : 10.1586/ern.12.91

Cooper, H., Hedges, L. V. & Valentine, J. C. (2009). *The Handbook of Research Synthesis and Meta-Analysis.* West Sussex, UK : Wiley et Sons Ltd.

Deeks, J. J. (2002). Issues in the selection of a summary statistic for meta-analysis of clinical trials with binary outcomes. *Statistics in Medicine, 21,* 1575-1600. Récupéré du site de la revue : http://dx.doi.org/10.1002/sim.1188

Emilsson, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, J. F., Baldursson, G., Einarsson, E., Olafsdottir, H. & Young, S. (2011). Cognitive behaviour therapy in medication treated adults with ADHD and persistent symptoms : A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 11*(116), 1-10. doi : 10.1186/1471-244X-11-116

Epstein, J. N., Johnson, D. E. & Conners, C. K. (2001). *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV.* North Tonawanda, NY : Multi-Health Systems.

Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., … Nordström, A. L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with

ADHD after structured skills training group : results of a randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy, 49,* 175-185. doi : 10.1016/j.brat.2011.01.001

Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R. A., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O. & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States : Results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry, 163*, 716-723. doi : 10.1176/appi.ajp.163.4.716

Kessler, R. C., Green, J. G., Adler, L. A., Barkley, R. A., Chatterji, S., Faraone, S. V., … Van Brunt, D. L. (2010). Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder : Analysis of expanded diagnostic criteria from the adult ADHD clinical diagnostic scale. *Archives of General Psychiatry, 67,* 1168-1178. doi : 10.1001/archgen psychiatry.2010.146

Knouse, L. E. Safren S.A. (2010). Current status of cognitive behavior therapy for adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America 33,* 497-509. doi : 10.1016/j.psc.2010.04.001

Lussier, I. & Stip, E. (2001). Memory and attention deficits in drug naive patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 48*(1), 45-55. doi : 10.1016/S0920-9964(00)0010 2-X

Mariani, J. J. & Levin, F. R. (2007). Treatment Straetgies for Co-Occuring ADHD and Substance Use Disorders. *The American Journal on Addictions, 16*(1), 45-46. doi : 10.10 80/105504 90601082783

Mongia, M. & Hechtman, L. (2012). Cognitive Behavior Therapy for Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : A Review of Recent Randomized Controlled Trials. *Current Psychiatry Reports, 14,* 561-567. doi : 10.1007/s11920-012-0303-x

Ostrander, R. & Herman, K. C. (2006). Potential Cognitive, Parenting, and Developmental Mediators of the Relationship Between ADHD and Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 89-98. doi : 10.1037/0022-006X.74.1.89

Pettersson, R., Söderström, S., Edlund-Söderström, K. & Nilsson, K.W. (2014). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD in Outpatient Psychiatric Care : A Randomized Trial. *Journal of Attention Disorders,* 1-14. doi : 10.1177/10870547145399 98

Ramsay, J. R. (2012). ''Without a Net'' : CBT Without Medications for an Adult With ADHD. *Clinical Case Studies, 11*(1). 48-65. doi : 10.1177/1534650112440741

Ramsay, J. R. & Rostain, A. L. (2003). A cognitive therapy approach for adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly, 17,* 319-334. Récupéré du site de la revue : http://dx.doi.org/10.1891/jcop.17.4.319.52537

Riley, R. D., Higgins, J. P. & Deeks, J. J. (2011). Interpretation of random effects meta-analyses. *British Medical Journal, 342,* d549. Récupéré du site de la revue : http://dx.doi.org/10.11 36/bmj.d549

Rosenthal, R. (1979). The File Drawer Problem and Tolerance for Null Results. *Psychological Bulletin, 86,* 638-641. Récupéré du site de la revue : http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.86.3.638

Rostain, A. L. & Ramsay, J. R. (2006). A combined treatment approach for adults with ADHD- results of an open study of 43 patients. *Journal of Attention Disorders, 10*(2), 150-159. doi : 10.1177/1087054706288110

Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E. & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 831-842. doi : 10.1016/j.brat.2004.07.0 01

Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M. & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication treated adults with ADHD and persistent symptoms : a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association, 304*, 875-880. doi : 10.1001/jama.2010.1192

Schatz, D. B. & Rostain, A. L. (2006). ADHD With Comorbid Anxiety : A review of the Current Literature. *Journal of Attention Disorders, 10*(2), 141-149. doi : 10.1177/1087054 706286698

Solanto, M.V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J.M. & Kofman, M. D. (2010). Efficacy of Meta-Cognitive Therapy for Adult ADHD. *American Journal of Psychiatry, 167,* 958-968. doi : 10.1176/appi.ajp.2009.09081123

Stevenson, C. S., Stevenson, R. J. & Whitmont, S. (2003). A Self-directed Psychosocial Intervention with Minimal Therapist Contact for Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10,* 93-101. doi : 10.10 02/cpp.356

Stevenson, C. S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D. & 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. doi : 10.1046/j.1440-1614.2002.01052.x

Vidal, R., Bosch, R., Nogueira, M., Gómez-Barros, N., Valero, S., Palomar, G., … Ramos-Quiroga, J. A. (2013). Psychoeducation for Adults With Attention deficit Hyperactivity Disorder vs. Cognitive Behavioral Group Therapy : A Randomized Controlled Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(10). 894-900. doi : 10.1097/NM D.0b013e3182a5c2c5

Virta, M., Salakari, A., Antila, M., Chydenius, E., Partinen, M., Kaski, M., Vataja, R., … Livanainen, M. (2010). Short cognitive behavioral therapy and cognitive training for adults with ADHD- a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 6,* 443-453. Récupéré du site de la revue : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ articles/PMC2938293/

Wang, P. S., Beck, A., Berglund, P., Leutzinger, J. A., Pronk, N., Richling, D., … Kessler, R. C (2003). Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. *Journal of Occupational and Environmental Medicine 45,* 1303-1311. doi : 10.1097/01.jom.0000100200.90573.df

Weiss, M., Murray, C., Wasdell, M., Greenfiled, B., Giles, L. & Hechtman, L. (2012). A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry, 12*(30), 1-8. doi : 10.1186/1471-244X-12-30

Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, M., Prince, J. & Spencer, T. J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine, 53*, 113-131. doi : 10.1146/annurev.med.53.082901.103945

Young, S., Wells, J. & Gudjonsson G.H. (2011). Predictors of offending among prisoners. The role of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and substance use. *Journal of Psychopharmacology, 25*(11), 1524-1532. doi : 10.1177/0269881110370502