


ÉTAT DES CONNAISSANCES

Évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)



Évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées

Rédigé par

Joëlle Brassard

Avec la collaboration de

Brigitte Moreault

Carole-Line Nadeau

Coordination scientifique

Micheline Lapalme

Sous la direction de

Anne Lauzon

Sylvie Desmarais



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* du site Web de l'INESSS.

Membres de l'équipe projet

Auteure principale

Joëlle Brassard, M. Sc.

Collaboratrices internes

Brigitte Moreault, M. Sc.,

Carole-Line Nadeau, M.A.

Coordonnatrice scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D.

Directrice

Anne Lauzon, M. Sc. (jusqu'à décembre 2017)

Sylvie Desmarais, M. Sc.

Repérage d'information scientifique et soutien documentaire

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Soutien administratif

Jocelyne Bleau

Équipe de l'édition

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M. A.

Avec la collaboration de

Micheline Lampron, révision linguistique

Mark Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-80672-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2018

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées. Rapport rédigé par Joëlle Brassard. Québec, Qc : INESSS; 2018. 87 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Lecteurs externes

Le recours à des lecteurs externes est une stratégie utilisée par l'INESSS pour assurer la qualité de ses travaux. Ces derniers valident les aspects méthodologiques de l'évaluation de même que l'exactitude du contenu, en fonction de leur domaine d'expertise propre.

Pour le contenu de cette revue systématique et de l'Avis sur le TDAH, les lecteurs externes sont :

D^r Simon-Pierre Proulx, médecin de famille

M^{me} Isabelle Simard, directrice des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Jean-François Giguère, conseiller-cadre en psychologie, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Comité de travail (revue systématique et AVIS)

M. Alain Aubuchon, directeur de la vie étudiante – Cegep de Saint-Jérôme et président du Réseau intercollégial des intervenants psychosociaux (RIIPSO)

M^{me} Caroline Benoît, directrice adjointe – Direction jeunesse, CISSS Montérégie-Centre

M^{me} Johanne Blouin, Direction de l'adaptation scolaire, MEES

M. Frédéric Boisrond, président, Regroupement des associations PANDA

M^{me} Josée Boudreault, T.S., spécialiste en activités cliniques, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Louise Bourassa, Ph. D., conseillère-cadre, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Anne-Louise Brassard, conseillère de santé mentale jeunesse, Direction santé mentale, MSSS

D^r Michel Brouillet, médecin de famille, GMF des Grandes-Fourches

D^{re} Nathalie Cérat, pédopsychiatre, CISSS Montérégie-Centre

M. Louis Delaquis, coordonnateur clinico-administratif des services intégrés de 1^{re} et 2^e ligne, services spécialisés pour les enfants et les adolescents, CISSS Montréal-Nord

M^{me} Marie-Ève Despa, infirmière clinicienne, CHU Sainte-Justine

D^r Martin Gignac, psychiatre, professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

M^{me} Marie-Claude Guay, Ph. D., professeur, Département de psychologie, UQAM

M^{me} Sylvie Lepage, chef de service – Direction jeunesse, CISSS de Lanaudière

D^r Alain Lesage, psychiatre, professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université de Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Julie Lessard, ps. éd., Ph. D., professeure agrégée, Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval

M^{me} Line Massé, Ph. D., professeure titulaire, Département de psychoéducation, UQTR

M^{me} Danielle Nadeau, LL.B., Ph. D., professeure associée, École de psychologie et de service social, Université Laval, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^r Pierre-Claude Poulin, pédiatre, CISSS Chaudière-Appalaches

D^{re} Annick Vincent, psychiatre, Clinique FOCUS, professeur de clinique, département de psychiatrie et des neurosciences, Université Laval

M^{me} Martine Verreault, M.Ps., Ph. D., psychologue, «Jeunes ÊTRE» Clinique de psychologie

Contributions des ordres professionnels (revue systématique et Avis sur le TDAH)

Outre les lecteurs externes, l'Institut tient à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la réalisation de cette revue systématique et de l'Avis sur le TDAH en fournissant soutien, information et conseils clés :

D^r Jean-Bernard Trudeau, Collège des médecins du Québec

M^{me} Caroline Roy, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

M^{me} Nathalie Girouard, Ph. D., Ordre des psychologues du Québec

M^{me} Catherine De Lanux, Ps. éd., Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

M^{me} Geneviève Cloutier, Ph. D., Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

Déclaration d'intérêts

Les auteurs de cet avis déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de cet avis.

Les membres du comité de travail qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

D^r Michel Brouillet a reçu des honoraires à titre de conférencier en 2015 et 2016 pour les compagnies pharmaceutiques Jansen-ortho et Shire.

M^{me} Marie-Claude Guay a reçu des honoraires à titre de conférencière pour les compagnies pharmaceutiques Purdue et Shire.

M^{me} Line Massé reçoit des droits d'auteur à titre d'auteur d'un programme d'intervention parentale en lien avec le TDAH, d'un programme d'autorégulation pour les enfants impulsifs et de deux programmes d'habiletés sociales.

D^{re} Annick Vincent a reçu des honoraires à titre de conférencière sur le TDAH et de consultante-expert des compagnies pharmaceutiques Shire, Purdue et Janssen. D^{re} Vincent reçoit également des droits d'auteur à titre d'auteure des livres mon cerveau a besoin de lunettes et mon cerveau a encore besoin de lunettes.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du dossier.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	I
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	IV
GLOSSAIRE	VIII
INTRODUCTION.....	1
1. MÉTHODOLOGIE	4
1.1 Stratégie de recherche et sélection de la littérature scientifique.....	4
1.2 Évaluation de la qualité méthodologique des études.....	4
1.3 Méthode utilisée pour l'évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales	6
1.4 Extraction et traitement des données.....	6
1.5 Analyses statistiques	7
1.6 Processus d'appréciation de la preuve scientifique.....	8
1.7 Processus de formulation des recommandations.....	9
2. RÉSULTATS DES ANALYSES SUR L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES	10
2.1 Premier niveau d'analyse - Synthèse des résultats basés sur les revues systématiques et méta-analyses retenues.....	10
2.3 Résultats sur l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants d'âge préscolaire (5 ans et moins)	15
2.3.1 Énoncé de preuve E1 sur l'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour améliorer les compétences des parents	18
2.3.2 Énoncé de preuve E2 sur l'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour réduire les manifestations associées au TDAH.....	18
2.3.3 Énoncé de preuve E3 sur l'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour réduire les comportements d'opposition.....	19
2.3.4 Énoncé de preuve E4 sur l'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour réduire les problèmes extériorisés.....	19
2.4 Résultats sur l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants d'âge scolaire de niveau primaire (6 à 12 ans) ayant un diagnostic de TDAH	20
2.4.1 Énoncé de preuve E5 sur l'efficacité des interventions comportementales et les mesures de différenciation pédagogique effectuées en classe pour réduire les manifestations du TDAH	23
2.4.2 Énoncé de preuve E6 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale effectuées en milieu clinique pour réduire les manifestations du TDAH	24
2.4.3 Énoncé de preuve E7 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale pour réduire les symptômes d'inattention.....	24
2.4.4 Énoncé de preuve E8 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation comportementale pour améliorer les compétences de planification et d'organisation	25

2.4.5	Énoncé de preuve E9 sur l'efficacité des interventions brèves orientées vers les solutions pour réduire les problèmes extériorisés	25
2.4.6	Efficacité des interventions de type neurofeedback	26
2.5	Résultats de l'analyse sur l'efficacité des interventions psychosociales pour les jeunes de niveau scolaire secondaire (13 à 17 ans).....	27
2.5.1	Énoncé de preuve E10 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale et les mesures de différenciation pédagogique effectuées en classe pour réduire les manifestations du TDAH	29
2.5.2	Énoncé de preuve E11 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale pour réduire les symptômes d'inattention.....	30
2.5.3	Énoncé de preuve E12 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation comportementale pour améliorer les compétences de planification et d'organisation	30
2.5.4	Énoncé de preuve E13 sur l'efficacité des interventions brèves orientées vers les solutions pour réduire les problèmes intériorisés et extériorisés	31
2.6	Résultats sur l'efficacité des interventions psychosociales pour les jeunes adultes (18 à 25 ans)	31
3.	DISCUSSION.....	33
3.1	Programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents d'enfants d'âge préscolaire avec un TDAH ou des difficultés apparentées.....	33
3.2	Interventions psychosociales efficaces pour les enfants d'âge scolaire ayant un diagnostic de TDAH ou des difficultés apparentées	35
3.3	Interventions psychosociales efficaces pour les adolescents ayant un diagnostic de TDAH ou des difficultés apparentées	37
3.4	Forces et limites de la revue systématique sur l'efficacité des interventions psychosociales ..	39
	CONCLUSION.....	42
	RÉFÉRENCES.....	43
	ANNEXE A STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	48
	ANNEXE B DIAGRAMME DE FLUX	55
	ANNEXE C RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES ÉTUDES	56
	ANNEXE D LISTE ET CARACTÉRISTIQUES DES REVUES SYSTÉMATIQUES ET MÉTA-ANALYSES.....	58
	ANNEXE E CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES INCLUSES POUR CHACUN DES ÉNONCÉS DE PREUVE SCIENTIFIQUE SELON LE GROUPE D'ÂGE	71
	Enfants de 5 ans et moins	71
	Enfants de 6 à 12 ans	75
	Adolescents de 13 à 17 ans.....	82
	ANNEXE F SYSTÈME DE GRADATION DE LA PREUVE	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères de sélection des documents portant sur l'efficacité des interventions psychosociales.....	5
Tableau 2 : Répartition des sujets des études selon les groupes d'âge et les critères d'inclusion dans les revues systématiques.....	14
Tableau 3 : Énoncés de preuve scientifique E1 à E4.....	16
Tableau 4 : Caractéristiques des études incluses dans l'évaluation de la preuve scientifique pour les enfants de 5 ans et moins	17
Tableau 5 : Attribution des niveaux de preuve scientifique des énoncés relatifs aux enfants de 5 ans et moins.....	18
Tableau 6 : Énoncés de preuve scientifique E5 à E9.....	20
Tableau 7 : Caractéristiques des études incluses dans l'évaluation de la preuve scientifique pour les enfants de 6 à 12 ans.....	22
Tableau 8 : Attribution des niveaux de preuve scientifique des énoncés relatifs aux enfants de 6 à 12 ans	23
Tableau 9 : Énoncés de preuve scientifique E10 à E13.....	27
Tableau 10 : Caractéristiques des études incluses dans l'évaluation de la preuve scientifique pour les adolescents de 13 à 17 ans	28
Tableau 11 : Attribution des niveaux de preuve scientifique des énoncés relatifs aux adolescents de 13 à 17 ans	29

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre d'analyse	3
----------------------------------	---

RÉSUMÉ

Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental dont les premiers symptômes se manifestent très tôt dans la petite enfance. Il se caractérise par un degré d'activité élevé, de l'inattention et de l'impulsivité qui entraînent des difficultés de fonctionnement dans les activités quotidiennes de l'enfant pouvant persister tout au long de la vie adulte. À ce jour, l'approche thérapeutique nord-américaine recommande, pour les jeunes d'âge scolaire ayant un TDAH, des interventions multimodales, en considérant la pharmacothérapie en première intention combinée à des interventions psychosociales.

La présente revue systématique vise à évaluer, à l'aide d'une méthode mixte, l'efficacité des interventions psychosociales en fonction des groupes d'âge et des difficultés présentées par les jeunes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées. Il est à noter que cette revue a été réalisée dans le cadre de l'« Avis sur une trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées », produit par la Direction des services sociaux de l'INESSS en collaboration avec la Direction du médicament.

Méthodologie

Une revue des revues systématiques et des méta-analyses a été effectuée afin d'évaluer l'efficacité des interventions psychosociales chez les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées. Le repérage de la littérature scientifique a été fait dans les bases de données *PubMed*, *Ovid*, *PsyInfo*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* et *ProQuest*, et la recherche a été limitée aux documents de langue française et anglaise publiés entre 2006 et 2017. Les études ont été retenues si elles portaient sur des enfants, adolescents ou jeunes adultes avec un diagnostic de TDAH établi à l'aide de critères reconnus (DSM ou CIM) ou des symptômes du TDAH requérant une attention clinique selon une échelle standardisée. Les études réalisées auprès de jeunes présentant des problèmes ou des troubles de comportement, ou encore des problèmes intériorisés ou extériorisés ont également été retenues.

Les interventions psychosociales ciblées devaient, quant à elles, viser à réduire les symptômes du TDAH et difficultés apparentées, ou à améliorer le fonctionnement social, scolaire ou familial des jeunes. Leur efficacité a été évaluée à partir des études primaires incluses dans les revues systématiques et méta-analyses retenues. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (version 24) et d'une méthode mixte.

Résultats

La stratégie documentaire a permis de relever 26 revues systématiques et méta-analyses totalisant 198 études primaires répondant à nos critères de sélection. L'analyse des données a été effectuée en tenant compte du groupe d'âge et du statut clinique des jeunes (diagnostic ou symptômes de TDAH, problèmes ou troubles de comportement et problèmes intériorisés ou extériorisés). Ces analyses ont permis de dégager 13 énoncés de preuve scientifique sur l'efficacité des interventions psychosociales pour agir auprès des enfants et adolescents présentant un TDAH ou des difficultés apparentées. Par contre, aucun énoncé de preuve

scientifique n'a pu être dégagé sur la base des résultats obtenus auprès de jeunes adultes ayant un TDAH.

Les résultats indiquent que les interventions ciblant les habiletés parentales améliorent les compétences des parents d'enfants d'âge préscolaire présentant des problèmes ou des troubles de comportement (niveau de preuve élevé). Ces interventions, souvent intégrées au sein de programmes formalisés, permettent également de réduire les manifestations du TDAH, les comportements d'opposition et autres problèmes extériorisés chez les enfants d'âge préscolaire présentant des problèmes ou des troubles de comportement (niveau de preuve élevé).

En ce qui concerne les enfants d'âge scolaire de niveau primaire, les résultats révèlent que les interventions comportementales effectuées en classe ainsi que les mesures de différenciation pédagogique permettent de réduire efficacement les manifestations du TDAH chez les enfants avec un diagnostic établi de TDAH (niveau de preuve élevé). D'autres types d'interventions, tels que l'autorégulation émotionnelle et comportementale, réalisés en milieu scolaire ou clinique, se sont également avérés efficaces pour réduire les manifestations du TDAH et les symptômes d'inattention chez ces enfants (niveau de preuve modéré). Les résultats indiquent par ailleurs que l'autorégulation comportementale améliore les compétences de planification et d'organisation du travail scolaire chez les enfants de même niveau scolaire (niveau de preuve élevé). Les interventions brèves orientées vers les solutions (*Solution focus*), plus particulièrement celles administrées en format individuel, se sont quant à elles montrées efficaces pour réduire les problèmes extériorisés chez les enfants de niveau primaire présentant ce type de problèmes (niveau de preuve élevé).

Enfin, les résultats indiquent que chez les adolescents avec un diagnostic établi de TDAH, l'autorégulation émotionnelle et comportementale ainsi que les mesures de différenciation pédagogique réduisent les manifestations du TDAH et les symptômes d'inattention, et elles améliorent les compétences de planification et d'organisation du travail scolaire (niveau de preuve modéré). Les résultats obtenus dans ce groupe d'âge révèlent également que les interventions brèves orientées vers les solutions (*Solution focus*), plus particulièrement celles administrées en format individuel, permettent de réduire les problèmes intériorisés et extériorisés chez les adolescents présentant ces types de problèmes (niveau de preuve modéré).

Discussion

La méthode mixte utilisée ici a permis de regrouper les études de manière à obtenir des sous-populations beaucoup plus homogènes; d'analyser simultanément des données quantitatives et qualitatives; et d'agréger ensemble les effets des interventions estimés à l'aide de différents instruments de mesure et différentes statistiques. Enfin, cette méthode a permis d'analyser un grand nombre d'études, ce qui a contribué à obtenir un niveau de confiance plus élevé dans les résultats. Mentionnons de plus que la triangulation des données scientifiques dégagées dans la présente revue, avec les données contextuelles et expérientielles recueillies dans le cadre de « l'Avis sur une trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées », a permis à l'INESSS d'émettre cinq recommandations sur les interventions psychosociales à privilégier auprès de cette clientèle.

La principale limite de la revue réside dans le fait que l'extraction des résultats des études primaires est basée uniquement sur les données rapportées dans les revues systématiques et méta-analyses. Cela a réduit considérablement le degré de détail sur la nature des interventions psychosociales examinées dans ces études. L'hétérogénéité de la population ciblée au regard du sous-type diagnostique et de la sévérité du TDAH de même que le manque d'information sur le nombre de jeunes médicamenteux pour le TDAH peuvent également avoir eu une incidence sur la validité des résultats obtenus.

Conclusion

Le TDAH et les difficultés apparentées affectent de façon importante le quotidien des jeunes qui en souffrent et celui de leur famille. Les résultats obtenus mettent en lumière l'importance d'offrir des interventions adaptées au groupe d'âge et aux problèmes présentés par ces jeunes. Ils appellent également à intervenir de façon précoce auprès des parents et des jeunes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées, afin de prévenir une détérioration éventuelle du fonctionnement familial, social et scolaire.

SUMMARY

Evaluation of the efficacy of psychosocial interventions for children, adolescents and young adults with attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD) or related problems

Attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD) is a neurodevelopmental disorder whose first symptoms appear very early in early childhood. It is characterized by a high level of activity, inattention and impulsiveness, which lead to functional difficulties in the child's daily activities, which can persist throughout adulthood. Currently, the North American approach recommends, for school-age children with ADHD, multimodal interventions, with pharmacotherapy to be considered on a first-line basis in combination with psychosocial interventions.

This systematic review is aimed at evaluating, using a mixed method, the efficacy of psychosocial interventions according to the age group and the issues presented by young persons with ADHD or related problems. It should be noted that this review was carried out as part of the "Avis sur une trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées", which was produced by INESSS's Direction des services sociaux in collaboration with the Direction du médicament.

Methodology

A review of systematic reviews and meta-analyses was carried out to evaluate the efficacy of psychosocial interventions in children, adolescents and young adults with ADHD or related problems. The literature search was conducted in the following databases, with the search limited to items in French or English published between 2006 and 2017: PubMed, Ovid, PsylInfo, Cochrane Database of Systematic Reviews and ProQuest. Studies were selected if they concerned children, adolescents or young adults with a diagnosis of ADHD based on recognized criteria (DSM or ICD) or with symptoms of ADHD requiring clinical attention, based on a standardized scale. Studies involving young persons with behavioural problems or disorders or with interiorized or exteriorized problems were selected as well.

The psychosocial interventions of interest had to be aimed at reducing the symptoms of ADHD or related problems in young persons or at improving their social, school or family functioning. The efficacy of these interventions was evaluated from the primary studies included in the systematic reviews and meta-analyses selected. The analyses were performed using SPSS software (version 24) and a mixed method.

Results

The search strategy identified 26 systematic reviews and meta-analyses involving a total of 198 primary studies that met our selection criteria. The data analysis was performed taking into account the young persons' age group and clinical status (diagnosis or symptoms of ADHD, behavioural problems or disorders, and interiorized or exteriorized problems). These analyses led to 13 statements of scientific evidence regarding the efficacy of psychosocial interventions in

children and adolescents with ADHD or related problems. However, no statement of scientific evidence could be made on the basis of the results obtained for young adults with ADHD.

The results indicate that interventions targeting parenting skills improve those of parents of preschool-age children with behavioural problems or disorders (high level of evidence). These interventions, often incorporated into formalized programs, also reduce the manifestations of ADHD, oppositional behaviours and other exteriorized problems in preschool-age children with behavioural problems or disorders (high level of evidence).

As for primary school-age children, the results show that both behavioural interventions carried out in class and pedagogical differentiation measures effectively reduce the manifestations of ADHD in those with an established diagnosis of ADHD (high level of evidence). Other types of intervention, such as emotional and behavioural self-control, which are carried out in school or at a clinic, were also found to be effective in reducing the manifestations of ADHD and symptoms of inattention in these children (moderate level of evidence). The results further indicate that behavioural self-control improves schoolwork planning and organizational skills in primary school-age children (high level of evidence). Solution-focused brief interventions, specifically, those administered on an individual basis, were determined to be effective in reducing exteriorized problems in primary school children with this type of problem (high level of evidence).

Lastly, the results indicate that emotional and behavioural self-control and pedagogical differentiation measures reduce the manifestations of ADHD and the symptoms of inattention in adolescents with an established diagnosis of ADHD, and they improve their schoolwork planning and organizational skills (moderate level of evidence). The results obtained for this age group also show that solution-focused brief interventions, specifically, those administered on an individual basis, reduce interiorized and exteriorized problems in adolescents with these types of problems (moderate level of evidence).

Discussion

The mixed method employed in this systematic review made it possible to group studies together in such a manner as to obtain much more homogeneous subpopulations, to analyze quantitative and qualitative data simultaneously, and to aggregate the effects of interventions estimated with different measurement instruments and different statistics. It also made it possible to analyze a large number of studies, which contributed to a higher level of confidence in the results. It will also be noted that the triangulation of the scientific data collected for this review, together with the contextual and experiential data gathered for the purposes of the “Avis sur une trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées”, enabled INESSS to make five recommendations regarding the psychosocial interventions to be preferred for this clientele.

The main limitation of this review is that the extraction of results from the primary studies was based solely on the data reported in the systematic reviews and meta-analyses. This reduced considerably the degree of detail regarding the nature of the psychosocial interventions examined in those studies. The heterogeneity of the population of interest in terms of the

diagnostic subtype and the severity of ADHD, and the lack of data on the number of young persons treated pharmacologically for ADHD may also have had an impact on the validity of the results obtained.

Conclusion

ADHD and related problems have a significant impact on the daily lives both of the young persons affected and their families. The results of this systematic review underscore the importance of offering interventions adapted to the age group and the problem. Furthermore, the results call for early intervention with the parents and young persons with ADHD or related problems to prevent a possible deterioration in family, social and school functioning.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAP	American Academy of Pediatrics
APA	American Psychiatric Association
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews
B-DHI	Buss-Durke Hostility Inventory
CADDRA	Canadian ADHD Resource Alliance
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
DSM 5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ^e édition
DSS	Direction des services sociaux
ECBI	Eyberg Child Behavior Inventory
ECR	Essai clinique randomisé
ETMISSS	Évaluation des technologies et modes d'interventions en santé et services sociaux
G-I-N	Guidelines International Network
HAS	Haute Autorité de Santé
HOPS	Homework, Organization and Planning Skills
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
JCCAP	Journal of Clinical and Adolescent Psychology
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MEESR	Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NGC	National Guideline Clearinghouse
NHMRC	National Health and Medical Research Council
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RS	Revue systématique
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TDAH	Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

GLOSSAIRE

Approche multimodale

« Une approche multimodale est une approche qui prévoit diverses mesures de soutien selon la situation » [Ministère de l'Éducation et MSSS, 2003].

Différenciation pédagogique

La différenciation pédagogique est une réponse aux besoins spécifiques de l'élève, qui conduit à une différenciation dans les tâches respectant les capacités de l'élève, et qui permet une flexibilité dans l'enseignement de même qu'une évaluation et des ajustements continus.

Difficultés apparentées au TDAH

Difficultés pouvant être associées aux symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité du TDAH, mais qui pourraient aussi être associées à d'autres problèmes ou troubles de l'enfance, tels que les troubles de comportement oppositionnels ou autres problèmes ou troubles extériorisés.

Entraînement à la régulation émotionnelle et comportementale

Interventions visant le développement de l'autocontrôle, la résolution de problèmes, la gestion du temps, l'organisation du travail ou du matériel, la régulation des comportements, l'autoapprentissage et l'autosurveillance.

Intervenant

L'intervenant correspond à la personne qui intervient au cours d'un processus de soins et services. Pour les fins du présent document, l'intervenant sera défini comme toute personne du réseau de la santé et des services sociaux, des services de garde éducatifs à l'enfance, du secteur de l'éducation, du secteur communautaire et du secteur privé qui intervient auprès du jeune ou de ses proches.

Intervention brève orientée vers les solutions

Intervention qui met l'accent sur le moment présent et qui vise à créer une solution ou à considérer la solution comme déjà présente et à travailler à la construction de celle-ci.

Intervention comportementale

Les interventions comportementales préventives ou proactives visent à agir sur le contexte ou les événements précédant un comportement cible (ex. : être attentif à la tâche), afin de prévenir l'apparition d'un comportement inapproprié (ex. : être distrait par le bruit) ou pour favoriser l'apparition du comportement désiré. Elles peuvent faire référence à des actions qui influencent ou modifient l'environnement d'apprentissage (ex. : l'aménagement de la classe, la planification de l'enseignement, les techniques d'enseignement et la gestion du temps). Elles peuvent aussi correspondre à des mesures incitatives qui encouragent l'adoption du comportement désiré ou, encore, qui empêchent l'apparition du comportement inapproprié (ex. : l'établissement de règles et d'attentes claires, les consignes données, la mise en place de routines, l'enseignement des comportements désirés et les techniques pour favoriser l'autorégulation).

Intervention psychosociale

Dans la littérature internationale consultée, le terme « intervention psychosociale » prend un sens différent selon les schèmes de référence théorique et les valeurs de la personne qui l'emploie. Afin de s'assurer d'une interprétation commune pour le lecteur, le terme utilisé dans ce document fait référence à une définition générale de l'intervention psychosociale proposée par l'INESSS : « L'intervention psychosociale est un processus mis en œuvre pour modifier une situation problématique chez une personne ou un groupe de personnes. Elle repose sur une évaluation rigoureuse menée par un(e) intervenant(e) afin de déterminer les services et le soutien appropriés. Les stratégies d'intervention proposées consistent à accompagner les personnes dans leur cheminement pour les aider à résoudre les difficultés ciblées. L'intervention psychosociale vise également à renforcer les capacités d'adaptation d'une personne ou d'un groupe et à modifier, si nécessaire, les facteurs environnementaux qui posent problème ».

Littérature scientifique

La notion de littérature scientifique désigne l'ensemble des publications scientifiques produites et utilisées, notamment par les chercheurs. Les publications scientifiques permettent de diffuser des informations scientifiques et techniques. On peut les distinguer selon leur origine (scolaire, recherche ou privée) ou selon le support ou type de parution :

- les revues scientifiques à comité de lecture;
- les comptes rendus de congrès scientifiques à comité de lecture;
- les ouvrages collectifs rassemblant des articles de revue ou de recherche autour d'un thème donné, coordonnés par un ou plusieurs chercheurs appelés éditeurs;
- les monographies sur un thème de recherche.

Les publications qui entrent dans l'une des catégories ci-dessus sont généralement celles considérées pour l'évaluation de la recherche scientifique et du rayonnement des chercheurs.

Littérature grise scientifique

Documents publiés pour un public restreint, en dehors des grands circuits de distribution, et difficilement repérables dans les bases de données courantes, tels que des présentations à des congrès, des évaluations de technologies de la santé réalisées par des hôpitaux, certains documents gouvernementaux, etc.

Remarque : La définition de la littérature grise ne fait pas l'unanimité, car la frontière qui la délimite est mouvante et évolue avec les nouveaux moyens technologiques.

Littérature grise non scientifique

La littérature grise non scientifique inclut l'information destinée au grand public (magazines, journaux, monographies, sites Web). On peut y trouver des données expérientielles provenant des cliniciens, des intervenants, mais aussi de patients et d'utilisateurs. On y trouvera aussi des données contextuelles sur l'environnement décisionnel et d'implantation.

Programmes d'entraînement aux habiletés parentales

« Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales s'inspirent généralement de l'approche comportementale et visent à augmenter la compétence parentale des parents de l'enfant visé en les aidant à adopter des attitudes et des pratiques éducatives qui favorisent la réduction des comportements inadaptés et le remplacement de ceux-ci par des comportements adéquats » [Massé *et al.*, 2006].

Trajectoire de services

« Les trajectoires de services établies dans le réseau de la santé et des services sociaux décrivent le cheminement le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée, et ce, tout en s'assurant d'un passage sans rupture entre les différents niveaux de services et les différentes organisations » [MELS et MSSS, 2013, p. 5].

Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

« Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental défini par des niveaux handicapants d'inattention, de désorganisation et/ou d'hyperactivité-impulsivité. L'inattention et la désorganisation entraînent une incapacité à rester sur une tâche, l'impression que le sujet n'écoute pas et la perte d'objets, à un degré qui ne correspond pas à l'âge ou au niveau de développement. L'hyperactivité-impulsivité se traduit par une activité excessive, le fait de remuer, l'incapacité de rester assis, le fait de faire irruption dans les activités des autres personnes et une incapacité d'attendre – ces symptômes sont excessifs pour l'âge et le niveau de développement » [APA (DSM 5), 2015].

INTRODUCTION

Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neuro-développemental (DSM-5) dont les premiers symptômes se manifestent très tôt dans la petite enfance. Le TDAH se caractérise par un degré d'activités élevé, de l'inattention et de l'impulsivité qui entraînent des difficultés de fonctionnement dans les activités quotidiennes ainsi que dans les différentes sphères de la vie (sociale, scolaire et occupationnelle). À ce jour, l'approche thérapeutique nord-américaine recommande, pour les jeunes d'âge scolaire, des interventions multimodales, en considérant la pharmacothérapie en première intention combinée à des interventions psychosociales (l'*American Academy of Pediatrics* (AAP), l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI), le *Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance* (CADDRA)) [Dobie *et al.*, 2012; CADDRA, 2011; Wolraich *et al.*, 2011].

Bien que leur efficacité soit maintenant bien établie, en plus d'apporter des effets rapidement, les psychostimulants comportent cependant quelques contraintes. Il s'avère que de 10 à 30 % des enfants ne répondent pas à la médication [Goldman *et al.*, 1998]. Chez une moindre proportion d'enfants, ces médicaments génèrent des effets secondaires non négligeables (moins de 10 %, selon Graham et Coghil, [2008]) menant souvent à la cessation de leur utilisation. La perception des parents face aux psychostimulants sur la santé aussi bien que les valeurs et préférences pour des traitements alternatifs, influencent également leur choix quant au recours à la médication. En contraste, les interventions psychosociales sont souvent plus difficiles d'accès et se poursuivent sur une longue période.

La présente revue systématique vise à évaluer l'aide d'une méthode mixte, l'efficacité des interventions psychosociales en fonction des groupes d'âge et des difficultés présentées par les jeunes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées. Il est à noter que les travaux à la base de ce rapport, s'inscrivent dans une démarche plus vaste et ont été conduits dans le cadre de l'élaboration de l'« Avis sur une trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées », produit par la Direction des services sociaux de l'INESSS avec la collaboration de la Direction du médicament.

OBJECTIF

Cette revue systématique vise à :

- déterminer des interventions adaptées aux besoins de l'utilisateur susceptibles d'être intégrées dans les pratiques des intervenants et professionnels du Québec, et ce, aux différentes étapes de la trajectoire de soins et services pour le TDAH.

Bien que le sujet central de ces travaux soit le TDAH, la recherche documentaire et les analyses ont également pris en compte les difficultés apparentées au trouble, mais qui pourraient aussi être associées à d'autres problèmes ou troubles de l'enfance, tels que des problèmes et des troubles de comportements oppositionnels, ou encore à des problèmes intériorisés ou extériorisés. Cette perspective vise à favoriser une reconnaissance des difficultés et des besoins des jeunes et de leurs proches ainsi que le recours aux interventions qu'ils requièrent dès que possible et ce, indépendamment de la confirmation ultérieure ou non du diagnostic de TDAH.

QUESTION D'ÉVALUATION

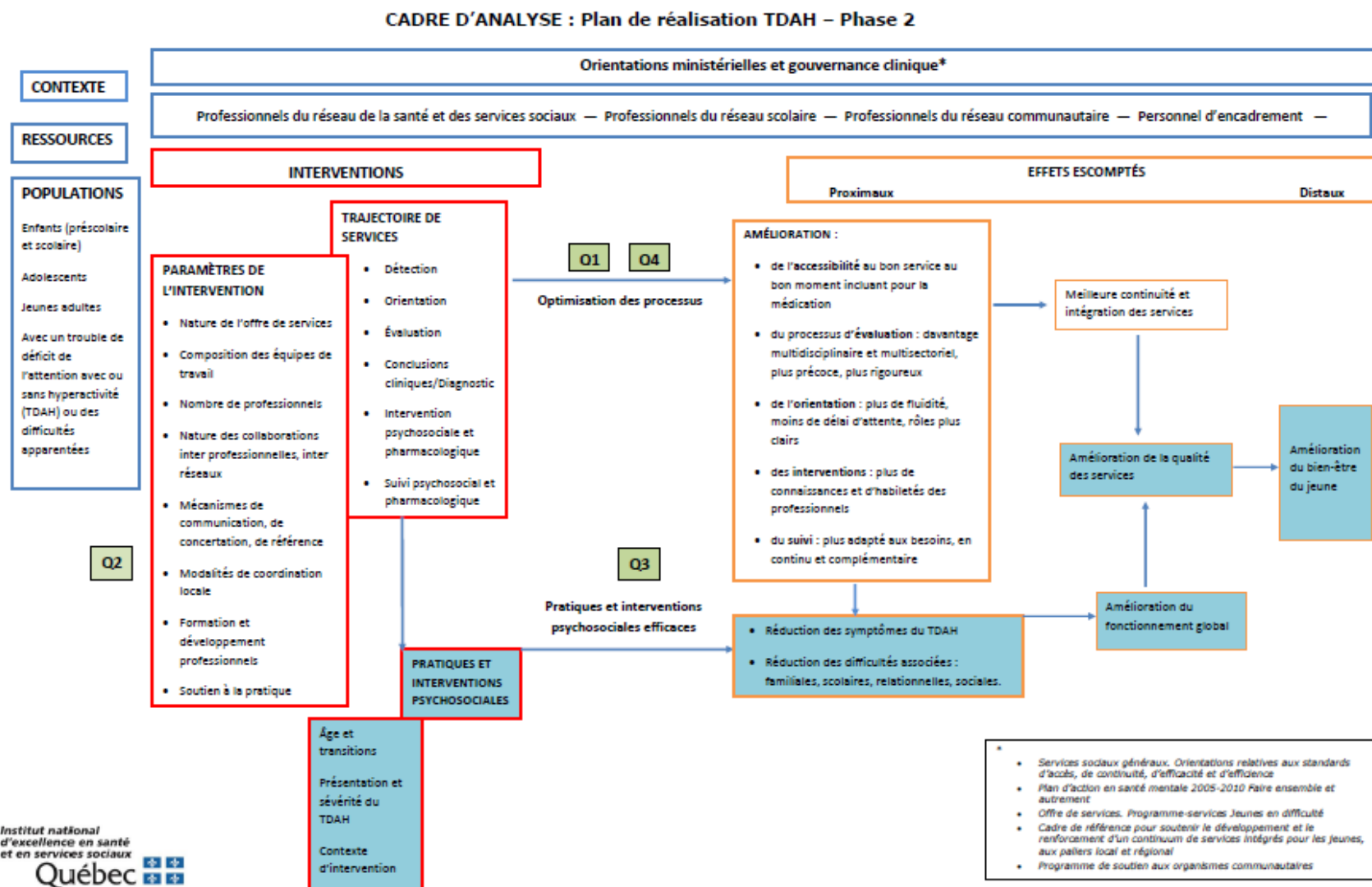
Quelles sont les pratiques et interventions psychosociales¹ les plus efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et les difficultés associées chez les enfants, adolescents et jeunes adultes avec un diagnostic de TDAH ou des difficultés apparentées?

CADRE D'ANALYSE

Le cadre d'analyse présenté à la figure 1, tiré de l'Avis sur le TDAH, permet de situer la question d'évaluation abordée dans la présente revue systématique (question Q3 dans le cadre d'analyse) en rapport avec les autres questions abordées plus largement dans le cadre de l'« Avis sur une trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées ».

¹ Voir le glossaire, à la page vii, pour connaître la définition de ce terme.

Figure 1 : Cadre d'analyse



1. MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre à la question d'évaluation sur l'efficacité des interventions psychosociales, une revue des revues systématiques et des méta-analyses issues de la littérature scientifique a été réalisée.

1.1 Stratégie de recherche et sélection de la littérature scientifique

La recherche de l'information scientifique a été effectuée dans les bases de données suivantes : PubMed, Ovid, PsycInfo, Cochrane Database of Systematic Reviews et ProQuest. Elle a été limitée aux années 2006 à 2017 et aux documents de langues anglaise et française. Les bibliographies des publications retenues ont également été consultées afin de répertorier d'autres revues systématiques pertinentes. La recherche a été réalisée avec l'aide d'une spécialiste en information scientifique (bibliothécaire) attirée au projet. La stratégie de recherche documentaire est présentée à l'annexe A.

Les critères listés au tableau 1 ont orienté la sélection des études sur l'efficacité des interventions psychosociales. Le tri des articles répertoriés a été effectué en tandem par la professionnelle scientifique et la coordonnatrice scientifique au dossier. Une première sélection a été faite à partir de la lecture des titres et des résumés et une seconde, après lecture complète des documents retenus.

1.2 Évaluation de la qualité méthodologique des études

La grille AMSTAR a été utilisée pour apprécier la qualité méthodologique des revues systématiques et des méta-analyses.

L'évaluation de la qualité des publications a été effectuée par la professionnelle scientifique du projet, et la validation d'au moins 50 % des documents a été réalisée par un autre professionnel scientifique.

Tableau 1 : Critères de sélection des documents portant sur l'efficacité des interventions psychosociales

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
POPULATION	Enfants, adolescents et jeunes adultes avec un diagnostic de TDAH selon les critères reconnus (DSM ou CIM) ou des symptômes du TDAH évalués à l'aide d'échelles standardisées, avec ou sans comorbidité.	
INTERVENTION	Toute pratique, intervention ayant pour but d'améliorer les symptômes, comportements et fonctionnement des jeunes (social, familial, scolaire, communautaire), offertes en format individuel, de groupe ou familial, en combinaison ou non avec des interventions pharmacologiques. Les interventions effectuées auprès des parents (p. ex., programmes d'habiletés parentales) sont également considérées.	Traitements pharmacologiques uniquement
COMPARATEUR	Études comparant les interventions expérimentales au traitement usuel, à des groupes témoins sans intervention, à d'autres interventions psychosociales combinées à des interventions pharmacologiques ou à des interventions pharmacologiques seules.	
RÉSULTATS (OUTCOMES)	Tout indicateur permettant d'évaluer l'efficacité de l'intervention sur la symptomatologie du TDAH et les difficultés associées en ce qui concerne le fonctionnement social et psychologique, scolaire ou familial.	
MOMENT (TIMING)	Interventions amorcées dans les périodes préscolaires, scolaires (primaire, secondaire) et postsecondaires (collégial ou universitaire).	
CONTEXTE (SETTING)	Système de santé et de services sociaux, milieu scolaire, milieu communautaire.	
TYPES DE PUBLICATION	Revue systématique, méta-analyses et rapports d'ETMISSS publiés entre 2006 et 2017.	Guides de pratique, consensus d'experts, études primaires, revues narratives non systématiques, résumés de conférences, lettres ou commentaires éditoriaux.

1.3 Méthode utilisée pour l'évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales

L'évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales dans le traitement du TDAH a été effectuée à l'aide d'une démarche scientifique rigoureuse et d'une méthode mixte répondant aux normes de qualité de l'INESSS. Les résultats des revues systématiques retenues ont été traités en deux étapes, soit un premier niveau d'analyse qui repose sur les résultats des revues systématiques et des méta-analyses, et un second niveau portant sur les résultats des études primaires extraits à partir des informations contenues dans les revues systématiques et les méta-analyses. Le traitement global des données du second niveau d'analyse a été réalisé en recourant à la méthode mixte (mentionnée précédemment), qui se définit comme suit :

« Démarche méthodologique combinant des données issues à la fois de méthodes quantitatives et qualitatives au sein d'une même étude » [Johnson et Onwuegbuzie, 2004]. Cette méthode vise à faire un rapprochement entre les données quantitatives et les données qualitatives, afin de fournir une analyse plus exhaustive de la question de recherche. L'intégration des données peut se faire de trois façons, soit :

- 1) au moment de la saisie des données;
- 2) au moment de la présentation des résultats;
- 3) au moment de l'analyse des données.

Dans le cadre de la présente revue, l'intégration a été effectuée au moment de la saisie des données. Cette approche a été utilisée pour intégrer non seulement les données quantitatives et qualitatives mais également de façon novatrice pour agréger ensemble les effets des interventions estimés à l'aide de divers instruments de mesure et différentes statistiques.

1.4 Extraction et traitement des données

Des grilles d'extraction ont été utilisées afin de documenter de façon systématique les informations pertinentes à extraire des revues systématiques et méta-analyses retenues. La professionnelle scientifique du projet a assuré l'extraction complète des données à l'aide du logiciel SPSS (version 24).

Les caractéristiques méthodologiques des études primaires, extraites à partir des revues systématiques, sont les suivantes :

- l'auteur et l'année de publication de la revue systématique;
- l'auteur et l'année de publication des études primaires incluses dans la revue systématique;
- le devis de l'étude : essai clinique randomisé (ECR), étude quasi expérimentale, étude de conception de cas (*single-subject design*) ou étude de cas (cas unique ou série de cas);
- le comparateur : groupe témoin sans intervention, avec traitement usuel ou traité avec une intervention alternative ou un placebo;

- la qualité de l'étude selon l'auteur de la revue (faible, moyenne, élevée);
- la taille de l'échantillon.

Les informations sur les sujets recrutés dans les études primaires, extraites à partir des revues systématiques, sont les suivantes :

- la catégorie d'âge : 5 ans et moins, 6-12 ans, 13-17 ans et 18-25 ans;
- les critères d'inclusion des sujets dans l'étude :
 - diagnostic de TDAH selon les critères du DSM² ou de la CIM-10³, ou présence de symptômes du TDAH requérant une attention clinique selon l'échelle utilisée;
 - diagnostic d'un trouble de comportement selon les critères du DSM ou de la CIM, ou problèmes de comportement requérant une attention clinique selon l'échelle utilisée;
 - problèmes intériorisés ou extériorisés requérant une attention clinique selon l'échelle utilisée;
- le pourcentage de l'échantillon prenant des médicaments.

Les informations sur les interventions, extraites à partir des revues systématiques, sont les suivantes :

- le type d'intervention : entraînement aux habiletés parentales, développement des compétences (skill training), intervention d'autorégulation émotionnelle et comportementale, renforcement positif ou négatif des comportements, intervention brève orientée vers les solutions (solution focus), modification de l'environnement en classe et le neurofeedback;
- les modalités de réalisation des interventions : individuelle, en groupe ou assistée par ordinateur;
- la durée et la fréquence;
- le lieu: milieu scolaire, milieu clinique ou communauté;
- la cible: l'enfant, le parent ou l'enseignant;
- la personne qui l'a réalisée: le chercheur, le parent, l'enseignant ou le professionnel de la santé.

1.5 Analyses statistiques

Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS (version 24). Le nettoyage des données consistait à rechercher, en faisant l'inspection des fréquences et des moyennes, les erreurs de saisie et les valeurs aberrantes. Des analyses descriptives ont également été effectuées pour chacune des variables en fonction des groupes d'âge (5 ans et moins, 6 à 12 ans, 13 à 17 ans et 18 à 25 ans) et du statut clinique

² Le **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** (également désigné par le sigle **DSM**, abréviation de l'anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) est un ouvrage de référence publié par l'*American Psychiatric Association* (APA), décrivant et classifiant les troubles mentaux.

³ Le CIM-10 correspond à la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Cette classification médicale sert à coder, entre autres, les différentes maladies, symptômes et causes définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

(symptômes ou diagnostic de TDAH, problèmes ou troubles de comportement et problèmes intériorisés ou extériorisés).

Afin d'observer la relation entre les différentes variables, des tableaux croisés et des tests statistiques paramétriques (de chi carré) ont été générés. Les croisements ont été faits en effectuant une stratification par groupe d'âge ainsi que selon le statut clinique et le type d'interventions utilisé. Cette étape a permis de préciser les variables d'intérêt et d'orienter les analyses subséquentes.

Les indicateurs de résultats utilisés (*outcomes*) pour évaluer l'efficacité des interventions auprès des jeunes sont les suivants :

- 1) effets sur les habiletés parentales;
- 2) effets sur les manifestations du TDAH;
- 3) effets sur les problèmes ou troubles de comportement;
- 4) effets sur les problèmes intériorisés ou extériorisés;
- 5) effets sur le fonctionnement social;
- 6) effets sur la performance scolaire;
- 7) effets sur les compétences de planification et d'organisation (travail en classe, devoirs et tâches à la maison).

Les tailles d'effet des interventions ont été gradées selon leur force et qualifiées de : faible, moyenne ou élevée. Des tableaux-synthèses des principales caractéristiques des études primaires, stratifiés en fonction de la force des effets obtenus, ont ensuite été générés afin de faciliter le repérage visuel des éléments susceptibles d'expliquer les résultats divergents et convergents. Les énoncés de preuve scientifique dégagés au terme de cette analyse ont ensuite été soumis à un processus d'appréciation de la preuve.

1.6 Processus d'appréciation de la preuve scientifique

L'appréciation de la qualité de la preuve scientifique consiste à juger de la confiance que l'on a du lien possible entre l'ensemble des résultats de recherche sur une pratique et les effets réels de cette pratique. Au terme du processus de gradation, un niveau de preuve global est attribué à l'ensemble des résultats appuyant l'efficacité d'une intervention psychosociale. L'outil conçu par l'INESSS⁴ à cette fin comporte quatre critères permettant d'apprécier la qualité de la preuve scientifique, soit :

- les limites méthodologiques;
 - la quantité d'études incluses dans la synthèse des données,

⁴ L'outil d'évaluation de la qualité de la preuve conçu par l'INESSS est une adaptation de l'outil du National Health and Medical Research Council (NHMRC). Le document de référence est le *NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines*. Melbourne, Australie : NHMRC; 2012. Disponible à : https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/guidelines/developers/nhmrc_levels_grades_evidence_120423.pdf.

- le plan d'étude optimal pour répondre à la question d'évaluation,
- le risque de biais méthodologiques,
- la précision (taille de l'échantillon optimale et puissance statistique);
- la cohérence des résultats statistiques;
 - la convergence des études quant à l'effet de l'intervention, en considérant la comparabilité des populations, des méthodes et des outils de mesure;
 - la complémentarité et la diversité des méthodes et des mesures;
- l'impact clinique;
 - l'importance clinique, organisationnelle ou sociale de l'effet de l'intervention;
 - l'atteinte des objectifs ciblés par l'intervention;
- la généralisation/transférabilité des interventions;
 - la similarité entre les populations et les contextes à l'étude et la population ciblée;
 - la possibilité d'adapter l'intervention au contexte dans lequel elle sera faite.

À la suite de l'évaluation de ces critères, un niveau de preuve (insuffisant, faible, modéré ou élevé) a été attribué à chacun des énoncés de preuve scientifique.

1.7 Processus de formulation des recommandations

La formulation des recommandations s'appuie sur les énoncés de preuve scientifique dégagés à l'étape précédente ainsi que sur une analyse de l'ensemble de la preuve. Cette analyse, désignée par le terme de triangulation des données, vise à intégrer et prendre en compte l'ensemble des données scientifiques, contextuelles et expérientielles dans la formulation des recommandations. L'outil conçu à cette fin par l'INESSS regroupe cinq facteurs d'appréciation de l'ensemble de la preuve :

- 1) niveau de preuve scientifique;
- 2) aspects cliniques, épidémiologiques et organisationnels liés à l'intervention;
- 3) applicabilité de l'intervention;
- 4) acceptabilité de l'intervention;
- 5) impacts potentiels de la mise en œuvre de l'intervention.

Au terme de cette évaluation, des propositions de recommandations ont été formulées par l'équipe projet. Pour chacune d'entre elles, les éléments qui ont prévalu dans leur formulation (cliniques, sociaux, éthiques, organisationnels, etc.) ont été soulignés. Les membres du comité de travail ont ensuite été invités à examiner l'ensemble des données (scientifiques, contextuelles et expérientielles) synthétisées par l'équipe projet, à en discuter et à en débattre lors de leurs rencontres. Plusieurs facteurs liés à l'organisation des services, tels que les disparités régionales – incluant les ressources disponibles, la configuration du territoire, les points de service – ainsi que les disparités démographiques (ex. : structure des populations, besoins, facteurs de risque, etc.) sont des éléments qui

ont été pris en compte lors de ces discussions. La formulation définitive des recommandations s'est faite sur une base consensuelle.

Les méthodes de consensus sont définies comme une manière de synthétiser l'information et de confronter des avis contradictoires, dans le but de définir le degré d'accord au sein d'un groupe d'individus sélectionnés [Pope et Mays, 1995]. Ces méthodes se révèlent particulièrement d'intérêt dans les cas où l'opinion des professionnels n'est pas unanime, en raison de l'absence de données de la littérature, ou en présence de données d'un niveau de preuve faible ou de données contradictoires [Jones et Hunter, 1995]. Pour l'élaboration des recommandations sur les interventions psychosociales, un consensus a d'abord été obtenu oralement lors d'une rencontre des membres du comité de travail. Les points de divergence ont été mis en évidence et discutés plus en profondeur. Dans un deuxième temps, les membres ont été consultés par courriel, à l'aide d'une grille d'appréciation, sur la formulation des recommandations. Ils ont été invités à remplir cette grille en indiquant leur accord ou désaccord pour chacune des recommandations. Un consensus global de l'ordre de 85 à 100 % a été obtenu.

2. RÉSULTATS DES ANALYSES SUR L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

2.1 Premier niveau d'analyse - Synthèse des résultats basés sur les revues systématiques et méta-analyses retenues

La méthode de recherche documentaire, la sélection des études et l'évaluation de leur qualité méthodologique ont permis de retenir 26 revues systématiques et méta-analyses (voir le diagramme de flux à l'annexe B). L'évaluation de la qualité méthodologique des revues, effectuée par leurs auteurs, montre qu'elles sont presque toutes de moyenne et de bonne qualité, et qu'une seule a été jugée de qualité faible (voir annexe C). L'annexe D présente les caractéristiques des revues systématiques et méta-analyses, ainsi que les informations suivantes : le nombre et le type d'études incluses, la population ciblée, les objectifs fixés, les types d'interventions utilisés, les résultats d'intérêt et les conclusions des auteurs.

Résultats des revues systématiques pour les enfants d'âge préscolaire

En ce qui concerne les enfants de cinq ans et moins, les revues sélectionnées sont constituées de deux méta-analyses et d'une revue systématique portant exclusivement sur ceux d'âge préscolaire [Ward *et al.*, 2016; Charach *et al.*, 2013; Perry *et al.*, 2010]. Quatre autres méta-analyses et deux revues systématiques incluaient également des enfants d'âge scolaire et des adolescents [Daley *et al.*, 2014; Evans *et al.*, 2014; Tarver *et al.*, 2014; Bond *et al.*, 2013; Comer *et al.*, 2013; Sonuga-Barke *et al.*, 2013]. Au total, neuf revues systématiques et méta-analyses incluant principalement des ECR, répondant à nos critères de sélection ont été considérées dans l'analyse. Dans la quasi-totalité des études, les enfants ont été recrutés en raison de la présence de problèmes de comportement et, dans quelques cas, d'un diagnostic de TDAH ou de problèmes intériorisés ou extériorisés. Les interventions pour ce groupe d'âge visaient particulièrement l'amélioration des habiletés parentales. Les effets des interventions ont été mesurés sur les habiletés parentales, sur le stress vécu chez les parents et sur les comportements des enfants (manifestations associées au TDAH et problèmes de type intériorisé ou extériorisé). Les résultats de l'ensemble des revues ont révélé des améliorations des compétences parentales à des degrés variés. Les effets rapportés sur le stress et sur le bien-être des parents sont de magnitude faible, particulièrement quand les enfants sont très jeunes et passent beaucoup de temps avec leurs parents [Tarver *et al.*, 2014]. Bien que plusieurs auteurs concluent que les interventions d'entraînement aux habiletés parentales présentent un potentiel thérapeutique pouvant être bénéfique pour améliorer les comportements des jeunes enfants ainsi que la relation parent-enfant, les auteurs mentionnent des limites importantes dans les études recensées, notamment l'hétérogénéité des interventions, les faibles tailles d'échantillon, les devis d'étude et les méthodes d'analyse diversifiés. Seul Evans et ses collaborateurs [2014] jugent l'efficacité de ces interventions comme étant bien établie, sur la base des critères spécifiés par le *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* (JCCAP).

Résultats des revues systématiques pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents

Les revues portant sur les enfants d'âge scolaire (6 à 12 ans) et les adolescents (13 à 17 ans) utilisent plus souvent un diagnostic établi de TDAH comme critère d'inclusion dans les études primaires. Au total, 18 revues systématiques et méta-analyses ont été incluses dans l'analyse. Parmi elles, 15 revues systématiques utilisaient comme critère d'inclusion un diagnostic ou des symptômes de TDAH, deux revues ont élargi leur échantillon aux enfants avec des problèmes intériorisés ou extériorisés, alors qu'une seule revue utilisait strictement comme critère d'inclusion des enfants avec des problèmes intériorisés ou extériorisés [Bond *et al.*, 2013].

Les types d'interventions évaluées pour ce groupe d'âge sont multiples et ciblent plusieurs dimensions de la vie des enfants, telles que les symptômes de TDAH et les comportements perturbateurs, les relations avec les pairs, la planification et organisation des tâches scolaires ainsi que les devoirs et autres tâches à la maison, l'attention, la

mémoire de travail, la capacité à suivre les consignes, la performance scolaire et les problèmes de type intériorisés et extériorisés. Les résultats des revues systématiques sur les interventions dispensées en classe laissent entendre que ces dernières sont efficaces, à des degrés variés, pour diminuer les manifestations du TDAH. Par exemple, Richardson et ses collaborateurs [2015] et DuPaul et ses collaborateurs [2012] concluent à quelques effets positifs des interventions comportementales dispensées dans les classes sur les manifestations du TDAH. Pour leur part, Gaastra et ses collaborateurs [2016] concluent à la réduction des comportements inappropriés et perturbateurs et des symptômes du TDAH. Selon eux, les interventions d'autorégulation comportementale et celles incluant des conséquences aux mauvais comportements (intervention comportementale : renforcement positif ou négatif) donneraient des résultats plus marqués. Enfin, Evans et ses collaborateurs [2014] ont jugé les interventions d'autorégulation comportementale comme étant « bien établies », selon les critères du JCCAP.

Six des revues retenues ont mesuré les effets des interventions sur les compétences de planification et d'organisation des tâches scolaires, devoirs et autres tâches à la maison chez les enfants et adolescents. Seule la revue de Bikic et ses collaborateurs [2017] conclue à des effets modérés des interventions sur la capacité des jeunes à planifier et à organiser leurs tâches. Les cinq autres revues ont rapporté des résultats sur cet indicateur dans seulement une ou deux études incluses dans leurs revues et n'ont pu statuer sur l'efficacité de ces interventions sur cette dimension.

La revue systématique de Bond et ses collaborateurs [2013] portant sur les problèmes intériorisés et extériorisés indique que quatre études de cas et un ECR rapportent quelques effets positifs des interventions brèves orientées vers les solutions réalisées par des psychologues ou autres professionnels, en individuel ou en groupe, sur les problèmes intériorisés des enfants et des adolescents. Les résultats des études incluses montrent des effets mitigés : certaines études rapportent des effets positifs alors que d'autres montrent des effets nuls. Les problèmes extériorisés ont été évalués dans 15 études primaires (principalement des études de cas et des études quasi-expérimentales et seulement quatre ECR). Les magnitudes des effets sont rapportées par la présence de *d* de Cohen dans deux études primaires et rapportées narrativement ou avec d'autres statistiques pour les autres études. Dans l'ensemble, les résultats montrent des effets bénéfiques sur les problèmes de type extériorisé. Les auteurs relèvent plusieurs limites relatives à la diversité des devis et des outils de mesure utilisés dans les études primaires. Ils concluent cependant que les interventions brèves orientées vers les solutions présentent un potentiel d'efficacité dans le traitement des problèmes intériorisés et extériorisés chez les enfants et adolescents. L'efficacité de ces interventions s'avère augmentée lorsqu'elles sont combinées à d'autres interventions psychosociales.

En ce qui a trait aux symptômes d'inattention chez les jeunes avec un diagnostic ou des symptômes de TDAH, trois revues systématiques – dont deux méta-analyses – ont été incluses dans la présente revue. La méta-analyse de Karch et ses collaborateurs [2013]

incluent 22 études primaires effectuées entre 1991 et 2011 et portant sur des populations avec des diagnostics variés; de ce nombre, 11 ECR avaient comme critères d'inclusion des jeunes avec un diagnostic de TDAH ou des symptômes d'inattention. Les interventions étudiées dans cette méta-analyse sont basées sur l'entraînement des fonctions cognitives visant, entre autres, l'amélioration de l'attention et sont réalisées à l'aide de programmes assistés par ordinateur. Un faible effet sur l'attention ($d=0,38$) a été observé chez les jeunes présentant un TDAH ou des symptômes d'inattention. Toutefois, étant donné que les échantillons regroupent à la fois des enfants et des adolescents, il n'est pas possible de tirer une conclusion définitive quant à cet aspect pour chacun des groupes d'âge.

Pour leur part, la méta-analyse de Cortese et ses collaborateurs [2015] évalue également l'entraînement des fonctions cognitives à l'aide de programmes assistés par ordinateur, pour les jeunes avec un TDAH. Cette revue inclue uniquement des ECR dont la majorité a été réalisés entre 2010 et 2014. Les résultats montrent un effet positif modéré ($d=0,47$) sur les symptômes d'inattention lorsque les évaluateurs sont les parents ou les professeurs. Cependant, cet effet est considérablement réduit lorsque les symptômes sont évalués à l'aveugle ($d=0,20$). De plus, ces auteurs ont également inclus indistinctement des enfants et des adolescents (de 3 à 18 ans) dans leurs analyses. Enfin, les auteurs de la revue systématique de Chacko et ses collaborateurs [2013], utilisant aussi l'entraînement des fonctions cognitives auprès d'enfants, ont trouvé des effets mixtes : deux ECR ont démontré que ce type d'intervention améliore la mémoire et les symptômes d'inattention chez les groupes à l'étude, comparativement à des groupes témoins (placebo et sans intervention). Une étude n'a pas constaté d'effet sur les symptômes d'inattention, et une autre n'a pas trouvé d'effet lorsque comparée à un groupe recevant une intervention alternative. À la lumière de l'ensemble de ces résultats, il n'a pas été possible de tirer une conclusion définitive quant à l'efficacité des interventions d'entraînement des fonctions cognitives assistées par ordinateur au regard des symptômes d'inattention chez les enfants et les adolescents.

Trois revues systématiques récentes, dont deux avec méta-analyses, recensées ici portaient exclusivement sur des interventions de type neurofeedback [Cortese *et al.*, 2016; Micoulaud-Franchi *et al.*, 2014; Willis *et al.*, 2011] et ces revues incluaient majoritairement des ECR. Ces interventions ont été administrées sur ordinateur à l'aide de protocoles standardisés, alors que les groupes de comparaison utilisaient généralement des programmes fictifs (placebo). Les conclusions des auteurs de deux revues laissent entendre que ce type d'intervention ne peut être considéré comme efficace dans le traitement du TDAH [Cortese *et al.*, 2016; Willis *et al.*, 2011]. Quant à la revue de Micoulaud-Franchi et ses collaborateurs [2014], qui n'intégrait que cinq études primaires, les résultats ont montré que lorsqu'elles étaient mesurées par les parents, les deux composantes du TDAH s'en trouvaient améliorées (amélioration moyenne pour l'inattention et légère amélioration pour l'hyperactivité), alors que les professeurs n'ont trouvé qu'une légère amélioration du degré d'attention. Les auteurs ont conclu que le neurofeedback améliore légèrement les symptômes de l'inattention.

2.2 Second niveau d'analyse- Résultats basés sur les études primaires incluses dans les revues systématiques et méta-analyses

Les résultats basés sur les données des études primaires à l'aide de la méthode mixte ont permis de dégager 13 énoncés de preuve scientifique. Ces preuves, présentées dans les sections suivantes, sont basées sur 198 études primaires répondant à nos critères de sélection incluses dans les 26 revues systématiques retenues à l'étape précédente. Au total, 126 études ont été jugées, par les auteurs des revues, de qualité moyenne à élevée, et la plupart d'entre elles sont des essais cliniques randomisés (121 études sur 198). Les échantillons utilisés sont composés de plus de 100 individus dans 31 études primaires et de moins de 50 individus dans 108 autres études primaires.

Tel qu'indiqué au tableau 2, 120 études ont été réalisées auprès d'enfants et d'adolescents présentant un diagnostic de TDAH, 37 auprès de jeunes avec des problèmes ou des troubles de comportement, et 41 auprès de jeunes présentant des problèmes intériorisés ou extériorisés. Enfin, plus de la moitié des études portent sur des enfants âgés entre 6 et 12 ans (123 études sur 198).

Tableau 2 : Répartition des sujets des études selon les groupes d'âge et les critères d'inclusion dans les revues systématiques

Groupe d'âge ciblé par l'étude	Nombre d'études portant sur des jeunes ayant :			Total
	Des symptômes ou un diagnostic de TDAH	Des problèmes ou des troubles de comportement	Des problèmes intériorisés ou extériorisés	
0-5 ans	6	36	6	48
6-12 ans	97	1	25	123
13-17 ans	15	0	8	23
18-25 ans	2	0	2	4
Total	120	37	41	198

Les analyses sur l'efficacité des interventions psychosociales ont été faites à l'aide d'une méthode mixte et du logiciel SPSS (version 24). Elles ont été effectuées en tenant compte du groupe d'âge et du statut clinique des enfants (diagnostic ou symptômes de TDAH, problèmes ou troubles de comportement et problèmes intériorisés ou extériorisés) selon la répartition des études présentée au tableau 2.

Les preuves scientifiques dégagées quant à l'efficacité des interventions psychosociales sont présentées pour les enfants d'âge préscolaire (5 ans et moins), suivis des enfants

(6-12 ans) et adolescents (13-17 ans) d'âge scolaire et des jeunes adultes (18-25 ans). Pour chacun des groupes d'âge, les énoncés de preuve scientifique sont d'abord présentés en encadré, suivis de la présentation et de la gradation de la preuve scientifique. Les études à l'appui de chacun des énoncés de preuve sont décrites en détail à l'annexe C.

2.3 Résultats sur l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants d'âge préscolaire (5 ans et moins)

Quarante-huit études ont été réalisées auprès d'enfants d'âge préscolaire. Les enfants inclus dans ces études ont été recrutés en fonction de la présence :

- 1) d'un diagnostic de TDAH ou de symptômes évalués à l'aide d'échelles standardisées (6 études);
- 2) d'un diagnostic de trouble de comportement ou de problèmes de comportement évalués à l'aide d'échelles standardisées (36 études);
- 3) de problèmes intériorisés ou extériorisés évalués à l'aide d'échelles standardisées (6 études).

Dans 42 de ces études⁵, l'intervention évaluée est l'entraînement aux habiletés parentales, laquelle a été effectuée auprès des parents. Seulement 16 études prévoyaient des interventions à la fois auprès des parents et des enfants.

L'analyse des résultats obtenus a permis de dégager les quatre énoncés de preuve scientifique présentés au tableau 3.

⁵ Il est à noter qu'une étude peut être à l'appui de plus d'un énoncé de preuve, étant donné que quelques auteurs ont mesuré les effets des interventions à la fois chez les parents et chez les enfants.

Tableau 3 : Énoncés de preuve scientifique E1 à E4

E1	L'entraînement aux habiletés parentales améliore significativement les compétences parentales des parents d'enfants d'âge préscolaire présentant des problèmes ou des troubles de comportement. (Niveau de preuve élevé)
E2	L'entraînement aux habiletés parentales réduit significativement les manifestations associées au TDAH chez les enfants d'âge préscolaire présentant des problèmes ou des troubles de comportement. (Niveau de preuve élevé)
E3	L'entraînement aux habiletés parentales réduit significativement les comportements d'opposition chez les enfants d'âge préscolaire présentant des problèmes ou des troubles de comportement. (Niveau de preuve élevé)
E4	L'entraînement aux habiletés parentales réduit significativement les problèmes extériorisés chez les enfants d'âge préscolaire présentant ces types de problèmes. (Niveau de preuve élevé)

Les caractéristiques des 42 études appuyant les énoncés de preuve scientifique, sont présentées au tableau 4 suivies de la gradation du niveau de preuve au tableau 5. Les tableaux-synthèses des études primaires soutenant chacun des énoncés sont présentés à l'annexe E.

Ainsi qu'il est constaté, le niveau de preuve scientifique est élevé pour les quatre énoncés. En effet, les études étant majoritairement des ECR, elles présentent peu de biais méthodologiques. Elles ont été évaluées comme étant de qualité moyenne ou élevée dans la quasi-totalité des cas. Le nombre d'études soutenant chacun des énoncés varie de 9 à 20, ce qui est considérable. Des plans de randomisation sont présents dans presque toutes les études, et les taux d'attrition vont de faibles à modérés. Les tailles d'échantillon sont adéquates, soit plus de 50 sujets dans la majorité des cas.

Les résultats des études sont convergents et lorsqu'il y a divergence, celle-ci peut être expliquée. L'impact clinique est également important pour les quatre énoncés de preuve. Enfin, les populations investiguées dans ces études, composées majoritairement de parents caucasiens et nord-américains, sont similaires à la population québécoise, de sorte que les résultats peuvent facilement être généralisés au Québec.

Tableau 4 : Caractéristiques des études incluses dans l'évaluation de la preuve scientifique pour les enfants de 5 ans et moins

Énoncés de preuve	Nombre et types d'études	Nombre de participants	Qualité des études	Critères d'inclusion des enfants	Nombre d'études avec résultats positifs	Moyennes des tailles d'effet ⁶ et intervalle de confiance
E1	19 études : 18 ECR 1 quasi expérimentale	N=1336	Faible : 0 Moyenne : 6 Élevée: 13	Problèmes/troubles de comportement	18 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 10	0,74 (0,30 à 1,76)
E2	20 études : 14 ECR 6 études quasi expérimentales	N= 1817	Faible : 0 Moyenne : 9 Élevée: 11	Problèmes/troubles de comportement	19 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 14	0,85 (0,10 à 1,80)
E3	16 études : 16 ECR	N= 1287	Faible : 5 Moyenne : 5 Élevée: 6	Problèmes/troubles de comportement	16 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 11	0,93 (0,31 à 1,91)
E4	9 études : 8 ECR 1 quasi expérimentale	N=671	Faible : 0 Moyenne : 3 Élevée: 5	Problèmes/troubles de comportement	8 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 6	1,24 (0,73 à 2,39)

⁶ Le *d* de Cohen a été utilisé pour le calcul des tailles d'effet. Une taille d'effet de 0,2 est considérée comme faible, une taille d'effet de 0,6 comme moyenne, alors qu'une taille d'effet de 0,8 et plus indique une force élevée.

Tableau 5 : Gradation de la preuve scientifique des énoncés relatifs aux enfants de 5 ans et moins

Critères d'appréciation	Gradation de la preuve scientifique			
	E1	E2	E3	E4
Limites méthodologiques	A	A	A	A
Cohérence	A	A	A	A
Impact clinique	A	A	A	A
Généralisation/transférabilité	A	A	A	A
Niveau de preuve scientifique	ÉLEVÉ	ÉLEVÉ	ÉLEVÉ	ÉLEVÉ

2.3.1 Énoncé de preuve E1 sur l'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour améliorer les compétences des parents

Comme il est indiqué à l'annexe E, l'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour améliorer les compétences des parents a été démontrée dans 19 études, dont 18 ECR, totalisant 1 336 enfants. Toutes, sauf cinq, ont été évaluées comme étant de qualité moyenne ou élevée par les auteurs des revues. Dans les études qui rapportaient cette information, les habiletés parentales ont été mesurées à l'aide des échelles standardisées suivantes : le *Parenting Sense of Competence*, le *Parenting Practices Inventory*, le *Parent Training*, le *Parent Stress Index*, le *Parental Locus of Control* et le *Triple P Parenting Scale*.

Toutes les études, à l'exception d'une seule, démontrent un effet en faveur de l'entraînement aux habiletés parentales pour améliorer les compétences des parents. Dix de ces 18 études (56 %) présentent des effets de taille moyenne à forte. La taille d'effet moyenne est de 0,74 (écart type : 0,51) pour l'ensemble des 18 études.

2.3.2 Énoncé de preuve E2 sur l'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour réduire les manifestations associées au TDAH

L'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour réduire les manifestations associées au TDAH a été démontrée dans 20 études, dont 14 ECR, totalisant 1 817 enfants. Dans toutes les études, des échelles validées ont été utilisées pour évaluer les manifestations associées au TDAH⁷, soit le *Eyberg Child Behavior Inventory–Intensity* et le *Parent Account of Child Symptoms*.

⁷ Pour ce groupe d'âge, les auteurs n'utilisent pas toujours le *Conners*, mais d'autres échelles mesurant les symptômes du TDAH. Par exemple, *The Parental Account of Children's Symptoms* (PACS) est un questionnaire semi-structuré, conçu pour capturer d'une manière précise et systématique le phénotype clinique relatif à l'hyperactivité spécifique au TDAH. The *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI) est une échelle à l'intention des parents, pour évaluer les problèmes de comportement des enfants. Cet instrument comprend deux sous-échelles : *The Intensity Scale* et *The Problem Scale*. Ce dernier instrument est également utilisé pour évaluer les problèmes d'opposition.

La cohérence des résultats est élevée puisque 19 études sur 20 ont révélé des effets positifs de ces programmes sur les manifestations du TDAH. La seule étude n'ayant pas rapporté d'effet positif se distingue des autres par une durée d'intervention plus brève, soit des séances échelonnées sur huit semaines comparativement à une durée minimale de douze semaines dans les autres études. Des effets de taille moyenne à forte ont été obtenus dans 14 de ces études (74 %). La taille d'effet moyenne est de 0,85 (écart type : 0,59) pour l'ensemble des 19 études.

2.3.3 Énoncé de preuve E3 sur l'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour réduire les comportements d'opposition

L'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour réduire les comportements d'opposition chez les enfants d'âge préscolaire présentant des problèmes ou des troubles de comportement a été démontrée dans 16 ECR, totalisant 1 287 enfants. Bien que cinq d'entre elles aient été jugées de faible qualité par les auteurs des revues, le risque de biais demeure mineur dans l'ensemble. Les échelles qui ont été utilisées pour évaluer les comportements d'opposition sont le *Eyberg Child Behavior Inventory-Intensity* et le *Eyberg Child Behavior Inventory-Problem*.

Les résultats des 16 études convergent dans le même sens et indiquent que les programmes d'entraînement aux habiletés parentales permettent de réduire les comportements d'opposition des enfants. Les effets obtenus sont de taille moyenne à forte dans 11 des 16 études. La taille d'effet moyenne est de 0,93 (écart type : 0,43) pour l'ensemble des 16 études, ce qui suggère un impact clinique important.

2.3.4 Énoncé de preuve E4 sur l'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour réduire les problèmes extériorisés

L'efficacité de l'entraînement aux habiletés parentales pour réduire les problèmes extériorisés a été démontrée dans 9 études, dont 8 ECR, totalisant 671 enfants. Les échelles utilisées pour évaluer la mesure les problèmes extériorisés sont le *Child Behavior Checklist-Externalizing*, le *Behavior Assessment Scale for Children* et le *Eyberg Child Behavior Inventory*.

Des résultats positifs ont été obtenus dans huit de ces études. La seule étude n'ayant pas rapporté de résultat positif n'a pas utilisé un programme d'entraînement structuré (manualisé) et la durée de l'intervention était plus brève, soit de 11 à 14 semaines comparativement à plus de 3 mois dans les autres études. La taille d'effet moyenne pour l'ensemble des études est de 1,24 (écart type : 0,59), ce qui suppose un impact clinique considérable.

2.4 Résultats sur l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants d'âge scolaire de niveau primaire (6 à 12 ans) ayant un diagnostic de TDAH

C'est sur ce groupe d'âge que l'on compte le plus grand nombre d'études (123 sur 198). Dans 79 % de ces études (soit 97), les enfants ont été recrutés très majoritairement en fonction de la présence d'un diagnostic établi de TDAH. Seulement 25 études (sur les 123) de ce groupe d'âge ont été réalisées auprès d'enfants présentant des problèmes intériorisés ou extériorisés, et une seule a été effectuée auprès d'enfants avec des problèmes ou troubles de comportement. Une proportion importante des interventions utilisées avec les enfants de ce groupe d'âge sont de type comportemental (78 études) et ont été faites en classe (48 études). Des interventions de neurofeedback ont par ailleurs été évaluées dans 18 études. Enfin, la plupart des interventions ciblaient uniquement les enfants (80 études) et seulement 43 études avaient un volet d'intervention ciblant également les parents. L'analyse des résultats de ces 123 études a permis de dégager les cinq énoncés de preuve scientifique suivants.

Tableau 6 : Énoncés de preuve scientifique E5 à E9

E5	Les interventions comportementales effectuées en classe et les mesures de différenciation pédagogiques réduisent significativement les manifestations du TDAH chez les enfants d'âge scolaire (6 à 12 ans) ayant un TDAH. (Niveau de preuve élevé)
E6	Les interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale effectuées en milieu clinique réduisent significativement les manifestations du TDAH chez les enfants d'âge scolaire (6 à 12 ans) ayant un TDAH. (Niveau de preuve modéré)
E7	Les interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale réduisent significativement les symptômes d'inattention chez les enfants d'âge scolaire (6 à 12 ans) ayant un TDAH. (Niveau de preuve modéré)
E8	Les interventions d'autorégulation comportementale* permettent d'améliorer les compétences de planification et d'organisation chez les enfants d'âge scolaire (6 à 12 ans) ayant un TDAH. (Niveau de preuve élevé)
E9	Les interventions brèves orientées vers les solutions (<i>Solution focus</i>) et, plus particulièrement, celles administrées en format individuel réduisent significativement les problèmes extériorisés chez les enfants d'âge scolaire (6 à 12 ans) présentant ce type de problème. (Niveau de preuve élevé)
*Ces interventions d'autorégulation comportementale sont axées sur la planification et l'organisation du travail scolaire, les devoirs et autres tâches à la maison (<i>Organizational Skills Training, Homework Organization, and Planning Skills (HOPS)</i>).	

Les caractéristiques des études soutenant ces énoncés de preuve scientifique sont présentées au tableau 7 suivies de la gradation du niveau de preuve au tableau 8. Les tableaux-synthèses des études primaires utilisées pour appuyer chacun des énoncés de preuve sont présentés à l'annexe E.

Ainsi qu'il est indiqué au tableau 8, le potentiel de généralisation des résultats à la population québécoise est le seul critère avec un niveau de preuve équivalent pour les cinq énoncés. Ce potentiel a été évalué comme étant modéré en raison de l'absence de

détails sur le statut socioéconomique des populations à l'étude. Les éléments considérés dans l'évaluation de la preuve scientifique de chacun des cinq énoncés sont présentés dans les sections qui suivent.

Tableau 7 : Caractéristiques des études incluses dans l'évaluation de la preuve scientifique pour les enfants de 6 à 12 ans

Énoncés de preuve	Nombre et types d'études	Nombre de participants	Qualité des études	Critères d'inclusion	Nombre d'études avec résultats positifs	Taille d'effet moyenne et intervalle de confiance
E5	27 études : 3 ECR 17 études de cas 1 quasi expérimentale	N=590	Faible : 8 Moyenne : 18 Élevée: 1	Diagnostic de TDAH	25 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 17	0,58 (0,20 à 1,3)
E6	6 études : 6 ECR	N= 333	Faible : 3 Moyenne : 2 Élevée: 1	Diagnostic de TDAH	6 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 3	0,49 (0,20 à 0,80)
E7	10 études : 10 ECR	N= 770	Faible : 3 Moyenne : 2 Élevée: 1 Données manquantes pour 4 études	Diagnostic de TDAH	7 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 6	0,61 (0,15 à 1,43)
E8	7 études : 7 ECR	N=790	Faible : 1 Moyenne : 1 Élevée: 2 Données manquantes pour 3 études	Diagnostic de TDAH	7 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 6	0,80 (0,20 à 2,00)
E9	7 études : 2 ECR 2 études de cas 3 quasi expérimentales	N=533	Faible : 0 Moyenne : 5 Élevée: 2	Problèmes extériorisés	7 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 4	1,13 (0,86 à 1,40)

Tableau 8 : Gradation de la preuve scientifique des énoncés relatifs aux enfants de 6 à 12 ans

Critères d'appréciation	Gradation de la preuves scientifiques				
	E5	E6	E7	E8	E9
Limites méthodologiques	B	C	B	B	A
Cohérence	B	A	B	A	A
Impact clinique	B	C	C	A	B
Généralisation/transférabilité	B	B	B	B	B
Niveau de preuve scientifique	ÉLEVÉ	MODÉRÉ	MODÉRÉ	ÉLEVÉ	ÉLEVÉ

2.4.1 Énoncé de preuve E5 sur l'efficacité des interventions comportementales et les mesures de différenciation pédagogique effectuées en classe pour réduire les manifestations du TDAH

L'efficacité des interventions effectuées en classe a été évaluée dans 27 études, dont 3 ECR et 24 études à conception de cas (*Single Subject Design*) ou séries de cas avec évaluation prétest et posttest, auprès de 590 enfants d'âge scolaire (6-12 ans). Il importe de noter que ce type de devis est considéré comme suffisamment approprié, selon la grille d'évaluation de la preuve scientifique de l'INESSS, pour mesurer l'efficacité d'une intervention en milieu scolaire, et que celle-ci a été évaluée comme présentant peu de risques de biais méthodologiques. Par contre, dans près du tiers des études (8 sur 27), la qualité méthodologique des études a été jugée faible⁸ par les auteurs des revues systématiques. Les manifestations du TDAH ont été évaluées à l'aide de grilles d'observation directe de l'élève par l'enseignant. Dans une autre étude, le *Connors Teacher Rating Scales – Revised, Long Form* a été utilisé. La plupart des interventions ont été offertes par les enseignants et sont basées sur des techniques de modification du comportement (8 études), telles que le renforcement positif ou négatif des comportements, la différenciation pédagogique⁹ et l'autorégulation émotionnelle et comportementale.

La cohérence des résultats est élevée puisque 25 des 27 études ayant eu recours à des interventions en classe ont obtenu des effets positifs sur les symptômes du TDAH et des problèmes associés. Dans l'une des deux études n'ayant pas obtenu de résultats positifs, l'intervention en classe se limitait à diffuser de la musique d'ambiance, alors que dans l'autre elle ciblait les interactions sociales entre les élèves. Plus spécifiquement, l'enseignant pouvait, par exemple, émettre des messages verbaux favorisant l'acceptation du jeune ayant un TDAH par les autres élèves de la classe.

⁸ Il est à noter que la qualité méthodologique des études incluses dans l'évaluation de la preuve ne constitue qu'un des quatre critères de l'outil.

⁹ « La différenciation pédagogique est avant tout une manière de penser l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation, une philosophie qui guide l'ensemble des pratiques pédagogiques. C'est une façon d'exploiter les différences et d'en tirer avantage ».

L'impact clinique des interventions a été considéré comme modéré, en raison des tailles d'effet variant de 0,20 à 1,32 d'une étude à l'autre. La taille d'effet moyenne est de 0,58 (écart type : 0,30) pour les 25 études. En général, de plus grandes tailles d'effet ont été obtenues dans les études ayant eu recours au renforcement positif ou négatif des comportements. Dans l'ensemble, le niveau de preuve scientifique pour cet énoncé est jugé élevé.

2.4.2 Énoncé de preuve E6 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale effectuées en milieu clinique pour réduire les manifestations du TDAH

L'efficacité des interventions réalisées en milieu clinique a été mesurée dans six ECR, totalisant 333 enfants âgés de 6 à 12 ans avec un diagnostic ou des symptômes de TDAH. La qualité méthodologique a été qualifiée de faible par les auteurs des revues pour la moitié de ces études. Dans les six ECR, les comportements associés au TDAH ont été évalués à l'aide d'échelles standardisées, telles que le *Conners Teacher Rating Scales – Revised, Long Form* et le *Conners Rating Scale-Revised : Short and Long Form*; ou le *DSM ADHD Symptoms*. L'intervention évaluée dans les six études est basée sur l'autorégulation émotionnelle et comportementale et a été administrée en milieu clinique. Trois de ces études ont eu recours à une intervention assistée par ordinateur.

La cohérence entre les études est forte puisque toutes ont obtenu des résultats positifs sur la réduction des manifestations du TDAH. Par contre, l'impact clinique est relativement faible puisque la taille d'effet moyenne est de 0,49 (écart type : 0,19) pour les six études (les tailles d'effet varient de 0,20 à 0,80). Le niveau de preuve scientifique pour cet énoncé est modéré.

2.4.3 Énoncé de preuve E7 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale pour réduire les symptômes d'inattention

L'efficacité des interventions basées sur l'autorégulation émotionnelle et comportementale a été évaluée dans 10 ECR, totalisant 770 enfants âgés de 6 à 12 ans avec un diagnostic de TDAH ou des symptômes de TDAH. La qualité méthodologique a été jugée faible dans trois de ces études et n'a pas été évaluée dans quatre autres. Les échelles répertoriées dans les études pour évaluer les symptômes d'inattention du TDAH sont les suivantes : le *Conners Teacher and Parent Rating Scales* et le *DSM ADHD Symptoms*. Les interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale ont été réalisées en milieu clinique dans six études et en milieu scolaire dans trois autres (le lieu de l'intervention n'est pas précisé pour une étude).

Des résultats positifs relativement aux symptômes d'inattention ont été observés dans sept des dix études. Deux des trois études n'ayant pas obtenu d'effets positifs ont eu recours à une intervention assistée par ordinateur : un jeu vidéo (*computer game feature*) dans l'une d'elles et un logiciel d'entraînement à la concentration dans l'autre. Des tailles d'effet variant entre 0,15 et 1,23 ont été rapportées dans cinq des sept études. L'impact

clinique est considéré comme modéré avec une taille d'effet moyenne de 0,61 (écart type : 0,46). Le niveau de preuve scientifique pour cet énoncé est modéré.

2.4.4 Énoncé de preuve E8 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation comportementale pour améliorer les compétences de planification et d'organisation

L'efficacité des interventions basées sur l'autorégulation comportementale quant aux compétences de planification et d'organisation (*Organizational Skills Training, Homework Organization, and Planning Skills (HOPS)*) des enfants a été évaluée dans sept ECR, totalisant 790 enfants âgés de 6 à 12 ans. La qualité méthodologique a été jugée faible dans une étude et excellente dans deux études. Cette information n'a pas été rapportée pour les quatre autres études. Les compétences des enfants quant à cet aspect ont été évaluées à l'aide du *Children's Organizational Skills Scale* dans quatre études (cette information n'a pas été mentionnée dans trois études). Les interventions basées sur l'autorégulation comportementale ont été réalisées autant en milieu scolaire qu'en milieu clinique.

La cohérence des résultats est élevée puisque toutes les études ont démontré que ce type d'intervention améliore les compétences de planification et d'organisation (travaux scolaires, tâches et devoirs à la maison) chez les enfants d'âge scolaire (6-12 ans) ayant un TDAH. L'impact clinique est important, six études ayant obtenu des tailles d'effet moyennes à élevées, pour une taille d'effet moyenne globale de 0,80 (écart type : 0,57). Le niveau de preuve scientifique attribué pour cet énoncé est élevé.

2.4.5 Énoncé de preuve E9 sur l'efficacité des interventions brèves orientées vers les solutions pour réduire les problèmes extériorisés

Sept études ont évalué l'efficacité des interventions brèves orientées vers les solutions¹⁰ pour réduire les problèmes extériorisés auprès de 533 enfants âgés de 6 à 12 ans. Toutes ont été jugées de bonne ou d'excellente qualité. Dans l'ensemble de ces études, les enfants présentant ces types de problèmes ont été recrutés en fonction l'existence de problèmes extériorisés requérant une attention clinique. Les échelles utilisées dans les études pour évaluer ces problèmes sont : le *PSBC Problem Setting*, le *Behaviour Checklist* et le *ECBI Eyberg Child Behaviour Inventory*. Les interventions brèves orientées vers les solutions étaient d'une durée de 14 semaines ou moins et ont été offertes en format individuel dans la plupart des cas (5 études). Les interventions ont été réalisées en milieu scolaire dans quatre études et en milieu clinique dans les deux autres (l'information était manquante pour une étude).

Des effets positifs relatifs aux problèmes extériorisés ont été observés dans les sept études, mais les tailles d'effet n'ont pas été rapportées dans trois d'entre elles. Les tailles

¹⁰ Les interventions brèves orientées vers les solutions (*Solution Focused Brief Therapy*) sont des approches mises au point dans les années 80 à partir des travaux de Milton Erickson et de Gregory Bateson. Les interventions qui s'inscrivent dans ce courant incluent les éléments clés communs à ce type d'intervention : accent sur les buts et objectifs des participants et sur la reconnaissance de leurs forces et de leurs faiblesses, afin d'engendrer un changement positif. Voir Gros-Louis Y. Fondements de l'approche orientée vers les solutions [site Web]. Disponible à : http://www.psychosolutions.qc.ca/06doc_articles_02os.html.

d'effet mentionnées dans les autres varient de 0,86 à 1,13. La taille d'effet moyenne est de 1,13 (écart type : 0,27) pour les quatre études. Le niveau de preuve scientifique pour cet énoncé est élevé.

2.4.6 Efficacité des interventions de type neurofeedback

Quelques analyses effectuées dans le cadre de la présente recension n'ont pas permis de démontrer l'efficacité de certaines interventions psychosociales utilisées auprès des enfants d'âge scolaire de niveau primaire ayant un TDAH. C'est le cas, notamment, des interventions de type neurofeedback. Les résultats qui s'y rapportent sont néanmoins présentés dans cette section.

Depuis quelques années, au Québec et ailleurs dans le monde, on assiste à une augmentation d'utilisation des interventions de type neurofeedback. Ces interventions sont assistées par ordinateur et ont recours à des protocoles standardisés, tels que l'électroencéphalogramme-neurofeedback (EEG-NF) avec entraînement au ratio Theta/Beta (entraînement visuel ou sonore)¹¹. Les études portant sur ce type d'intervention ont souvent un groupe de comparaison utilisant un autre logiciel, lequel fait office de placebo.

Dans la présente revue systématique, l'efficacité des interventions de neurofeedback a été évaluée dans 18 études, dont 15 ECR, totalisant 835 enfants âgés de 6 à 12 ans avec des symptômes ou un diagnostic de TDAH. La qualité a été jugée faible dans trois études, moyenne dans deux autres et élevée dans une étude. Cette information était manquante pour 12 études. Les échantillons étaient également inférieurs à 50 individus dans 12 études. Des plans de randomisation ont été utilisés dans presque toutes les études et les taux d'attrition se sont avérés faibles.

De plus, la convergence des résultats est jugée faible puisqu'une moitié des études observent des effets positifs sur les symptômes du TDAH, tandis que l'autre ne rapporte pas de résultats significatifs. De plus, les tailles d'effet sont faibles dans cinq des neuf études ayant obtenu des résultats positifs (tailles d'effet entre 0,13 et 1,20). Aucun élément en lien avec la méthode ou la population susceptible d'expliquer les résultats divergents n'a pu être décelé. Pour toutes ces raisons, le niveau de preuve scientifique sur l'efficacité des interventions de neurofeedback a été évalué comme étant faible. Par conséquent, aucune recommandation n'est émise pour ce type d'intervention dans la présente revue systématique.

¹¹ « L'enfant s'assoit face à l'écran d'ordinateur sur lequel il se verra présenter des stimuli visuels (diverses séquences vidéo qui s'animent lorsque l'enfant se trouve dans l'état mental recherché. Des renforcements sonores (« ding » et musique) sont également donnés au même moment que les stimuli visuels. L'enfant doit donc tenter de trouver l'état mental recherché et le maintenir pour faire jouer la musique et l'animation ainsi que pour gagner des points » [Moreau, 2012].

2.5 Résultats de l'analyse sur l'efficacité des interventions psychosociales pour les jeunes de niveau scolaire secondaire (13 à 17 ans)

L'efficacité des interventions psychosociales dans ce groupe d'âge a été évaluée dans 23 études seulement. L'analyse des résultats rapportés a permis de dégager les quatre énoncés de preuve scientifique suivants.

Tableau 9 : Énoncés de preuve scientifique E10 à E13

E10	Les interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale ainsi que les mesures de différenciation pédagogique effectuées en classe réduisent significativement les manifestations du TDAH des adolescents ayant un diagnostic de TDAH. (Niveau de preuve modéré)
E11	Les interventions basées sur l'autorégulation émotionnelle et comportementale réduisent significativement les symptômes d'inattention chez les adolescents ayant un diagnostic de TDAH. (Niveau de preuve modéré)
E12	Les interventions d'autorégulation comportementale*améliorent les compétences de planification et d'organisation chez les adolescents ayant un diagnostic de TDAH. (Niveau de preuve modéré)
E13	Les interventions brèves orientées vers les solutions et, plus particulièrement celles offertes en format individuel, réduisent significativement les problèmes intériorisés et extériorisés chez les adolescents présentant ces types de problèmes. (Niveau de preuve modéré)
*Ces interventions d'autorégulation comportementale sont axées sur la planification et l'organisation du travail scolaire, les devoirs et autres tâches à la maison (<i>Organizational Skills Training, Homework Organization, and Planning Skills (HOPS)</i>).	

Les caractéristiques des études soutenant ces énoncés de preuve scientifique sont présentées au tableau 10 suivies de la gradation du niveau de preuve au tableau 11. Les tableaux-synthèses des études primaires en appui à chacun des énoncés de preuve sont présentés à l'annexe E. La gradation de la preuve scientifique indique que la force est modérée pour tous les énoncés dégagés relativement à ce groupe d'âge (tableau 11).

Tableau 10 : Caractéristiques des études incluses dans l'évaluation de la preuve scientifique pour les adolescents de 13 à 17 ans

Énoncés de preuve	Nombre et types d'études	Nombre de participants	Qualité des études	Critères d'inclusion	Nombre d'études avec résultats positifs	Taille d'effet moyenne et intervalle de confiance
E10	6 études : 1 ECR 4 études de cas 1 quasi expérimental	N=106	Faible : 2 Moyenne : 4 Élevée: 0	Diagnostic de TDAH	6 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 4	0,60 (0,2 à 0,8)
E11	5 études : 5 ECR	N= 200	Faible : 3 Moyenne : 1 Élevée: - Une donnée manquante	Diagnostic de TDAH	5 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 3	0,75 (0,31 à 1,42)
E12	4 études : 4 ECR	N=148	Faible : 4 Moyenne : 0 Élevée: 0	Diagnostic de TDAH	3 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 3	Non calculée
E13	5 études : 1 ECR 4 quasi expérimentales	N=386	Faible : 0 Moyenne : 3 Élevée: 2	Problèmes intériorisés/ extériorisés	4 obtiennent des effets positifs Effets moyens à forts : 4	Non calculée

Tableau 11 : Gradation de la preuve scientifique des énoncés relatifs aux adolescents de 13 à 17 ans

Critères d'appréciation	Gradation de la preuve scientifique			
	E10	E11	E12	E13
Limites méthodologiques	C	C	D	B
Cohérence	A	B	B	B
Impact clinique	B	B	B	B
Généralisation/transférabilité	B	B	B	B
Niveau de preuve scientifique	MODÉRÉ	MODÉRÉ	MODÉRÉ	MODÉRÉ

2.5.1 Énoncé de preuve E10 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale et les mesures de différenciation pédagogique effectuées en classe pour réduire les manifestations du TDAH

L'efficacité des interventions effectuées en classe a été évaluée dans six études, parmi lesquelles on retrouve un ECR, quatre études à «conception» de cas (*single subject design*) et une étude quasi expérimentale. Le nombre total de participants inclus dans l'analyse est de 106 adolescents âgés de 13 à 17 ans. La qualité des études primaires incluses dans les revues systématiques va de faible (2 études) à moyenne (4 études). Dans quatre études, les manifestations du TDAH ont été évaluées à l'aide de grilles d'observation directe de l'élève par l'enseignant. Dans les deux autres études, les échelles standardisées, telles que le *ADHD Rating Scale* et le *Conners Teacher Rating Scales – Revised, Long Form* ont été utilisées pour mesurer les comportements des adolescents en classe. Quatre études utilisaient des interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale (*skill training* ou *self-skill training*) et les deux autres études portaient sur des interventions basées sur l'adaptation ou la modification de l'environnement en classe permettant une plus grande flexibilité pédagogique (définie précédemment). Dans toutes les études, les interventions étaient offertes par l'enseignant.

Les résultats des six études répertoriées sont très convergents et les effets des interventions, qui vont de faibles (2 études) à forts (2 études), montrent que les interventions en classe sont efficaces pour réduire les manifestations de TDAH chez les adolescents avec un tel diagnostic.

Quatre études sur six (67 %) obtiennent des tailles d'effet moyennes ou fortes. Les deux autres, avec de faibles tailles d'effet, ont été qualifiées de faibles sur le plan méthodologique par les auteurs des revues systématiques. La taille d'effet moyenne pour les six études est de 0,60 (écart type = 0,24). La force de la preuve scientifique de l'énoncé E10 a été évaluée comme étant modérée.

2.5.2 Énoncé de preuve E11 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale pour réduire les symptômes d'inattention

L'efficacité des interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale a été évaluée dans cinq ECR, pour un nombre total de 200 adolescents âgés de 13 à 17 ans. La qualité des études va de faible (3) à moyenne (1), et cette information n'a pas été rapportée dans l'une d'elles. Les échelles standardisées, telles que le *ADHD Rating Scale*, le *Conners Teacher Rating Scales* et le *Conners Parent Rating Scales*, ont été utilisées pour mesurer les symptômes d'inattention des adolescents. Dans les cinq études, quatre interventions ont été réalisées en classe, alors qu'une seule l'a été en milieu clinique. Deux de ces études ont eu recours à une intervention assistée par ordinateur.

La cohérence entre les études est très importante puisque l'ensemble d'entre elles obtiennent des effets, qui vont de faibles (2) à forts (2), en faveur des interventions d'autorégulation émotionnelle et comportementale pour réduire les symptômes d'inattention chez les adolescents avec un diagnostic de TDAH. La taille d'effet moyenne pour l'ensemble des études est de 0,75 (écart type = 0,58) indiquant un impact clinique moyen. Le niveau de preuve scientifique de l'énoncé E11 a été évalué comme étant modéré.

2.5.3 Énoncé de preuve E12 sur l'efficacité des interventions d'autorégulation comportementale pour améliorer les compétences de planification et d'organisation

L'efficacité des interventions d'autorégulation comportementale axées sur la planification et l'organisation (travail scolaire, devoirs et autres tâches à la maison) sur ces compétences chez les adolescents a été évaluée dans 4 ECR, totalisant 148 jeunes âgés de 13 à 17 ans. Comme il a été rapporté par les auteurs, toutes les études ont été jugées de faible qualité et elles ont des tailles d'échantillon inférieures à 50. Une étude mentionne avoir utilisé le *Children's Organizational Skills Scale (COSS)* pour évaluer les effets. Dans les trois autres études, des grilles d'évaluation basées sur différents critères ont été construites. Après avoir reçu une formation, les évaluateurs (des étudiants en psychologie) devaient cocher chacun des items comme étant présent ou absent.

La cohérence entre les résultats des études est assez élevée puisque trois études sur quatre obtiennent des effets en faveur des interventions d'autorégulation comportementale pour améliorer les compétences d'organisation et de planification des adolescents âgés de 13 à 17 ans avec un diagnostic de TDAH. Deux études sur quatre rapportent des tailles d'effet fortes, une autre montre des effets moyens et une seule ne montre aucun effet attribuable à ce type d'intervention. La taille d'effet moyenne n'a pas été calculée, car l'une des études rapporte une taille d'effet de 5,15, ce qui tire la moyenne vers le haut et a pour effet de surestimer le véritable impact clinique des résultats. Le niveau de preuve scientifique de l'énoncé E12 a été évalué comme étant modéré.

2.5.4 Énoncé de preuve E13 sur l'efficacité des interventions brèves orientées vers les solutions pour réduire les problèmes intériorisés et extériorisés

Cinq études ont évalué l'efficacité des interventions brèves orientées vers les solutions pour réduire les problèmes extériorisés auprès de 386 adolescents âgés de 13 à 17 ans. L'une d'elles était un ECR et les quatre autres étaient de type quasi expérimental. La qualité des cinq études va de moyenne (3) à forte (2). Une seule étude a une taille d'échantillon inférieure à cinquante, trois études ont des tailles d'échantillon se situant entre 51 et 100 et une étude présente une taille d'échantillon supérieure à cent. Dans la totalité, les adolescents présentant ces types de problèmes ont été recrutés en fonction de la présence de problèmes intériorisés ou extériorisés requérant une attention clinique.

Les échelles utilisées dans les études pour évaluer les effets des interventions sur les problèmes intériorisés et extériorisés sont : le *Behavioural and Emotion Rating Scale*, le *Feelings, Attitudes and Behavior Scale (FAB)* et le *Buss-Durkee Hostility Inventory (B-DHI)*. Les interventions brèves orientées vers les solutions étaient d'une durée de 14 semaines ou moins et ont été offertes en format individuel, dans la plupart des cas (5 études). Elles ont été réalisées en milieu clinique dans trois études et en milieu scolaire dans une autre (l'information était manquante pour une étude).

Quatre études sur cinq (80 %) rapportent des effets moyens. Cependant, la taille d'effet moyenne n'a pas été calculée, car une seule étude donnait cette information. Le niveau de preuve scientifique de l'énoncé E13 a été évalué comme étant modéré.

2.6 Résultats sur l'efficacité des interventions psychosociales pour les jeunes adultes (18 à 25 ans)

Une quantité limitée d'études portant sur l'efficacité des interventions psychosociales chez les jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées a été repérée dans le cadre de la présente revue. En fait, une seule revue systématique spécifique à ce groupe d'âge a été répertoriée, et elle s'intéressait aux interventions comportementales appliquées spécifiquement à la conduite automobile (comportement au volant, gestion émotionnelle, autocontrôle, situations d'urgence, etc.). La principale conclusion, appuyée sur seulement deux études primaires incluses dans cette revue, est que les interventions psychosociales axées sur les comportements spécifiques aux situations d'urgence peuvent être bénéfiques pour améliorer les habiletés de conduite automobile des jeunes.

Parmi les revues systématiques recensées ciblant principalement les adolescents, deux ont intégré des études primaires impliquant des jeunes adultes de 18 à 25 ans (quatre études en tout). Les quatre études en question étaient toutes des ECR et pour chacune d'entre elles, la qualité méthodologique a été évaluée par les auteurs des revues comme étant moyenne. Dans deux de ces études, le critère d'inclusion des participants était un diagnostic établi de TDAH, alors que dans les deux autres, ce critère reposait sur la présence de problèmes intériorisés ou extériorisés.

L'une des deux études mesurant les effets des interventions comportementales auprès d'un échantillon de plus de 100 jeunes adultes de 18 à 21 ans rapporte des effets considérables ($d=7,5$) sur les symptômes de TDAH. Toutefois, puisque cette étude intégrait des jeunes âgés entre 15 et 21 ans, il n'est pas possible à partir de l'échantillon de distinguer les effets spécifiques aux jeunes adultes de plus de 18 ans comparativement à ceux âgés entre 15 et 17 ans. En ce qui a trait à la seconde étude portant sur 26 jeunes adultes (moyenne d'âge de 20,7 ans) avec un diagnostic de TDAH, les résultats montrent une absence d'effet des interventions de type neurofeedback sur les symptômes de TDAH de ces jeunes.

Enfin, des deux études effectuées auprès de jeunes adultes présentant des problèmes extériorisés, l'une a montré des effets moyens alors que l'autre présente des effets forts (les tailles d'effet n'ont pas été rapportées par les auteurs des revues systématiques). Ces deux études utilisaient des interventions brèves orientées vers les solutions pour intervenir auprès des jeunes, et l'une d'entre elles a mesuré les effets des problèmes extériorisés à l'aide de l'échelle validée suivante : *Buss-Durkee Hostility Inventory (B-DHI)*. Ces deux études incluaient également des jeunes de moins de 18 ans, ce qui a rendu les conclusions tirées difficiles à interpréter pour les jeunes adultes uniquement.

Bien que trois de quatre études susmentionnées aient montré des effets positifs attribuables aux interventions psychosociales, aucun énoncé de preuve scientifique n'a pu en être dégagé, en raison de la difficulté à distinguer les effets propres aux jeunes adultes en plus de la difficulté à comparer les résultats des études à partir d'indicateurs d'efficacité différents.

3. DISCUSSION

Les recommandations présentées dans cette section, s'appuie sur l'analyse de l'ensemble de la preuve en tenant compte des données scientifiques dégagées dans la présente revue systématique ainsi que sur les données contextuelles et expérientielles. Rappelons que cette analyse de l'ensemble de la preuve a été effectuée dans le cadre de l'« Avis sur une trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées », produit par la Direction des services sociaux de l'INESSS en collaboration avec la Direction du médicament.

3.1 Programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents d'enfants d'âge préscolaire avec un TDAH ou des difficultés apparentées

Les résultats sur l'efficacité de ces programmes vont dans le même sens que ceux rapportés par l'INSPQ dans un Avis scientifique sur les programmes d'entraînement aux habiletés parentales, réalisé en 2013 [Comeau *et al.*, 2013]. Dans cet Avis, les auteurs concluent que la famille représente une cible d'intervention privilégiée. Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales ont des effets bénéfiques non seulement sur les pratiques parentales, mais également sur certains aspects de la santé mentale des parents [Comeau *et al.*, 2013]. De multiples résultats présentés dans le cadre de cet avis démontrent que ces programmes en question permettent de promouvoir la santé mentale chez les jeunes enfants, en prévenant les problèmes de comportement et en réduisant leur aggravation. Aussi, selon un rapport réalisé par le MEES, il importe de proposer une intervention psychosociale le plus tôt possible dans la trajectoire des enfants. En effet, plus les difficultés de comportement de l'enfant sont précoces ou sévères, plus elles risquent de persister jusqu'à l'âge adulte [MELS, 2010].

Comme pour tout type de programme, la qualité de la mise en œuvre influe directement sur l'efficacité. À cet égard, à partir d'une recension analytique des études portant sur les programmes d'entraînement aux habiletés parentales, Hauth-Charlier et Clément [2009] soulignent que l'efficacité de tels programmes pour les parents d'enfants avec un TDAH est influencée, d'une part, par les paramètres du programme (nombre de séances, contenus et thèmes abordés, méthodes d'enseignement et autres) et, d'autre part, par les caractéristiques des parents (santé mentale, conflits conjugaux, statut socioéconomique, perception des causes associées aux difficultés de l'enfant) et celles des enfants (âge, comorbidité, etc.). Les interventions de courte durée (10 heures et moins), par exemple, seraient moins bénéfiques que des interventions réalisées sur une période plus longue (environ 50 heures) [Hauth-Charlier et Clément, 2009], ce qui concorde avec les résultats des analyses des études effectuées dans le cadre du présent document.

Au Québec, les programmes d'entraînement aux habiletés parentales suivants sont déjà implantés et ont fait l'objet d'une démarche d'évaluation : TRIPLE P (*Positive Parenting Program*), CES ANNÉES INCROYABLES (*Incredible Years*), Y'A PERSONNE DE PARFAIT (*No body's perfect*) et COPE/Équipe (*Community Parent Education Program*). L'implantation du programme TRIPLE P a débuté il y a quelques années dans le cadre de projets pilotes sous la responsabilité de la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance du Québec, dans quelques régions de la province. Les résultats de l'évaluation du programme indiquent que ce dernier améliore le comportement et l'adaptation de l'enfant. En ce qui concerne le programme CES ANNÉES INCROYABLES, c'est le volet ciblant principalement les parents qui est implanté. Ce volet est adapté tant pour des services de première ligne que pour des services spécialisés [Gagné *et al.*, 2015]. Selon un rapport de la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance (2015), le programme aurait des effets favorables sur les interactions parent-enfant et améliorerait les comportements et les habiletés sociales de l'enfant. Ces résultats concordent également avec ceux obtenus dans les études recensées ici. En effet, celles-ci indiquent que les programmes d'entraînement aux habiletés parentales ciblant uniquement les parents se sont avérés tout aussi efficaces que ceux visant à la fois les parents et les enfants. Cela suppose qu'il n'est pas nécessaire d'intervenir directement auprès des enfants d'âge préscolaire pour obtenir des effets sur les difficultés apparentées au TDAH chez ces derniers.

Bien que les programmes implantés au Québec semblent donner des résultats positifs, ces initiatives demeurent encore marginales et peu accessibles pour les parents d'enfants présentant des difficultés apparentées au TDAH. En effet, selon des entrevues réalisées auprès de gestionnaires du RSSS en 2016 par l'INESSS, le nombre d'interventions de groupe proposé aux parents d'enfants de moins de 6 ans est largement insuffisant pour répondre aux besoins. Les parents recevant des services à l'intérieur de la programmation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), volet accompagnement des familles, en bénéficient toutefois plus souvent. Les SIPPE ont pour clientèles cibles les femmes enceintes, les parents d'enfants âgés de 5 ans et moins vivant en contexte de pauvreté et les parents âgés de 19 ans et moins ou à faible revenu. Ils ont pour objectif de diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux, dont l'abus et la négligence envers les enfants. Toutefois, ces interventions ne visent pas spécifiquement des enfants ayant des difficultés apparentées au TDAH [INESSS, 2017].

Les résultats des études sur l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants d'âge préscolaire présentant des difficultés apparentées au TDAH ont conduit l'INESSS à émettre la recommandation suivante.

Recommandation 1

Interventions psychosociales efficaces pour les enfants d'âge préscolaire (5 ans et moins)

Il est recommandé que les établissements du RSSS s'assurent que les parents d'enfants âgés de 5 ans et moins* présentant des difficultés apparentées au TDAH ont accès à des programmes d'entraînement aux habiletés parentales.

- Ces programmes doivent être validés ou avoir fait l'objet d'une évaluation et être offerts avant de considérer une intervention pharmacologique.

*Note : Dans les études recensées, certains programmes d'entraînement aux habiletés parentales sont offerts à des parents d'enfants dont l'âge peut aller jusqu'à 8 ans.

La recommandation 1 correspond à la recommandation 9 de l'Avis sur la trajectoire optimale du TDAH.

3.2 Interventions psychosociales efficaces pour les enfants d'âge scolaire ayant un diagnostic de TDAH ou des difficultés apparentées

En conformité avec les énoncés de preuve scientifique dégagés pour ce groupe d'âge, Massé et ses collaborateurs [2014] soulignent que les interventions éducatives effectuées en classe et les techniques de modification du comportement seraient, selon plusieurs recherches, parmi les interventions les plus efficaces pour améliorer les comportements et l'adaptation psychosociale des enfants avec un TDAH. De même, l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) considère qu'il importe de favoriser le développement des compétences scolaires et sociales ainsi que les compétences relatives à la planification et à l'organisation du travail pour compenser les déficits fonctionnels des jeunes [Dobie *et al.*, 2012]. Une étude longitudinale menée par des chercheurs de l'Université Concordia en milieux défavorisés démontre également l'importance de soutenir l'acquisition de compétences scolaires et sociales dès le préscolaire pour promouvoir la réussite scolaire [Serbin et Bukowski, 2009]. Par ailleurs, une étude réalisée par Déry et ses collaborateurs [2008] a établi que les élèves avec difficultés de comportement au primaire présentaient un taux plus élevé de décrochage scolaire au secondaire et que chez ces décrocheurs, le taux de consommation de substances psychoactives était plus élevé. Selon les chercheurs, ces constats militent en faveur d'une intervention précoce sur les difficultés de comportement. Une recension des écrits réalisée par Verlaan et ses collaborateurs [2006], portant sur les modalités d'intervention les plus prometteuses pour prévenir l'apparition ou l'aggravation des difficultés chez les enfants de 6 à 12 ans, a notamment fait ressortir l'importance de proposer des programmes d'intervention à multiples volets tant en milieu scolaire qu'à la maison.

Enfin, une des orientations du Cadre de référence du MEES (2015) portant sur les difficultés de comportement stipule que le soutien aux professeurs pour l'intégration des enfants avec des problèmes de comportement doit être assuré [Nadeau *et al.*, 2012]. À

cet égard, un programme de consultation individuelle mis en place auprès de 37 professeurs jumelés avec des enfants ayant un TDAH et un trouble de comportement a montré que ce type d'intervention peut prévenir l'intensification des comportements inappropriés, en plus d'améliorer le rendement scolaire. De plus, les résultats indiquent que les professeurs qui ont reçu une formation continue sur le TDAH et participé au programme sont plus enclins à utiliser des stratégies efficaces (résolution de problèmes, évaluation fonctionnelle, etc.) auprès des enfants avec un TDAH [Nadeau *et al.*, 2012].

L'ensemble des résultats obtenus sur l'efficacité des interventions psychosociales chez les enfants d'âge scolaire de niveau primaire (6 à 12 ans) conduisent l'INESSS à émettre les recommandations suivantes :

Recommandation 2 (E5 à E9)

Interventions psychosociales efficaces pour les enfants d'âge scolaire de niveau primaire (6 à 12 ans) ayant un TDAH

Il est recommandé que les enfants d'âge scolaire de niveau primaire (6-12 ans) ayant un TDAH aient accès, si requis, à des interventions comportementales* en classe ainsi qu'à des mesures de différenciation pédagogique. **

Selon les ententes régionales et locales convenues entre les dispensateurs de services.

*L'intervention comportementale en classe comporte des stratégies proactives et des stratégies réactives. Elle est proactive lorsqu'elle est antérieure au comportement à modifier ou à améliorer. Elle comporte alors des actions pour modifier l'environnement qui précède un comportement ciblé. Elle est réactive lorsqu'elle est consécutive au comportement à modifier ou à améliorer. Elle consiste alors à trouver des moyens de mieux répondre aux besoins du jeune ou à l'amener à trouver des comportements plus acceptables pour répondre à ceux-ci.

**La différenciation pédagogique est une réponse aux besoins spécifiques de l'élève, qui conduit à une différenciation dans les tâches qui respecte les capacités de l'élève, une flexibilité dans l'enseignement, une évaluation et des ajustements continus.

La recommandation 2 correspond à la recommandation 10 de l'Avis sur la trajectoire optimale du TDAH.

Recommandation 3 (E5 à E9)

Interventions psychosociales efficaces pour les enfants d'âge scolaire de niveau primaire (6 à 12 ans) ayant un TDAH

Il est recommandé que les enfants d'âge scolaire de niveau primaire (6-12 ans) ayant un TDAH aient accès, si requis, à des interventions ciblant le développement de compétences personnelles, offertes en individuel ou en groupe.

Les interventions à privilégier sont :

- les interventions brèves orientées vers les solutions;*;
- les interventions ciblant les compétences de planification et d'organisation**;
- la régulation émotionnelle et comportementale***;
- les interventions qui ciblent à la fois l'enfant et les parents ****.

Et selon les ententes régionales et locales convenues entre les dispensateurs de services.

*Interventions qui visent à créer une solution ou à considérer la solution comme déjà présente et à travailler à la construction de celle-ci. **Interventions qui visent à améliorer les compétences de planification et d'organisation du travail scolaire, du matériel, des devoirs et autres tâches.

Interventions de *skill training* dans la littérature recensée. Interventions visant le développement de l'autocontrôle, la résolution de problèmes, la gestion du temps, la régulation des comportements, l'autoapprentissage et l'autosurveillance. *Cet énoncé n'a pas été démontré scientifiquement, mais a été formulé par consensus d'experts.

La recommandation 3 correspond à la recommandation 11 de l'Avis sur la trajectoire optimale du TDAH.

3.3 Interventions psychosociales efficaces pour les adolescents ayant un diagnostic de TDAH ou des difficultés apparentées

Les études sur les interventions psychosociales pour les adolescents de 13 à 17 ans ayant un diagnostic de TDAH sont moins nombreuses que celles portant sur les enfants plus jeunes. Selon Chronis et ses collaborateurs [2006], il est plus difficile d'effectuer des interventions auprès de cette clientèle, parce que les adolescents cherchent à obtenir plus d'autonomie et veulent faire leurs propres choix, tout en étant confrontés à l'influence des pairs. Ces considérations rendent plus difficiles le maintien d'une supervision adéquate et le contrôle des paramètres d'intervention auprès d'eux.

Il est à noter également que, mis à part l'absence d'interventions recensées auprès des parents d'adolescents, les interventions décrites dans ces études sont similaires à celles utilisées pour les plus jeunes. Toutefois, toujours selon Chronis et ses collaborateurs [2006], les symptômes de TDAH et les troubles associés étant de nature chronique, les interventions auprès de cette clientèle devraient s'exercer sur du long terme. Cela laisse entendre que, hormis celles impliquant les parents, les interventions débutées lors des études de niveau primaire auraient davantage à se poursuivre au niveau secondaire.

Au Québec, il y a peu de données contextuelles sur les jeunes de ce groupe d'âge. Les élèves en plus grande difficulté doivent bénéficier d'un accompagnement soutenu par une équipe concertée (santé, services sociaux et scolaire) au secondaire. Le nombre élevé de décrocheurs chez les 13-17 ans met en perspective l'importance d'impliquer le RSSS considérant leur absence à l'école.

Les résultats des études sur l'efficacité des interventions psychosociales pour les jeunes de niveau secondaire (13 à 17 ans) conduisent l'INESSS à émettre les recommandations suivantes :

Recommandation 4 (E10 à E13)

Interventions psychosociales efficaces pour les adolescents de niveau scolaire secondaire (13-17 ans) ayant un diagnostic de TDAH

Il est recommandé que les adolescents scolarisés (13 à 17 ans) ayant un TDAH aient accès, si requis, à des interventions comportementales* en classe ainsi qu'à des mesures de différenciation pédagogique.**

Selon les ententes régionales et locales convenues entre les dispensateurs de services.

*L'intervention comportementale en classe comporte des stratégies proactives et des stratégies réactives. Elle est proactive lorsqu'elle est antérieure au comportement à modifier ou à améliorer. Elle comporte alors des actions pour modifier l'environnement qui précède un comportement ciblé. Elle est réactive lorsqu'elle est consécutive au comportement à modifier ou à améliorer. Elle consiste alors à trouver des moyens de mieux répondre aux besoins du jeune ou à l'amener à trouver des comportements plus acceptables pour répondre à ceux-ci. ** La différenciation pédagogique est une réponse aux besoins spécifiques de l'élève, qui conduit à une différenciation dans les tâches qui respecte les capacités de l'élève, une flexibilité dans l'enseignement, une évaluation et des ajustements continus.

Note : Les données de la littérature consultée ne permettent pas de préciser si l'intervention doit être offerte en groupe ou en individuel.

La recommandation 4 correspond à la recommandation 12 de l'Avis sur la trajectoire optimale du TDAH.

Recommandation 5 (E10 à E13)

Interventions psychosociales efficaces pour les adolescents de niveau scolaire secondaire (13-17 ans) ayant un diagnostic de TDAH

Il est recommandé que les adolescents scolarisés de 13 à 17 ans ayant un diagnostic de TDAH aient accès, si requis, à des interventions ciblant le développement de compétences personnelles, en individuel ou en groupe.

Les interventions à privilégier sont :

- les interventions brèves orientées vers les solutions;*
- les interventions ciblant les compétences de planification et d'organisation;**
- la régulation émotionnelle et comportementale. ***

Et selon les ententes régionales et locales convenues entre les dispensateurs de services.

- *Interventions qui visent à créer une solution ou à considérer la solution comme déjà présente et à travailler à la construction de celle-ci. **Interventions qui visent à améliorer les compétences de planification et d'organisation du travail scolaire, du matériel, des devoirs et autres tâches. ***Interventions de *skill training* dans la littérature recensée. Interventions visant le développement de l'autocontrôle, la résolution de problèmes, la gestion du temps, la régulation des comportements, l'autoapprentissage et l'autosurveillance.

La recommandation 5 correspond à la recommandation 13 de l'Avis sur la trajectoire optimale du TDAH.

3.4 Forces et limites de la revue systématique sur l'efficacité des interventions psychosociales

La méthode mixte utilisée pour l'analyse des données présente plusieurs avantages. Elle permet, entre autres, de regrouper les études selon des critères spécifiques, tels que l'âge des participants, les types d'études, les critères d'inclusion dans les études (problèmes de comportement avec diagnostic de TDAH ou autres), les types et les modalités d'intervention, et ce, pour chacun des indicateurs d'intérêt. Les regroupements ainsi formés permettent d'obtenir des populations beaucoup plus homogènes à des fins de comparaison.

En plus de simplifier et d'uniformiser l'extraction et l'analyse des informations, cette méthode offre la possibilité d'évaluer un plus grand nombre d'études. De plus, elle permet d'organiser les résultats des études primaires, sur la base de différents critères et de les regrouper indépendamment des revues systématiques dont elles sont issues. Autrement dit, il est alors possible de comparer des études primaires avec d'autres études comparables qui ne se retrouvaient pas dans les mêmes revues systématiques. Au terme de l'analyse, les effets observés sur les indicateurs d'intérêt s'avèrent plus concluants que les résultats des méta-analyses d'origine. En fait, la présence d'hétérogénéité, tant sur le plan clinique que sur les plans statistique et méthodologique, demeure la plus grande faiblesse des revues systématiques et méta-analyses. Elle peut faire en sorte que les auteurs ne puissent pas tirer de conclusion définitive quant aux effets d'une intervention donnée. La méthode mixte proposée ici offre un grand potentiel pour la réduction de cette hétérogénéité.

La principale limite du présent rapport réside dans le fait que l'extraction des résultats des études primaires est basée uniquement sur les données rapportées dans les revues systématiques. Ceci réduit le degré de détail disponible, plus particulièrement en ce qui a trait aux modalités des interventions (lieux, fréquences, durées et types d'expérimentateurs). La possibilité d'extraire les données directement à partir des études primaires aurait permis d'effectuer des analyses plus pointues sur ces aspects. Toutefois, cette limite se trouve amoindrie par le fait que les auteurs mêmes des revues systématiques indiquent que la description des interventions est souvent inadéquate dans les études primaires et que les données sur les modalités sont fréquemment manquantes.

De façon plus générale, comme dans toutes les études, on retrouve des facteurs de confusion : les modalités d'implantation des interventions sont pour la plupart inconnues; la population ciblée des jeunes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées est hétérogène quant à la gravité de l'atteinte du fonctionnement; certains jeunes prennent une médication et les évaluations des effets ne sont pas toujours effectuées à l'aveugle dans les ECR. Cette façon de faire contribue à introduire de l'hétérogénéité clinique, ce qui peut aussi être un facteur de confusion pouvant moduler les effets des interventions.

Une autre limite est qu'aucune étude primaire portant spécifiquement sur des enfants présentant un TDAH avec prédominance d'inattention n'a été repérée dans la présente revue systématique. De plus, les sous-types diagnostiques du TDAH n'ont été documentés dans aucune des revues ou études primaires recensées ici. Bien que les analyses effectuées rapportent quelques effets des interventions sur les symptômes d'inattention, il n'est pas possible, en l'absence du sous-type diagnostique, de savoir si les résultats peuvent être généralisés aux enfants présentant ce phénotype.

Quant à l'efficacité des interventions psychosociales sur les problèmes intériorisés, aucune conclusion n'a pu être émise pour les enfants, étant donné que dans les revues systématiques, ces résultats ne sont pas toujours différenciés des données touchant aux problèmes extériorisés. De plus, les auteurs rapportent plus fréquemment des résultats relatifs aux problèmes extériorisés, et ce, plus particulièrement chez les enfants. Dans la présente revue, les quelques résultats disponibles sur les problèmes intériorisés chez les adolescents de 13 à 17 ans ont été traités en combinaison avec ceux portant sur les problèmes extériorisés. Cette stratégie a donné lieu à une recommandation avec un niveau de preuve modéré. Des recherches rigoureuses seraient encore nécessaires afin de mieux orienter la pratique pour les jeunes aux prises avec des problèmes de type intériorisé.

Quant à la validité des mesures des effets, il y a également présence d'hétérogénéité puisque les échelles utilisées diffèrent d'une étude à l'autre et n'ont pas toutes les mêmes caractéristiques de sensibilité et de spécificité. De plus, le niveau de fiabilité dans l'application de ces échelles peut varier selon la personne qui l'administre (chercheurs,

parents, professeurs et autres professionnels). Toutefois, la réalisation d'analyses par sous-groupes, grâce à l'application rigoureuse de critères de regroupement des études (critères d'inclusion, types d'interventions, groupes d'âge, etc.) a permis de réduire cette hétérogénéité et de dégager des preuves scientifiques robustes. Les preuves ainsi énoncées ont permis d'émettre des recommandations sur les interventions psychosociales à privilégier chez les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées.

CONCLUSION

Le TDAH est un trouble développemental complexe qui représente un grand défi au quotidien pour les jeunes et leur famille. Leurs besoins d'accompagnement sont grands et requièrent des services en santé et services sociaux ainsi qu'en milieu scolaire. L'évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales dans le traitement du TDAH et des difficultés apparentées a permis d'émettre des recommandations largement appuyées sur le plan scientifique et très en lien avec la réalité québécoise des différents milieux au sein desquels œuvrent les professionnels impliqués auprès des jeunes et leurs parents.

La présente revue a aussi montré l'importance d'offrir des interventions adaptées aux besoins et à l'âge des enfants et des adolescents concernés. De plus, les résultats militent en faveur d'offrir précocement des interventions psychosociales qui procurent un soutien rigoureux auprès des parents, afin d'éviter les difficultés d'ordre familial, social et scolaire.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (APA). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Trad. de la 5e éd. américaine de : DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson; 2015.
- Bikic A, Reichow B, McCauley SA, Ibrahim K, Sukhodolsky DG. Meta-analysis of organizational skills interventions for children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clin Psychol Rev* 2017;52:108-23.
- Bond C, Woods K, Humphrey N, Symes W, Green L. Practitioner Review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: A systematic and critical evaluation of the literature from 1990-2010. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54(7):707-23.
- Bruce C, Unsworth C, Tay R. A systematic review of the effectiveness of behavioural interventions for improving driving outcomes in novice drivers with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *British Journal of Occupational Therapy* 2014;77(7):348-57.
- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes pour le TDAH. Troisième édition. Toronto, ON : CADDRA; 2011. Disponible à : http://www.caddra.ca/pdfs/fr_caddraGuidelines2011.pdf.
- Chacko A, Kofler M, Jarrett M. Improving outcomes for youth with ADHD: A conceptual framework for combined neurocognitive and skill-based treatment approaches. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2014;17(4):368-84.
- Charach A, Carson P, Fox S, Ali MU, Beckett J, Lim CG. Interventions for preschool children at high risk for ADHD: A comparative effectiveness review. *Pediatrics* 2013;131(5):e1584-604.
- Chronis AM, Jones HA, Raggi VL. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 2006;26(4):486-502.
- Comeau L, Desjardins N, Poissant J. Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2013. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1617_AvisScientProgFormationHabiletesParentGroupe.pdf.
- Comer JS, Chow C, Chan PT, Cooper-Vince C, Wilson LA. Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: A meta-analytic examination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(1):26-36.
- Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, Holtmann M, Aggensteiner P, Daley D, et al. Neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(6):444-55.

- Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, Buitelaar J, Daley D, Dittmann RW, et al. Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(3):164-74.
- Daley D, van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, Sonuga-Barke EJ. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53(8):835-47, 847.e1-5.
- Déry M, Toupin J, Pauzé R, Verlaan P. Difficultés de comportement, adaptation scolaire et parcours dans les services. Sherbrooke, Qc : Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Université de Sherbrooke; 2008. Disponible à : http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/626503/PT_D%C3%A9ryM_rapport+2007_difficult%C3%A9s+comportement%2C%20adaptation+scolaire/c13f92c2-cb37-42b0-a328-b75fec09d997.
- Dobie C, Donald WB, Hanson M, Heim C, Huxsahl J, Karasov R, et al. Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents. Ninth Edition. Bloomington, MN : Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012. Disponible à : <https://www.bmchp.org/~media/505a4e87afb74613a01ca64d99563a5c.pdf>.
- DuPaul GJ, Eckert TL, Vilaro B. The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis 1996-2010. *School Psychology Review* 2012;41(4):387-412.
- Evans SW, Owens JS, Bunford N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2014;43(4):527-51.
- Gaastra GF, Groen Y, Tucha L, Tucha O. The effects of classroom interventions on off-task and disruptive classroom behavior in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *PLoS One* 2016;11(2):e0148841.
- Gagné M-H, Richard M-C, Dubé C. Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental. Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec. Québec, Qc : Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval; 2015. Disponible à : https://www.chaire-maltraitance.ulaval.ca/sites/chaire-maltraitance.ulaval.ca/files/differentiation_18-02-2015_final.pdf.
- Gheorghiu IL et Lesage A. Meilleures pratiques en matière de dépistage, de prévention et de traitement de cinq troubles mentaux courants chez les jeunes : revue des revues et exemples de bonnes pratiques au Québec. Montréal, Qc : Unité d'évaluation des technologies et de modes d'interventions en santé mentale, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal; 2017.
- Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1998;279(14):1100-7.

- Graham J et Coghill D. Adverse effects of pharmacotherapies for attention-deficit hyperactivity disorder: Epidemiology, prevention and management. *CNS Drugs* 2008;22(3):213-37.
- Hauth-Charlier S et Clément C. Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H : considérations pratiques et implications cliniques. *Pratiques Psychologiques* 2009;15(4):457-72.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait des services psychosociaux utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins. Rédigé par Brigitte Moreault et Joëlle Brassard. Québec, Qc : INESSS; 2017. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_TDAH_SS.pdf.
- Johnson RB et Onwuegbuzie AJ. Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher* 2004;33(7):14-26.
- Jones J et Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311(7001):376-80.
- Karch D, Albers L, Renner G, Lichtenauer N, von Kries R. The efficacy of cognitive training programs in children and adolescents: A meta-analysis. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110(39):643-52.
- Knowles C, Meng P, Machalicek W. Task sequencing for students with emotional and behavioral disorders: A systematic review. *Behav Modif* 2015;39(1):136-66.
- Massé L, Nadeau M-F, Couture C, Verret C, Lanaris C. Soutenir les enseignants dans l'inclusion scolaire des enfants et des adolescents avec un TDA/H. *La Nouvelle Revue de l'Adaptation et de la Scolarisation* 2014;68(4):85-98.
- Massé L, Lanaris C, Couture C. Interventions auprès des parents de jeunes présentant un TDAH. Dans : Chevalier N, Poissant H, Guay MC, Achim A, Lageix P, réd. *Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité : les enjeux en santé et en éducation*. Presses de l'Université du Québec; 2006 : 255-80.
- McKenna JW, Flower A, Adamson R. A systematic review of function-based replacement behavior interventions for students with and at risk for emotional and behavioral disorders. *Behav Modif* 2016;40(5):678-712.
- Micoulaud-Franchi J-A, Geoffroy PA, Fond G, Lopez R, Bioulac S, Philip P. EEG neurofeedback treatments in children with ADHD: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Hum Neurosci* 2014;8:906.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Précisions sur la flexibilité pédagogique, les mesures d'adaptation et les modifications pour les élèves ayant des besoins particuliers : document d'information. Québec, Qc : MELS; 2014. Disponible à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/Precisions_flexibilite_pedagogique.pdf.

- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Cadre de référence - Pour soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les collèges publics du Québec. Québec, Qc : MELS; 2010. Disponible à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/documents_soutien/Ens_Sup/Collegial/CSSS_Colleges_publics/Cadre_reference-Collaboration_CSSS_Colleges.pdf.
- Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR). L'intervention auprès des élèves ayant des difficultés de comportement. Cadre de référence et guide à l'intention du milieu scolaire. Québec, Qc : MEESR; 2015. Disponible à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/14_00479_cadre_intervention_eleves_difficultes_comportement.pdf.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de référence pour soutenir le développement et le renforcement d'un continuum de services intégrés pour les jeunes aux paliers local et régional. Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Québec, Qc : MELS; 2013. Disponible à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Cadre.pdf.
- Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). TDAH – Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation : connaissances et interventions. Québec, Qc : Ministère de l'Éducation et MSSS; 2003. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-formation.pdf>.
- Moreau G. Effets du neurofeedback sur le fonctionnement intellectuel et les comportements d'enfants présentant un TDAH [thèse]. Montréal, Qc : Université du Québec à Montréal; 2012. Disponible à : <https://archipel.uqam.ca/4456/1/D2278.pdf>.
- Nadeau M-F, Normandeau S, Massé L. Efficacité d'un programme de consultation pour les enseignants du primaire visant à favoriser l'inclusion scolaire des enfants ayant un TDAH. *Can J Behav Sci* 2012;44(2):146-57.
- Perry DF, Dallas Allen M, Brennan EM, Bradley JR. The evidence base for mental health consultation in early childhood settings: A research synthesis addressing children's behavioral outcomes. *Early Education and Development* 2010;21(6):795-824.
- Pope C et Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311(6996):42-5.
- Richardson M, Moore DA, Gwernan-Jones R, Thompson-Coon J, Ukoumunne O, Rogers M, et al. Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: Systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health Technol Assess* 2015;19(45):1-470.

- Serbin LA et Bukowski WM. The transition from primary to secondary schooling: Strategies for success in vulnerable populations. Montréal, Qc : Centre for Research in Human Development, Concordia University; 2009. Disponible à : http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/539688/PT_SerbinL_rapport+2009_transition+primaire-secondaire/f09cb258-2b01-4a27-8c5b-4e9100b5a479.
- Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry* 2013;170(3):275-89.
- Tarver J, Daley D, Lockwood J, Sayal K. Are self-directed parenting interventions sufficient for externalising behaviour problems in childhood? A systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23(12):1123-37.
- Verlaan P, Déry M, Beauregard LA, Charbonneau MN, Pauzé R. Recension des écrits sur l'efficacité des programmes d'intervention auprès des filles d'âge scolaire primaire présentant ou à risque de présenter des difficultés de comportement. Sherbrooke, Qc : Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Université de Sherbrooke; 2006.
- Ward M, Theule J, Cheung K. Parent-child interaction therapy for child disruptive behaviour disorders: A meta-analysis. *Child and Youth Care Forum* 2016;45(5):675-90.
- Willis WG, Weyandt LL, Lubiner AG, Schubart CD. Neurofeedback as a treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review of evidence for practice. *J Appl Sch Psychol* 2011;27(3):201-27.
- Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, et al. ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2011;128(5):1007-22.
- Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12):CD003018.

ANNEXE A

Stratégie de recherche documentaire

Bases de données bibliographiques

TDAH – EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS

Date de la recherche : 2 août 2016

Limites : 2006 - ; anglais et français

Mise à jour : 8 juin 2017

PubMed (NLM)

- #1 attention deficit and disruptive behavior disorders/rehabilitation[majr] OR attention deficit and disruptive behavior disorders/therapy[majr] OR child behavior disorders/rehabilitation[majr] OR child behavior disorders/therapy[majr] OR learning disorders/rehabilitation[majr] OR learning disorders/therapy[majr]
- #2 attention def*[ti] OR ADHD[ti] OR ADDH[ti] OR ADHS[ti] OR AD/HD[ti] OR hyperactiv*[ti] OR hyper-activ*[ti] OR conduct disorder*[ti] OR (behavior*[ti] AND (disorder*[ti] OR problem*[ti] OR outcome*[ti])) OR disruptive behavior*[ti] OR disruptive behaviour*[ti] OR oppositional defian*[ti] OR learning disorder*[ti] OR learning disabilit*[ti] OR learning impair*[ti]
- #3 psychotherap*[tiab] OR sociotherap*[tiab] OR intervention*[tiab] OR intervening[tiab] OR therap*[tiab] OR rehab*[tiab] OR treatment*[tiab] OR practice*[tiab] OR program*[tiab] OR model[tiab] OR models[tiab] OR approach*[tiab] OR initiative*[tiab] OR method[tiab] OR methods[tiab] OR support*[tiab] OR strateg*[tiab] OR manag*[tiab]
- #4 social*[tiab] OR psychosocial*[tiab] OR psycho-social*[tiab] OR psycholog*[tiab] OR education*[tiab] OR school*[tiab] OR teacher*[tiab] OR occupational[tiab]
- #5 meta-analysis as topic[mh] OR meta-analysis[mh] OR meta-analysis[pt] OR randomized controlled trial[pt] OR randomized controlled trials as topic[mh] OR technology assessment,biomedical[mh] OR best practice*[tiab] OR evidence base*[tiab] OR (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR search*[tiab] OR research*[tiab])) OR meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR met analy*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR randomiz*[tiab] OR randomis*[tiab] OR RCT[tiab] OR HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR technology assessment*[tiab] OR technology overview*[tiab] OR technology appraisal*[tiab] OR (review[pt] AND medline[tiab] AND (cochrane[tiab] OR embase[tiab] OR cinhal[tiab] OR psycinfo[tiab])) NOT (case reports[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt] OR letter[pt])
- #6 infant*[tw] OR child*[tw] OR preschool*[tw] OR pre-school*[tw] OR kindergarten[tw] OR adolescen*[tw] OR young[tw] OR youth*[tw] OR student*[tw] OR juvenile[tw]
- #7 (#1 OR (#2 AND #3)) AND #4 AND #5 AND #6

PsycINFO (EBSCO)

- #1 MM (attention deficit disorder OR attention deficit disorder with hyperactivity OR oppositional defiant disorder OR learning disorders OR behavior problems)
- #2 MM (psychotherapy OR adlerian psychotherapy OR adolescent psychotherapy OR affirmative therapy OR analytical psychotherapy OR autogenic training OR behavior therapy OR brief psychotherapy OR brief relational therapy OR child psychotherapy OR client centered therapy OR cognitive behavior therapy OR conversion therapy OR eclectic psychotherapy OR emotion focused therapy OR existential therapy OR experiential psychotherapy OR expressive psychotherapy OR eye movement desensitization therapy OR feminist therapy OR geriatric psychotherapy OR gestalt therapy OR group psychotherapy OR guided imagery OR humanistic psychotherapy OR hypnotherapy OR individual psychotherapy OR insight therapy OR integrative psychotherapy OR interpersonal psychotherapy OR logotherapy OR narrative therapy OR network therapy OR persuasion therapy OR primal therapy OR psychoanalysis OR psychodrama OR psychodynamic psychotherapy OR psychotherapeutic counseling OR rational emotive behavior therapy OR reality therapy OR relationship therapy OR solution focused therapy OR supportive psychotherapy OR transactional analysis)
- #3 MM (psychosocial rehabilitation OR occupational therapy)
- #4 TI (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defiant* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)
- #5 TI (psychotherap* OR sociotherap* OR intervention* OR intervening OR therap* OR rehab* OR treatment* OR practice* OR program* OR model*1 OR approach* OR initiative* OR method*1 OR support* OR strateg* OR manag*)
- #6 AB (psychotherap* OR sociotherap* OR intervention* OR intervening OR therap* OR rehab* OR treatment* OR practice* OR program* OR model*1 OR approach* OR initiative* OR method*1 OR support* OR strateg* OR manag*)
- #7 TI (social* OR psychotherap* OR psychosocial* OR psycho-social* OR psycholog* OR education OR school* OR teacher* OR occupational) OR
- #8 AB (social* OR psychotherap* OR psychosocial* OR psycho-social* OR psycholog* OR education OR school* OR teacher* OR occupational)
- #9 TX (infant* OR child* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten OR adolescen* OR young OR youth* OR student* OR juvenile)
- #10 TI (best practice* OR evidence base* OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR randomiz* OR randomis* OR RCT OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*) OR AB (best practice* OR evidence base* OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR randomiz* OR randomis* OR RCT OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*)
- #11 ((#1 AND (#2 OR #3)) OR (#4 AND (#5 OR #6))) AND (#7 OR #8) AND #9 AND #10

CINAHL Complete (EBSCO)

- #1 MM (attention deficit hyperactivity disorder/rh/th OR social behavior disorders/rh/th OR learning disorders/rh/th) [rehabilitation, therapy]
- #2 TI (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defiant* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)
- #3 AB (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defiant* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)
- #4 TI (psychotherap* OR sociotherap* OR intervention* OR intervening OR therap* OR rehab* OR treatment* OR practice* OR program* OR model*1 OR approach* OR initiative* OR method*1 OR support* OR strateg* OR manag*)
- #5 AB (psychotherap* OR sociotherap* OR intervention* OR intervening OR therap* OR rehab* OR treatment* OR practice* OR program* OR model*1 OR model*1 OR approach* OR initiative* OR support* OR strateg* OR manag*)
- #6 TI (social* OR psychotherap* OR psychosocial* OR psycho-social* OR psycholog* OR education OR school* OR teacher* OR occupational)
- #7 AB (social* OR psychotherap* OR psychosocial* OR psycho-social* OR psycholog* OR education OR school* OR teacher* OR occupational)
- #8 TI (best practice* OR evidence base* OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR randomiz* OR randomis* OR RCT OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*) OR AB (best practice* OR evidence base* OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR randomiz* OR randomis* OR RCT OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*)
- #9 TX (infant* OR child* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten OR adolescen* OR young OR youth* OR student* OR juvenile)
- #10 (#1 OR #2 OR #3) AND (#4 OR #5) AND (#6 OR #7) AND #8 AND #9

EBM Reviews (OvidSP) : Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects

- #1 (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) ADJ2 (disorder* OR problem* OR disruptive OR outcome*)) OR oppositional defiant* OR (learning ADJ2 (disorder* OR disabilit* OR impair*))).ti
- #2 (psychotherap* OR sociotherap* OR intervention* OR intervening OR therap* OR rehab* OR treatment* OR practice* OR program* OR model*1 OR approach* OR initiative* OR method*1 OR support* OR strateg* OR manag*).ti,ab

#3 (social* OR psychotherap* OR psychosocial* OR psycho-social* OR psycholog* OR education OR school* OR teacher* OR occupational).ti,ab

#4 #1 AND #2 AND #3

Social Sciences Abstracts (EBSCO)

#1 TI (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defiant* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)

#2 AB (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defiant* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)

#3 TI (psychotherap* OR sociotherap* OR intervention* OR intervening OR therap* OR rehab* OR treatment* OR practice* OR program* OR model*1 OR approach* OR initiative* OR method*1 OR support* OR strateg* OR manag*)

#4 AB (psychotherap* OR sociotherap* OR intervention* OR intervening OR therap* OR rehab* OR treatment* OR practice* OR program* OR model*1 OR approach* OR initiative* OR method*1 OR support* OR strateg* OR manag*)

#5 TI (social* OR psychotherap* OR psychosocial* OR psycho-social* OR psycholog* OR education OR school* OR teacher* OR occupational)

#6 AB (social* OR psychotherap* OR psychosocial* OR psycho-social* OR psycholog* OR education OR school* OR teacher* OR occupational)

#7 TI (best practice* OR evidence base* OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR randomiz* OR randomis* OR RCT OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*) OR AB (best practice* OR evidence base* OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR randomiz* OR randomis* OR RCT OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*)

#8 TX (infant* OR child* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten OR adolescen* OR young OR youth* OR student* OR juvenile)

#9 (#1 OR #2) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6) AND #7 AND #8

TDAAH – ORGANISATION DES SOINS

Date de la recherche : 2 août 2016

Limites : 2006 - ; anglais et français; exclusion manuelle des études en lien avec la pharmacologie

PubMed (NLM)

- #1 attention deficit and disruptive behavior disorders[majr] OR child behavior disorders OR learning disorders[majr]
- #2 patient care planning[majr:noexp] OR continuity of patient care[majr:noexp] OR disease management"[majr:noexp]
- #3 attention def*[ti] OR ADHD[ti] OR ADDH[ti] OR ADHS[ti] OR AD/HD[ti] OR hyperactiv*[ti] OR hyper-activ*[ti] OR conduct disorder*[ti] OR (behavior*[ti] AND (disorder*[ti] OR problem*[ti] OR outcome*[ti])) OR disruptive behavior*[ti] OR disruptive behaviour*[ti] OR oppositional defiant*[ti] OR learning disorder*[ti] OR learning disabilit*[ti] OR learning impair*[ti]
- #4 service*[ti] OR care[ti]
- #5 trajector*[ti] OR organis*[ti] OR organiz*[ti] OR continuity[ti] OR continuum[ti]
OR barrier*[ti] OR facilitator*[ti] OR implement*[ti] OR prioritiz*[ti] OR manag*[ti] OR strateg*[ti] OR coordinat*[ti] OR transit*[ti] OR interdisciplin*[ti] OR collaborat*[ti] OR intergrat*[ti] OR cooperat*[ti]
- #6 infant*[tw] OR child*[tw] OR preschool*[tw] OR pre-school*[tw] OR kindergarten[tw] OR adolescen*[tw] OR young[tw] OR youth*[tw] OR student*[tw] OR juvenile[tw]
- #7 ((#1 AND #2) OR (#3 AND #4 AND #5)) AND #6

PsycINFO (EBSCO)

- #1 MM (attention deficit disorder OR attention deficit disorder with hyperactivity OR oppositional defiant disorder OR learning disorders)
- #2 MM (treatment planning OR continuum of care OR disease management)
- #3 TI (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defiant* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)
- #4 TI (service* OR care)
- #5 AB (service* OR care)
- #6 TI (trajector* OR organis* OR organiz* OR continuity OR continuum OR barrier* OR facilitator* OR implement* OR prioritiz* OR manag* OR strateg* OR coordinat* OR transit* OR interdisciplin* OR collaborat* OR intergrat* OR cooperat*)
- #7 AB (trajector* OR organis* OR organiz* OR continuity OR continuum OR barrier* OR facilitator* OR implement* OR prioritiz* OR manag* OR strateg* OR coordinat* OR transit* OR interdisciplin* OR collaborat* OR intergrat* OR cooperat*)

#8 TX (infant* OR child*OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten OR adolescen* OR young OR youth* OR student* OR juvenile)

#9 ((#1 AND #2) OR (#3 AND (#4 OR #5) AND (#6 OR #7)) AND #8

CINAHL Complete (EBSCO)

#1 MM (attention deficit hyperactivity disorder OR social behavior disorders OR learning disorders)

#2 MM (patient care plans OR continuity of patient care OR disease management)

#3 TI (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defiant* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)

#4 AB (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defiant* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)

#5 TI (service* OR care)

#6 AB (service* OR care)

#7 TI (trajector* OR organis* OR organiz* OR continuity OR continuum OR barrier* OR facilitator* OR implement* OR prioritiz* OR manag* OR strateg* OR coordinat* OR transit* OR interdisciplin* OR collaborat* OR intergrat* OR cooperat*)

#8 AB (trajector* OR organis* OR organiz* OR continuity OR continuum OR barrier* OR facilitator* OR implement* OR prioritiz* OR manag* OR strateg* OR coordinat* OR transit* OR interdisciplin* OR collaborat* OR intergrat* OR cooperat*)

#9 TX (infant* OR child*OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten OR adolescen* OR young OR youth* OR student* OR juvenile)

#10 ((#1 AND #2) OR ((#3 OR #4) AND (#5 OR #6) AND (#7 OR #8))) AND #9

EBM Reviews (OvidSP) : Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects

#1 (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) ADJ2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defiant* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*).ti

#2 (trajector* OR organis* OR organiz* OR continuity OR continuum OR barrier* OR facilitator* OR implement* OR prioritiz* OR manag* OR strateg* OR coordinat* OR transit* OR interdisciplin* OR collaborat* OR intergrat* OR cooperat*).ti,ab

#3 TX (infant* OR child*OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten OR adolescen* OR young OR youth* OR student* OR juvenile)

#4 #1 AND #2 AND #3

Social Sciences Abstracts (EBSCO)

- #1 TI (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defian* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)
- #2 AB (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defian* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)
- #3 TI (service* OR care)
- #4 AB (service* OR care)
- #5 TI (trajector* OR organis* OR organiz* OR continuity OR continuum OR barrier* OR facilitator* OR implement* OR prioritiz* OR manag* OR strateg* OR coordinat* OR transit* OR interdisciplin* OR collaborat* OR intergrat* OR cooperat*)
- #6 AB (trajector* OR organis* OR organiz* OR continuity OR continuum OR barrier* OR facilitator* OR implement* OR prioritiz* OR manag* OR strateg* OR coordinat* OR transit* OR interdisciplin* OR collaborat* OR intergrat* OR cooperat*)
- #7 TX (infant* OR child* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten OR adolescen* OR young OR youth* OR student* OR juvenile)
- #8 ((#1 OR #2) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6)) AND #7

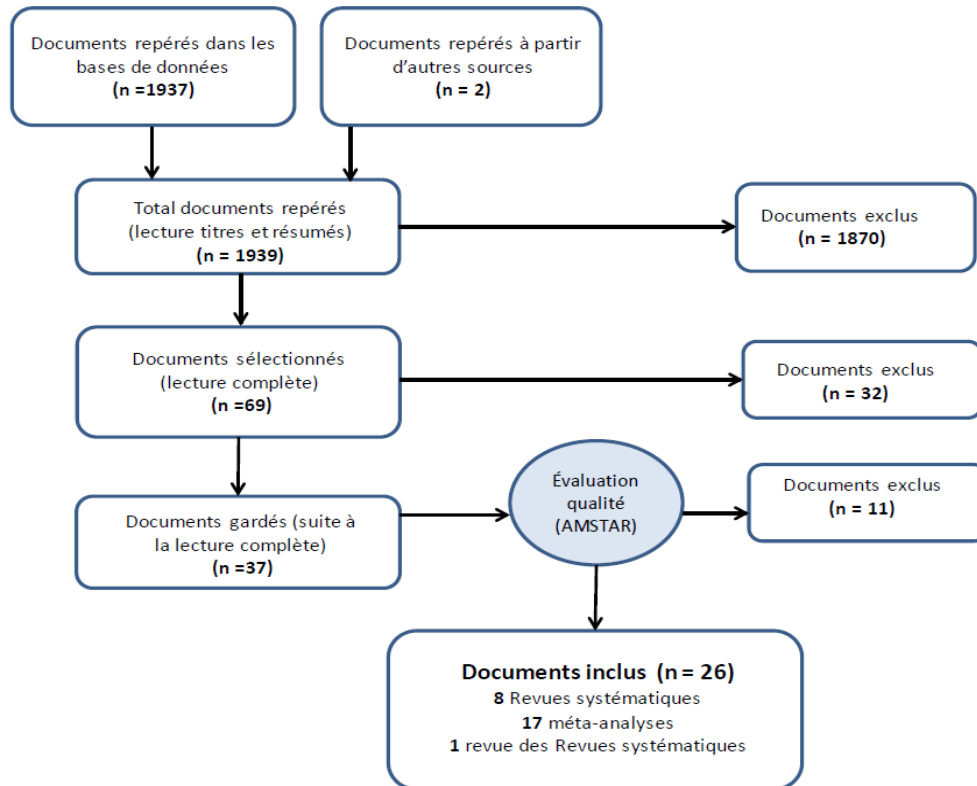
Business Source Corporate Plus (EBSCO)

- #1 TI (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defian* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)
- #2 AB (attention def* OR ADHD OR ADDH OR ADHS OR AD/HD OR hyperactiv* OR hyper-activ* OR conduct disorder* OR ((behavior* OR behaviour*) N2 (disorder* OR problem* OR outcome*)) OR disruptive behavior OR disruptive behaviour OR oppositional defian* OR learning disorder* OR learning disabilit* OR learning impair*)
- #3 TI (service* OR care)
- #4 AB (service* OR care)
- #5 TI (trajector* OR organis* OR organiz* OR continuity OR continuum OR barrier* OR facilitator* OR implement* OR prioritiz* OR manag* OR strateg* OR coordinat* OR transit* OR interdisciplin* OR collaborat* OR intergrat* OR cooperat*)
- #6 AB (trajector* OR organis* OR organiz* OR continuity OR continuum OR barrier* OR facilitator* OR implement* OR prioritiz* OR manag* OR strateg* OR coordinat* OR transit* OR interdisciplin* OR collaborat* OR intergrat* OR cooperat*)
- #7 TX (infant* OR child* OR preschool* OR pre-school* OR kindergarten OR adolescen* OR young OR youth* OR student* OR juvenile)
- #8 ((#1 OR #2) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6)) AND #7

ANNEXE B

Diagramme de flux

Diagramme illustrant la sélection des documents pour la question clé de recherche relative à l'efficacité des interventions psychosociales



ANNEXE C

Résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des études

		Chan (2016)	Daley (2013)	Evans (2014)	Gaastra (2016)	Bruce (2014)	DuPaul (2012)	Micoulaud-Franchi (2014)	Richardson (2015)	Sonuga-Barke (2013)	Storebo (2011)
Item	Questions										
1	Le plan de recherche établi a priori est-il fourni ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
2	la sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites par au moins deux personnes?	Non	Oui	impossible de répondre	impossible de répondre	Oui	impossible de répondre	Oui	Oui	Oui	Oui
3	la recherche documentaire était-elle exhaustive?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
4	la nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
5	Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie?	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui
6	Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
7	La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui
8	La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui
9	Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées?	sans objet	Oui	sans objet	Oui	sans objet	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
10	La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée?	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui
11	Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Évaluation globale de la qualité		Moyenne	Bonne	Moyenne	Bonne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Bonne	Moyenne	Bonne

		Zwi (2011)	Tarver (2014)	Willis (2011)	Bond (2013)	Charach (2013)	Chacko (2013)	Comer (2013)	Gheorghiu (2017)	Cortese (2015)	Cortese (2016)
Item	Questions										
1	Le plan de recherche établi a priori est-il fourni ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
2	la sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites par au moins deux personnes?	Oui	Oui	impossible de répondre	Oui	impossible de répondre	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
3	la recherche documentaire était-elle exhaustive?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
4	la nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
5	Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie?	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
6	Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
7	La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée?	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
8	La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
9	Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées?	Oui	Oui	sans objet	sans objet	Oui	sans objet	Oui	sans objet	Oui	Oui
10	La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée?	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
11	Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés?	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Évaluation globale de la qualité		Bonne	Bonne	Moyenne	Moyenne	Bonne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Bonne	Bonne

Item	Questions	Bikic (2017)	Knowles (2015)	Karch (2013)	Mckenna (2016)	Perry (2010)	Ward (2016)
1	Le plan de recherche établi a priori est-il fourni ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
2	la sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites par au moins deux personnes?	Oui	impossible de répondre	Oui	Oui	Oui	Oui
3	la recherche documentaire était-elle exhaustive?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
4	la nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion?	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non
5	Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie?	Non	Non	Non	Non	Non	Non
6	Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées?	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
7	La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée?	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
8	La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions?	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui
9	Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées?	Oui	sans objet	Oui	sans objet	sans objet	Oui
10	La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée?	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui
11	Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés?	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Évaluation globale de la qualité		Bonne	Faible	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne

ANNEXE D

Liste et caractéristiques des revues systématiques et méta-analyses

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Bikić et al. (2017) Méta-analyse	P: Enfants et adolescents avec TDAH, 5-18 ans	Objectif: Évaluer l'efficacité des interventions visant l'amélioration des capacités à s'organiser et à planifier le travail scolaire (<i>organizational skill</i>) effectuées auprès d'enfants et d'adolescents atteints de TDAH. Intervention: les interventions sont données en face à face par un professionnel (étudiant en psychologie, psychologue) ou le professeur et les activités consistent à enseigner des méthodes d'organisation, entraînement à la planification, retour sur les événements etc. Les interventions retenues portent sur l'organisation du matériel scolaire à apporter à la maison pour les devoirs, l'organisation du temps et la planification des travaux à effectuer avec échéance et ce, pour chaque semaine d'intervention.	La plupart des études montre des résultats positifs pour la capacité des enfants à planifier leur travail (mesuré par parent : $d=0,83$ et mesuré par les professeurs : $d=0,54$). De même pour l'inattention, la taille de l'effet globale mesurée par les professeurs est de 0,26 et de 0,56 lorsque mesurée par les parents.	12 études (N=1054) ECR
	I: Entraînement à la planification et à l'organisation du travail scolaire			
	C: Comparaisons : Groupe témoin sans intervention			
	O: Symptômes de TDAH, capacité à planifier et à s'organiser, performance académique			
	T: 2007-2016			
	S: Milieu scolaire ou clinique			
Conclusion:	En dépit de plusieurs limites identifiées (hétérogénéité des études, utilisation d'un proxy pour mesurer l'inattention (échelle HPC-I), absence de suivi etc.) dans les études primaires, les auteurs considèrent que les interventions d'entraînement à la planification et à l'organisation améliorent les capacités des enfants et adolescents à organiser et à planifier le travail scolaire (amélioration modérée lorsque mesurée par les professeurs, amélioration élevée lorsqu'évaluée par les parents). Des améliorations modestes ont été trouvées sur l'inattention et sur la performance académique.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Bond et al. (2013) RS	P: Enfants et adolescents avec troubles internalisés et externalisés, 0-18 ans	Objectif: 1) Évaluer l'efficacité des interventions «axées sur les solutions» (solution focus) effectuées auprès des enfants et des familles; 2) identifier pour quels genres de problèmes ce type d'intervention est le plus approprié. Intervention: approches mettant l'accent sur les forces et ressources des personnes afin d'engendrer un changement positif. Les modalités d'administration sont très diversifiées: de 1 à 14 sessions de 40 minutes à une heure, en groupe ou individuelle, en milieu scolaire ou familial et dirigées par différents types d'intervenants (psychologues, infirmières, thérapeutes, etc.).	La plupart des études montrent des résultats positifs pour les troubles internalisés, tant en groupe qu'en individuel, chez des jeunes présentant des degrés de difficulté modérés. Quelques études montrent des effets positifs pour les cas plus complexes (plus spécifiquement chez les filles). Dans l'ensemble, ce type de thérapie semble donner quelques résultats positifs sur les troubles externalisés particulièrement lorsqu'administrés en milieu scolaire.	38 études ECR, études quasi expérimentales et des études de cas.
	I: Thérapie brève orientées vers les solutions (<i>solution focus</i>)			
	C: Comparaisons : Avant/après; Groupe témoin: traitement usuel, liste d'attente, sans intervention ou autre intervention			
	O: Symptômes d'anxiété, dépression, post-traumatique, évaluation de la confiance et de l'estime de soi, capacité d'adaptation			
	T: 1990-2010			
	S: Milieu scolaire et communautaire			
Conclusion:	En dépit de plusieurs limites identifiées (faibles échantillons, attrition, absence de groupes témoins, résultats auto-rapportés ou auto-sélection, absence de suivi, etc.) dans les études primaires, les auteurs considèrent qu'il y a quelques indices préliminaires à l'efficacité des interventions brèves intégrant une composante orientées vers les solutions (<i>solution focus</i>) chez les enfants et adolescents présentant des problèmes ou des troubles internalisés et externalisés.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études		Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Bruce et al. (2014) RS	P:	Conducteurs novices avec TDAH (16-25 ans)	Objectif: 1) Revoir l'efficacité des interventions comportementales visant l'amélioration de la conduite automobile chez les jeunes conducteurs avec un TDAH, et 2) repérer et décrire les interventions comportementales développées et disponibles pour cette population.	Deux études ont été incluses pour l'objectif 1: La première montre que la performance des conducteurs s'est améliorée suite à l'entraînement (p=0,03) avec embrayage manuel. La seconde étude montre que les conducteurs entraînés présentent un temps de réaction au freinage de -0,55 secondes (SD = 0,33) de moins que les témoins. La taille de l'effet était de 0,47 en faveur du groupe à l'étude.	13 études (N=30 pour les deux études sur l'efficacité) ECR, cohortes, séries de cas
	I:	Intervention comportementale appliquée à la conduite automobile (gestion émotionnelle, auto-contrôle, situations d'urgence, etc.)			
	C:	Comparaison : Avant/après; groupe témoin: sans intervention			
	O:	Degré d'attention, gestion du risque et du comportement, relation parents-adolescents	Intervention: Diversifiées. Intervention par simulateur (vidéo) et commande manuelle. Interventions en classe impliquant des commentaires spontanés simultanément à l'écoute de vidéos offrant une perspective de conducteur. Interventions comportementales lors de conduite sur route. Entraînement à l'anticipation et aux situations d'urgence.		
	T:	1996-2011			
	S:	En classe, assisté par ordinateur ou sur route			
Conclusion:	Plusieurs interventions ont le potentiel pour améliorer les habiletés pour la conduite automobile. D'autres études sont requises pour déterminer si des interventions non-pharmacologiques sont bénéfiques pour les jeunes conducteurs avec un TDAH. Les auteurs concluent toutefois que les interventions axées sur les situations d'urgence peuvent être bénéfiques pour améliorer les habiletés de conduites automobiles.				

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études		Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Chacko et al. (2013) RS	P:	Enfants et adolescent avec TDAH ou symptômes de TDAH, 4-17 ans	Objectif: Cette revue vise à déterminer l'efficacité à court et à long terme des interventions portant sur l'entraînement à la concentration (fonctions exécutives) chez des jeunes avec un TDAH.	Effets mixtes: Deux ECR ont démontré que cette approche améliore la mémoire et les symptômes de TDAH (inattention) chez le groupe à l'étude comparativement à un groupe placebo et à un groupe sans intervention. Une étude a trouvé un résultat analogue durant un exercice académique mais non sur les symptômes de TDAH. Une étude n'a pas trouvé d'effet lorsque comparée à un groupe soumis à une autre intervention.	7 études (N=239) ECR, études quasi expérimentales
	I:	Entraînement cognitif			
	C:	Groupes témoins : placebo, liste d'attente, traitement usuel; Intra : Avant/après			
	O:	Fonctions exécutives (mémoire de travail)	Intervention: Le <i>Cogmed Working Memory Training</i> (CWMT) est un programme sur ordinateur désigné pour augmenter la capacité de concentration et de mémorisation. Ce programme est conçu pour les jeunes du préscolaire, primaire et secondaire et la durée s'étale sur 5 semaines d'entraînement.		
	T:	2002-2012			
	S:	Milieu scolaire ou clinique			
Conclusion:	Les auteurs de cette revue systématique sur les interventions comportementales visant l'amélioration des fonctions exécutives (entraînement à la concentration) concluent que ce type d'intervention aurait le potentiel pour devenir des interventions clés pour les sous-groupes distincts de TDAH. Cependant, compte tenu des limites des études incluses, les auteurs ont classifié ces interventions comme étant «possiblement efficaces» selon les critères du <i>Society for Clinical Child and Adolescent Psychology</i> .				

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Chan et al. (2016)	P:	Adolescents avec TDAH, 12-18 ans	Les traitements psychosociaux utilisant ou combinant des interventions comportementales, TCC et des techniques d'entraînements comportementaux (<i>skills training</i>) montrent de petites ($d=0,30$) et de moyennes ($d=0,69$) tailles d'effet sur les symptômes de TDAH. Les tailles d'effets plus importantes ont été trouvées pour le rendement académique et pour les fonctions exécutives ($d=0,51$ à $5,15$).	17 études (N=2668)
	I:	TCC, autres interventions comportementales		
	C:	Groupe témoin: traitement usuel		
	O:	Symptômes TDAH, symptômes émotionnels, fonctionnement social, performance académique	Intervention: TCC avec emphase sur renforcement des comportements, identifier les pensées négatives ou automatiques dans le but de les modifier; <i>skills training</i> pour adresser les déficits associés au TDAH (organisation, planification, etc.).	
	T:	1999- 2016		
	S:	Milieu scolaire et communautaire		
Conclusion:	Les résultats supportent l'utilisation d'interventions psychosociales intégrant des composantes multiples dans le traitement du TDAH. Plus spécifiquement, ces interventions présentent des effets plus importants sur les fonctions exécutives (organisation, planification, etc.) que les interventions utilisant une seule composante. Un effet plus modeste sur les symptômes émotionnels et comportementaux a été constaté par les parents.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Charach et al. (2013) Méta-analyse	P:	Enfants préscolaires (<6 ans) avec TDAH et comportements perturbateurs	Effets sur les comportements des enfants: méta-analyse de 13 études a estimé une taille de l'effet modérée de $-0,75$ ($-0,93$ to $-0,58$) en faveur du groupe expérimental. Effets sur les habiletés parentales: méta-analyse de 14 études de moyenne à bonne qualité a donné une taille d'effet modérée de $0,55$ ($0,36-0,73$). Une relation «dose-réponse» (intensité plus grande pour les parents) a été observée comme élément additionnel supportant l'efficacité des interventions.	14 études (N=707) ECR, études observationnelles
	I:	Intervention comportementale (parents, enfants, professeurs)		
	C:	Comparaisons : intra : Avant/après; Groupe témoin traitement usuel, liste d'attente, sans intervention ou intervention alternative		
	O:	Symptômes TDAH, habiletés parentales	Intervention: Ces programmes aident les parents à gérer les comportements négatifs des enfants avec plus de discipline tout en faisant la promotion d'une bonne relation parent/enfant. Sont inclus des composantes éducationnelles (comportements et développement des enfants), du <i>coaching</i> et du soutien aux efforts des parents.	
	T:	1980-2011		
	S:	Résidentiel, communauté, clinique		
Conclusion:	Les interventions visant l'amélioration des habiletés parentales s'avèrent efficaces pour aider à gérer les comportements perturbateurs des enfants d'âge préscolaire. Les auteurs mentionnent toutefois des limites méthodologiques importantes des études incluses telles que l'hétérogénéité des interventions, les tailles d'échantillons relativement faibles et le fait que les changements de comportements soient évalués principalement par le parent (seulement 3 études ont évalué les comportements par le personnel en services de garde ou à l'école).			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Corner et al. (2013) Méta-analyse	P: Enfants avec comportements perturbateurs, 8 ans et moins	Objectif. Évaluer l'effet d'ensemble des traitements psychosociaux chez des enfants présentant des comportements perturbateurs. Une analyse des effets modérateurs de réponse aux traitements est également effectuée.	Dans l'ensemble, les traitements psychosociaux résultent en une amélioration considérable des comportements perturbateurs ($d=0,82$). Les interventions comportementales montrent les effets les plus importants ($d=0,88$) et aussi celles effectuées auprès de groupes avec une proportion importante de garçons et d'enfants plus âgés ($d=1,17$). Les effets des interventions sont également élevés pour les troubles externalisés ($d=0,90$), les plus faibles effets retrouvés l'ont été pour l'hyperactivité ($d=0,61$).	36 études (N=3042) ECR
	I: TCC, thérapie parent-enfant, approche systémique			
	C: Groupe témoin sans intervention, placebo, liste d'attente, traitement pharmacologique, traitement usuel			
	O: Symptômes TDAH et de problèmes externalisés, comportements opposants, agressivité	Intervention: Traitements comportementaux basés sur <i>The Learning Theory</i> incluant des restrictions et du renforcement positif des comportements. Les auteurs tiennent en compte le fait que le traitement s'adresse directement aux enfants ou passent par les parents.		
	T: 1990-2012			
	S: Communauté			
Conclusion:	Dans l'ensemble, les interventions psychosociales, lorsque associées à des interventions comportementales, démontrent un effet important et soutenu dans le temps chez les enfants présentant des problèmes de comportements perturbateurs et des troubles externalisés. Ces effets positifs seraient plus importants chez les enfants plus âgés et notamment chez les garçons. Les groupes de comparaisons s'avèrent des éléments modérateurs importants (TU, liste d'attente et traitement alternatif); les effets mesurés par les pères donnent des résultats plus élevés que ceux évalués par les mères; enfin, les durées de traitement ne semblent pas affecter les réponses aux traitements.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Cortese et al. (2015) Méta-analyse	P: Enfants et adolescents avec un diagnostic de TDAH (3-18 ans)	Objectif. Évaluer l'efficacité des interventions d'entraînement des fonctions exécutives sur les symptômes de TDAH, la concentration, la mémoire de travail et la performance académique.	Les résultats montrent un effet global positif sur les symptômes de TDAH et sur l'inattention lorsque toutes les études sont incluses dans l'analyse ($d=0,37$ et $0,47$ respectivement). Toutefois, lorsque l'évaluation est à l'aveugle, les résultats ne montrent plus de différence entre les cas et les témoins ($d=0,20$ et $0,40$ respectivement). Les effets sur l'hyperactivité, sur les fonctions exécutives et sur la performance académique ne sont pas significatifs.	15 études ECR
	I: Intervention d'entraînement cognitif			
	C: Groupe témoin avec traitement usuel, autre intervention			
	O: Fonctions exécutives, mémoire de travail visuelle ou verbale, inattention, symptômes de TDAH, performances académiques	Intervention: Entraînement des fonctions exécutives; presque toutes les interventions étaient assistées par ordinateur et quelques-unes étaient du neurofeedback.		
	T: 2005-2014			
	S: Clinique, école, résidence			
Conclusion:	En dépit de la présence d'effets positifs sur la mémoire, les auteurs concluent que l'entraînement cognitif à la concentration et à la mémorisation donne des effets limités sur les manifestations de TDAH lorsque mesuré à l'aveugle. Afin d'obtenir des effets sur le plan clinique, les auteurs suggèrent des interventions ciblant les processus neuropsychologiques multiples.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études		Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Cortese et al. (2016) Méta-analyse	P:	Enfants et adolescents avec TDAH, 6-13 ans	Objectif : Déterminer si les interventions de neurofeedback avec électro-encéphalogramme améliorent significativement les symptômes d'inattention et d'hyperactivité chez les enfants avec un TDAH.	Les résultats montrent des effets significatifs lorsque mesurés par l'examineur le plus proximal (parents, non à l'aveugle): symptômes de TDAH ($d=0,35$; IC: 0,11-0,59); des résultats similaires ont été trouvés sur l'inattention. Lorsque mesurés à l'aveugle par les professeurs, en présence de témoin avec un programme placebo, les résultats n'étaient plus significatifs. Quatre études ont mesuré les effets du neurofeedback sur l'apprentissage, de ce nombre, seulement une a montré des effets positifs.	13 études (N=520) ECR
	I:	Neurofeedback			
	C:	Groupe témoin: aucune intervention ou autre intervention	Intervention : Protocole standard d'application de neurofeedback avec EEG avec ratio d'entraînement théta/beta équivalent, plusieurs sessions.		
	O:	Symptômes TDAH, inattention, performance académique			
	T:	2004-2014			
	S:	Milieu scolaire ou clinique (parfois les deux)			
Conclusion:	Cette étude qui incluait des essais cliniques randomisés avec des évaluateurs à l'aveugle dans la plupart des cas, ne peut considérer le neurofeedback comme une intervention efficace dans le traitement du TDAH. D'autres essais avec des interventions standardisées sont nécessaires afin d'optimiser les effets sur l'apprentissage et l'inattention.				

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études		Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
DuPaul et al. (2012) Méta-analyse	P:	Enfants avec TDAH, 6 à 12 ans	Objectif. Les auteurs ont effectué une revue quantitative des études portant sur les interventions comportementales en milieu scolaire pour les jeunes avec un TDAH. Le second objectif est de tenter de trouver des différences significatives des effets selon le type d'intervention.	La taille de l'effet moyenne sur la mesure du comportement était significative pour les sujets étudiés sans et avec intervention (2 phases) (0,72) et pour les <i>single-subject designs</i> (2,20) mais non pour les sujets comparés à des témoins (0,18). Les effets sur la performance académique se sont avérés significatifs et importants pour les <i>single-subject designs</i> (3,48). Les interventions académiques, cognitives comportementales et gestion des comportements négatifs (par le professeur) ont toutes été associées à des effets positifs sur les comportements et la performance académique.	60 études (N= 85) Études quasi expérimentales et études de cas (<i>Single-subject design</i>).
	I:	TCC, renforcement des comportements			
	C:	Comparaisons : intra : Avant/après, devis croisé; groupe témoin: autre intervention	Intervention: 3 types d'interventions en classe: 1) interventions cognitivo-comportementales par le professeur 2) punition positive et négative 3) adaptation académique (tutorat, ordinateur, aide par les pairs) pour les jeunes avec TDAH.		
	O:	Comportement en classe, performance académique			
	T:	1996-2010			
	S:	Milieu scolaire			
Conclusion:	Les auteurs concluent que plusieurs interventions sont associées à une amélioration moyenne et importante du fonctionnement comportemental et académique des étudiants avec TDAH. Ils suggèrent que les psychologues scolaires utilisent le renforcement et l'autorégulation comme traitement de première ligne lorsqu'ils adressent les besoins académiques et éducationnels des jeunes avec TDAH.				

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Dayley et al. (2013) Méta-analyse	P: Enfants et adolescents avec TDAH, 3-18 ans	Objectif: À l'instar de l'étude de Sonuga-Barke, les auteurs veulent revoir les conclusions de cette étude et connaître les effets des interventions sur les habiletés parentales et les comportements des enfants (opposition, comorbidités, compétences sociales, performance académique).	Les résultats montrent un effet positif sur les habiletés parentales (SMD 0,68; CI 0,27-1,09). Les effets sur le fonctionnement des enfants (avec et sans médication) montrent un effet significatif mais avec beaucoup d'hétérogénéité (SMD 0,35; CI 0,19-0,50). Lorsque les analyses sont restreintes aux enfants prenant peu ou pas de médication, la taille de l'effet augmente (SMD 0,50; CI 0,24-0,76) mais l'hétérogénéité demeure significative.	32 études (N=2226) ECR
	I: Entraînement aux habiletés comportementales et sur le fonctionnement général et social			
	C: Groupe témoin: traitement usuel, liste d'attente, autre intervention	Intervention: les auteurs ont élargi à tous types d'interventions comportementales. Les auteurs incluent autant les traitements qui s'adressent aux enfants ou celles adressées aux parents.		
	O: Habiletés parentales, comportements, fonctionnement social et performance académique			
	T: 1991-2012			
	S: Milieu scolaire, résidence, camp d'été			
Conclusion:	Les auteurs concluent à un effet bénéfique des interventions comportementales sur les compétences parentales (interventions d'autonomisation) et sur les comportements des enfants (relations sociales et performance académique) lorsque mesuré par les parents ou les professeurs. Cependant, ces interventions n'ont pas d'effet sur le bien-être ressenti par les parents.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Evans et al. (2014) RS	P: Enfants et adolescents avec TDAH, 3-17 ans	Objectif : Déterminer les degrés d'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants avec un TDAH. Tenter d'identifier les caractéristiques des interventions et des participants et mesurer ce qui pourrait influencer les résultats des interventions.	Les auteurs ont effectué une mise à jour des cinq dernières années et ont classé chaque type d'interventions selon la grille du JCCAP. Ainsi, les interventions auprès des parents, les interventions en classe et par les pairs sont classées «bien établies». Les interventions combinées se situent au niveau 2 «probablement efficaces», le neurofeedback se classe comme étant «possiblement efficace».	21 études ECR
	I: Entraînement aux habiletés parentales, interventions comportementales et sur le fonctionnement social. Neurofeedback			
	C: Groupe témoin: aucune intervention ou autre intervention	Intervention : entraînement aux habiletés parentales via des programmes reconnus (ex : COPE) donnés en groupe et s'étalant d'une session unique à 12 semaines de formation. Intervention comportementale en classe (donner attention particulière, punition positive et négative, programme d'acceptation des différences, etc.). Intervention par les pairs dans milieu de récréation (acceptation et facilitation des relations sociales).		
	O: Symptômes TDAH, symptômes émotionnels, fonctionnement social, performance académique			
	T: 2007-2012			
	S: Milieu scolaire, résidence, camp d'été			
Conclusion:	Selon les auteurs, les interventions de type entraînement comportemental des parents, gestion des comportements dans les classes et les interventions comportementales pour les relations avec les pairs, sont toutes des interventions se classant dans la catégorie des «traitements bien établis». Le neurofeedback est classé «possiblement efficace» selon la grille du JCCAP.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études		Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Gaastra et al. (2016) Méta-analyse	P:	Enfants et adolescents avec symptômes TDAH, 6-17 ans	Objectif : Cette méta-analyse vise à déterminer l'efficacité des interventions en classe. Le second objectif est d'identifier de potentiels éléments modérateurs (type de classe, âge, genre, intelligence et médication). Intervention : Interventions en classe administrées par le professeur : 1) interventions cognitive-comportementales 2) punition et récompense 3) adaptation académique (tutorat par les pairs, musique d'ambiance en classe, ordinateur) pour jeune avec TDAH dans la classe.	Les interventions en classe réduisent, d'une façon globale, les comportements perturbateurs et les symptômes de TDAH en classe (d=0,92). Les interventions basées sur les conséquences (récompenses et punitions) ont un effet plus important (d=1,82) ainsi que celles visant l'autorégulation des comportements (d=3,61). Les tailles de l'effet étaient plus importantes pour les interventions ayant eu lieu dans la classe régulière plutôt que dans les classes spéciales.	100 études (N=627) <i>single-subject design</i> , étude de cas, devis croisés
	I:	Intervention en classe (renforcement, conséquence, modification de l'environnement, autorégulation des comportements)			
	C:	Comparaisons : Groupe témoin sans intervention. Intra-sujet : Avant/après; Avant sans intervention et après avec intervention			
	O:	Comportements perturbateurs			
	T:	1970-2013			
S:	Milieu scolaire				
Conclusion:	Interventions en classe réduisent les comportements inappropriés et perturbateurs. Les interventions qui donnent des effets plus marqués sont celles qui incluent des composantes d'autorégulation des comportements et ceux incluant des conséquences aux mauvais comportements. L'analyse des éléments modérateurs n'a montré aucun résultat concluant.				

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études		Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Gheorghiu et Gheorghiu Lesage (en préparation) Revue de revues systématiques	P:	Enfants et adolescents avec TDAH, 3-19 ans	Objectif Revoir l'efficacité des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques est une stratégie Objectif Revoir l'efficacité des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques est une stratégie efficace concernant les symptômes de TDAH, chez les enfants et adolescents avec un TDAH âgés entre 3 et 19 ans. Intervention: Interventions comportementales, entraînements cognitifs, neurofeedback, activités physiques.	Les interventions psychosociales revues dans cette étude sont associées à une réduction des symptômes de TDAH et produisent des résultats similaires aux interventions pharmacologiques chez les adolescents, mais sont moins efficaces que les interventions combinées chez les enfants. Les interventions d'entraînement cognitif auraient des effets limités lorsqu'évaluées à l'aveugle. Une méta-analyse n'a trouvé aucun effet pour ce type d'intervention. Le neurofeedback aurait des effets bénéfiques lorsqu'évalué par les parents mais les tailles de l'effet sont faibles lorsque les enfants sont évalués par les professeurs.	6 études sur interventions 6 études sur interventions psychosociales (n>2000) RS et méta-analyses
	I:	Pharmacologique, interventions comportementales, neurofeedback, activités physiques			
	C:	Groupe témoin: Aucune intervention, traitement usuel, liste d'attente, autre intervention			
	O:	Symptômes de TDAH			
	T:	1985-2015			
S:	Milieu scolaire, résidence				
Conclusion:	Les auteurs concluent qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle, de traitement optimal pour le TDAH offert en première ligne. Des études sont nécessaires afin de définir les protocoles de traitements et de suivi à venir et la référence possible aux soins spécialisés. L'information aux parents aussi bien que les traitements alternatifs aux médicaments ou la prescription d'activités physiques en dehors du curriculum scolaire, pourraient être envisagés.				

Auteurs (Année) Type d'études	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement (TI) selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre de patients Types d'études
Karch et al. (2013) Méta-analyse	P: Enfants et adolescents avec TDAH ou TDA, 5-17 ans	Objectif: Les auteurs évaluent les effets des interventions cognitives telles que l'entraînement de la mémoire, sur les comportements, l'intelligence et la performance scolaire. Intervention: Les interventions incluses sont de l'entraînement cognitif qui met l'emphase sur les difficultés fonctionnelles (inattention, problème de mémoire, capacité à s'autoréguler ou à résoudre des problèmes). La plupart des interventions était assistée par ordinateur (<i>Captain's Log, Cogme memory, programme Robo Memo</i> etc.)	Les tailles de l'effet d'ensemble sur l'attention (d=0,18; IC: -0,11-0,47) et sur les fonctions exécutives (d=0,17; IC: -0,12-0,46) sont faibles. Un effet moyen a été trouvé sur la mémoire (d=0,65; IC: -0,12-1,42) toutefois, l'hétérogénéité était élevée pour les deux études incluses (I = 82%).	22 études (N=905) ECR
	I: Interventions cognitives comportementales, entraînement à la mémoire de travail et de l'attention			
	C: Comparaisons : groupe témoin sans intervention ou autre intervention			
	O: Évaluation de l'attention, de la mémoire de travail et la performance scolaire			
	T: 1985-2011			
	S: Milieu scolaire et clinique			
Conclusion:	Les interventions d'entraînement cognitif pour les enfants et adolescents montrent des effets faibles mais favorables sur l'inattention et la mémoire. Les résultats positifs ont été trouvés seulement pour les études utilisant des groupes-témoins sans intervention. Selon les auteurs, les effets sur les comportements sont non spécifiques.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Knowles et al. (2015) RS	P: Enfants et adolescent (5-18 ans) avec des problèmes internalisés ou externalisés	Objectif: 1) revoir les résultats de la littérature sur ce type d'intervention 2) résumer les composantes de ces programmes 3) synthétiser les résultats 4) développer des stratégies efficaces. Intervention: Plusieurs tâches à compléter durant une période de travail sont assignées aux élèves. Ces derniers ont l'opportunité de choisir la séquence d'exécution de ces tâches.	L'ensemble des investigateurs des 11 études rapportent une amélioration des comportements en lien avec la performance académique tels que l'observance aux consignes d'écriture, résolution de problèmes mathématiques, plus grande rapidité à se mettre à la tâche. Pour la majorité des études, l'ensemble des participants ont atteint leurs objectifs, deux études ont trouvé des effets mixtes.	11 études Études de cas ou séries de cas
	I: Intervention basée sur l'exécution de tâches séquentielles (<i>task sequencing</i>)			
	C: Intra : Avant/après.			
	O: Temps de latence avant l'exécution d'une tâche scolaire (ex: équation mathématique, écriture d'un paragraphe) ou complétion d'une tâche			
	T: 1996-2012			
	S: En classe			
Conclusion:	Les auteurs considèrent qu'étant donné l'augmentation de la recherche sur le lien entre la performance académique et les comportements pour les étudiants avec des problèmes internalisés ou externalisés, les interventions basées sur une séquence de tâches définie sont suffisamment versatiles pour améliorer la performance académique et les comportements positifs à l'école. Cette revue amène des preuves préliminaires de l'efficacité de ces stratégies.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Mckenna et al. (2015) RS	P: Enfants et adolescents (7-15 ans) avec un TDAH ou des problèmes internalisés ou externalisés	Objectif: Les auteurs veulent répondre aux deux questions suivantes: 1) quelles sont les caractéristiques des interventions utilisant les comportements de remplacement? 2) se basant sur les critères du <i>What Works Clearinghouse (WWC)</i> , où se classe ce type d'intervention quant à leur efficacité sur cette échelle d'indicateurs de qualité?	La plupart des auteurs n'ont pas rapporté d'effet d'intervention. Cependant, l'appréciation de l'application des interventions par les professeurs est rapportée et elle est satisfaisante. Pour la question 2, 7 études rencontrent les standards sans réserve et 2 avec réserve.	16 études (N=28) Études de cas ou séries de cas
	I: Intervention visant le remplacement de comportements inadaptés par un comportement plus approprié			
	C: intra : Avant/après.			
	O: Comportement social en classe (lever la main avant de parler, demander l'aide du professeur, etc.)			
	T: 1995-2014			
	S: En classe			
Conclusion:	Les interventions de remplacement des comportements se classent comme étant potentiellement efficaces sur l'échelle du WWC.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Micoulaud-Franchi et al. (2014) Méta-analyse	P: Enfants avec TDAH, 6 à 12 ans	Objectif : Déterminer si les interventions de neurofeedback avec électro-encéphalogramme améliorent significativement les symptômes d'inattention et d'hyperactivité chez les enfants avec un TDAH.	Lorsqu'évalués par les parents, on retrouve une taille de l'effet globale de : SMD = -0,49 [-0,74 -0,24]. Pour la dimension inattention le SMD = -0,46 [-0,76 -0,15] et pour la dimension hyperactivité/impulsivité le SMD = -0,34 [-0,59 -0,09]. Les résultats étaient tous statistiquement significatifs. Lorsque mesurée par le professeur, seulement la dimension inattention a montré une taille de l'effet significative en faveur du groupe à l'étude (SMD =-0,30 [-0,58-0,03]).	5 études (N=263) ECR
	I: Neurofeedback			
	C: Groupe témoin avec placebo			
	O: Symptômes TDAH			
	T: 2012-2014			
	S: Clinique			
Conclusion:	Cette méta-analyse suggère que le neurofeedback améliore la dimension de l'inattention chez les enfants atteints de TDAH. Lorsqu'évalués par les parents, l'ensemble des symptômes de TDAH sont considérés améliorés par cette intervention.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Perry et al. (2010) RS Moyenne	P: Enfants de 0 à 6 ans, certains ont des dx ou des manifestations de troubles internalisés ou externalisés	Objectif: Ce type de consultation est un service indirect (professeurs, parents etc.) et direct (enfant) visant à améliorer le bien-être émotionnel et social des enfants. Favoriser l'acquisition de nouvelles compétences avec l'aide de toutes les personnes impliquées. Intervention: Consultation précoce en santé mentale auprès des professionnels oeuvrant auprès de jeunes enfants. Modification de l'environnement (routine, changer la disposition en classe), implication des professeurs, autres employés ou professionnels impliqués. Consultation auprès d'enfants présentant des problèmes spécifiques par un consultant en santé mentale et parfois à un groupe d'enfants dans la classe.	Les résultats de la revue indiquent que ce type d'intervention est associé à une amélioration des comportements externalisés (évalués par les professeurs). Dans une moindre mesure, les résultats suggèrent également une contribution à l'amélioration des troubles internalisés. Les résultats sont mixtes (positifs significatifs (N=3), positifs non significatifs (N=2)), une étude trouve des effets mixtes en fonction de l'évaluateur et absence d'effets dans une étude. Enfin, la plupart des études ayant mesuré les comportements sociaux des enfants, montrent des effets positifs dans ce domaine.	14 études (N= 2173 enfants) ECR ou quasi-expérimentale avec groupe témoin
	I: Consultation précoce en santé mentale			
	C: Groupe témoin sans intervention, liste d'attente			
	O: Comportement en classe, habileté sociale			
	T: 1985-2008			
	S: Milieu donnant des services à de jeunes enfants (centres de la petite enfance, écoles)			
Conclusion:	Les consultations précoces en santé mentale s'avèrent une bonne stratégie pour supporter les familles, les enfants et les professionnels. Ces interventions sont efficaces tant chez les enfants ayant déjà un diagnostic de troubles mentaux que chez ceux à risque de problèmes de santé mentale. Les consultants en santé mentale peuvent aussi aider les parents et professionnels à améliorer le développement émotionnel et social des jeunes enfants. Ces interventions pourraient être instaurées en tant qu'approches universelles à la promotion de la santé mentale.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Richardson et al. (2015) Méta-analyse	P: Enfants et adolescents avec TDAH ou symptômes TDAH, 4-18 ans	Objectif : Évaluer l'efficacité des interventions non pharmacologiques administrées en milieu scolaire, chez des enfants avec un TDAH ou à risque de l'être. Intervention: les auteurs ont inclus une multitude d'interventions. Il y a celles administrées en classe par le professeur : 1) interventions cognitives-comportementales 2) punition et récompense 3) adaptation académique dans la classe (tutorat par les pairs, musique d'ambiance en classe, ordinateur) pour jeune avec TDAH. Adaptation de l'environnement de la classe, massage, activités physiques, etc. les durées varient de 1 à 156 semaines (moyenne=15,5; SD=25,4 semaines).	Les résultats sur les symptômes de TDAH des méta-analyses montrent une taille de l'effet de 0,14 lorsque mesurée par les parents et de 0,16 par les professeurs (résultats ns). C'est pour la dimension de l'inattention que la taille de l'effet est la plus élevée : 1,30 (observateur externe). C'est pour les symptômes externalisés que les effets sont plus importants et significatifs (d=0,28, mesurés par le professeur). Lorsque mesurés par les enfants, les symptômes internalisés obtiennent une taille de l'effet de -1,16, p<0,001.	54 études ECR, <i>single-subject designs</i> , études de cas
	I: Intervention en classe (renforcement, conséquence, autorégulation émotionnelle et comportementale), thérapie créative ou physique, adaptation des apprentissages			
	C: Groupe témoin sans intervention, traitement usuel, liste d'attente			
	O: Symptômes de TDAH, symptômes de troubles externalisés et internalisés, habiletés sociales, fonctionnement en classe			
	T: 1980-2012			
	S: Préscolaire, scolaire et post-secondaire			
Conclusion:	Les résultats suggèrent quelques bénéfices des interventions psychosociales intégrées dans les écoles sur les comportements associés au TDAH. Toutefois, les auteurs concluent qu'il y a trop d'hétérogénéité dans les modalités des interventions ce qui rend difficiles les comparaisons. La revue narrative des auteurs met en lumière l'importance des contextes d'implantation des interventions.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études		Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Somuga-Barke et al. (2013) Méta-analyse	P:	Enfants et adolescents avec TDAH, 3-18 ans	Objectif : évaluer les effets des diètes et des interventions psychosociales sur les symptômes de TDAH chez les jeunes de 3 à 18 ans. Intervention : les auteurs ont inclus tous types d'interventions psychosociales (habiletés parentales, TCC, traitements comportementaux, Neurofeedback, interventions en milieu scolaire, etc.).	Résultats évalués par l'observateur le plus proximal (professeur ou parent) : entraînement cognitif (d=0,64), comportemental (d=0,40), biofeedback (d=0,59). Résultats des méta-analyses lorsqu'évaluées par un observateur à l'aveugle : entraînement cognitif (d=0,24), comportemental (d=0,02), biofeedback (d=0,29).	29 études ECR
	I:	Entraînement aux habiletés comportementales. Neurofeedback			
	C:	Groupe témoin sans intervention, placebo ou intervention alternative			
	O:	Symptômes de TDAH			
	T:	1990-2012			
	S:	Milieu scolaire, résidence			
Conclusion:	Les résultats sur les interventions comportementales diffèrent selon que les évaluations sont effectuées par les parents ou à l'aveugle. Les résultats rapportés efficaces par les parents pourraient découler du fait de leur propre implication dans les interventions. Les résultats sur les interventions de types neurofeedback s'avèrent également plus positifs lorsqu'évalués par les parents; avant de conclure à leur efficacité, de meilleures preuves effectuées à partir d'évaluations à l'aveugle sont requises.				

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études		Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Storebo et al. (2011) Méta-analyse	P:	Enfants avec TDAH, 5-12 ans	Objectif : Évaluer l'efficacité des interventions visant l'amélioration des relations sociales chez des enfants et adolescents avec un TDAH. Intervention : Développement des habiletés sociales. Les enfants sont entraînés à ajuster leurs comportements verbaux et non verbaux dans leurs interactions sociales. L'intervention vise également à changer l'évaluation (ou vision) cognitive du «monde social» qui les entoure.	Les résultats ne montrent pas d'effets significatifs sur les compétences sociales et les comportements en général ni pour les symptômes de TDAH. Toutefois, les résultats sont en faveur des groupes à l'étude. Compétences sociales (SMD 0,16 CI - 0,04 à 0,36; 5 études, n = 392); comportements généraux (SMD 0,00; 95% CI -0,21 à 0,21; 3 études, n = 358); symptômes de TDAH (SMD - 0,02; CI -0,19 à 0,16; 6 études, n = 515).	11 études (N=747) ECR
	I:	TCC, entraînement aux habiletés comportementales et sur le fonctionnement social			
	C:	Groupe témoin: Autre intervention, médication,			
	O:	Habiletés sociales, comportements, symptômes de TDAH			
	T:	1981-2010			
	S:	Milieu scolaire, résidence			
Conclusion:	À la lumière des résultats, les auteurs ne peuvent recommander ou réfuter les interventions d'entraînement aux habiletés sociales pour les enfants avec un TDAH.				

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études		Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Tarver et al. (2014) Méta-analyse	P:	Enfants avec symptômes sévères de troubles externalisés, 3-12 ans	Objectif: Cette méta-analyse cherche à investiguer les effets post-interventions sur les comportements externalisés des enfants suite à des interventions auto-administrées auprès des parents. Le second objectif est de connaître les effets des interventions sur les comportements parentales, les habiletés, le stress et l'humeur des parents. Intervention: Les interventions auto-administrées procurent du matériel nécessaire aux parents afin qu'ils apprennent des stratégies comportementales pour eux-mêmes, à la maison et au moment qui leur convient. Ces interventions apparaissent sous différents formats (manuels, internet, vidéos, DVD, etc) et offrent une variété de degrés de support de la part de thérapeutes afin de guider les parents tout au long du programme.	Telles que rapportées par les parents, les interventions parentales auto-administrées auraient un effet important sur les comportements des enfants (SMD = 1,01, CI: 0,77-1,24). Lorsqu'évalué par un observateur neutre, cet effet n'est pas corroboré (SMD= 0,15, CI: -0,07 - 0,38) par la méta-analyse. Des analyses secondaires révèlent des effets allant de faibles à modérés sur les comportements des parents, leurs habiletés, le stress et leur humeur en général.	11 études ECR
	I:	Intervention visant la capacité des parents à intervenir sur les comportements des enfants			
	C:	Groupe témoin: traitement usuel, liste d'attente			
	O:	Symptômes de troubles externalisés			
	T:	1980-2013			
	S:	Résidence			
Conclusion:	Les auteurs considèrent qu'il y a un potentiel thérapeutique bénéfique des interventions dirigées par les parents sur les symptômes et comportements externalisés des enfants. Les effets sur le bien-être des parents sont de magnitudes faibles lorsque les enfants sont très jeunes et passent beaucoup de temps avec leurs parents. Les auteurs suggèrent que ce type d'intervention pourrait donner des résultats à long terme sur les enfants. De ce fait, les interventions dirigées par les parents pourraient s'avérer une option de traitement efficace qui devrait être implantée dans la pratique clinique.				

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études		Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Ward et al. (2016) Méta-analyse	p:	Enfants (2-5 ans) avec des problèmes externalisés	Objectif: Les auteurs évaluent l'efficacité des thérapies parent-enfant chez les jeunes enfants avec un diagnostic de troubles externalisés. Les auteurs veulent savoir si ces interventions sont plus efficaces pour les garçons que pour les filles et aussi s'il y a de l'efficacité différentielle pour le TDAH, l'opposition ou les troubles de conduites. Intervention: les thérapies d'interaction parent-enfant intègrent des composantes de la théorie de l'attachement et d'apprentissage sociale. L'objectif consiste à aider les parents à développer une relation affective par l'implantation d'éléments comportementaux et de jeux ainsi que des interactions dirigées par les enfants (1ère phase) et par les parents (2ième phase).	Les résultats montrent une amélioration importante des comportements externalisés, les tailles de l'effet d'ensemble retrouvées pour les études avec devis avant/après sont: d = 1,65; IC [1,41, 1,90], p,001); pour les études avec groupes témoins: d = 1,39, IC [1,05, 1,73], p,001).	12 études (N=254) ECR, étude quasi-expérimentales (avant-après)
	I:	Thérapie interaction parent-enfant. Les sessions sont échelonnées sur 9 à 12 semaines (2 fois semaine).			
	C:	Intra : Avant/après; Groupe témoin: sans intervention			
	O:	Symptômes de comportements externalisés			
	T:	1999- 2016			
	S:	Milieu clinique			
Conclusion:	les thérapies d'interaction parent-enfant ont été trouvées efficaces pour les enfants avec des problèmes externalisés. Les résultats de cette étude ne montrent pas de différence d'effets relatifs au genre des enfants ni selon les autres conditions (TDAH, opposition, troubles des conduite).				

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Willis et al. (2011) RS	P:	Enfants, adolescents et jeunes adultes avec TDAH, 7-21 ans	Résultats mitigés sur les comportements. Les auteurs ont trouvé une interaction entre «groupe neurofeedback» et «temps» démontrant que les parents des groupes interventions observent une amélioration du comportement de leur enfant. En contraste, les professeurs n'ont pas fait cette distinction. Une autre étude montre que les professeurs et les parents notent une différence chez les enfants ayant suivi des séances de neurofeedback mais il n'y avait pas de groupe témoin.	14 études (n=414) ECR, études quasi-expérimentales
	I:	Neurofeedback		
	C:	Comparaisons : intra : Avant/après; Groupe témoin: sans intervention ou intervention alternative		
	O:	Symptômes TDAH, comportements généraux à la maison ou en classe		
	T:	2004-2010		
	S:	Milieu scolaire		
Conclusion:	Les évidences scientifiques résultant de cette étude ne supportent pas la classification du neurofeedback comme étant un traitement bien établi pour le TDAH.			

Auteurs (année) Type de revue	Critères de sélection (PICOTS) des études	Objectif de la RS et description du traitement selon les auteurs	Principaux résultats de la RS	Nombre études Nombre patients Types d'études
Zwi et al. (2011) Méta-analyse	P:	Enfants et adolescents avec TDAH, 5-18 ans	Une méta-analyse incluant trois études (n=190) sur les comportements externalisés donne des résultats à la limite de la signification statistique (SMD -0,32; CI -0,83 à 0,18.). Une autre méta-analyse incluant deux études (n = 142) sur les comportements internalisés montre des résultats en faveur du groupe intervention (SMD -0,48; CI -0,84 à -0,13). Deux études (n=142) donnent des résultats sur le stress parental. Il apparaît que le stress est réduit sur une dimension («enfant») et non sur une autre («parent»).	5 études (n=284) ECR
	I:	Entraînement aux habiletés parentales		
	C:	Groupe témoin: traitement usuel		
	O:	Comportements à la maison et en classe, habiletés parentales, stress parental		
	T:	1993-2010		
	S:	Milieu scolaire, résidence		
Conclusion:	Les résultats de cette étude suggèrent qu'il y aurait quelques indications à l'effet que les interventions d'entraînement aux habiletés parentales peuvent donner des effets positifs sur les expériences et difficultés rencontrées par les enfants avec un TDAH, notamment sur l'ensemble de leurs comportements. Les résultats sur les comportements plus spécifiques demeurent ambigus. Les interventions seraient encourageantes sur la réduction du stress vécu par les parents. Étant donné la faible qualité méthodologique des études primaires, les auteurs considèrent que sur la base de la preuve actuelle, ils ne peuvent émettre de recommandations pour la pratique.			

ANNEXE E

Caractéristiques des études incluses pour chacun des énoncés de preuve scientifique selon le groupe d'âge

Enfants de 5 ans et moins

Preuve E1

Effets sur les habilités parentales	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Comparateur	Modalité	Durée intervention	Pourcentage médicamenté	Lieu de l'intervention
Aucun effet	Markie Dadds (b)	2006	ECR	forte	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	11 à 14 sem.		Résidence
Effet faible	Bagner	2007	ECR	forte	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel	3 à 6 mois		Clinique
	Landy	2006	ECR	moyenne	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	11 à 14 sem.		Communauté
	Lavigne	2008	ECR	forte	101 et +	0-5 ans	Traitement usuel		11 à 14 sem.		Communauté
	Markie Dadds	2005	ECR	moyenne	51 à 100	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	3 à 6 mois		Résidence
	Sanders	2007	ECR	moyenne	101 et +	0-5 ans	Autre intervention	Individuel	7 mois et plus		Clinique
	Sonuga-Barke (c)	2004	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel	10 sem. et -	<20 %	Résidence
	Thompson	2009	ECR	forte	< 50	0-5 ans	Traitement usuel	Individuel	11 à 14 sem.		Résidence
	Webster-Stratton	2011	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	3 à 6 mois	<20 %	Clinique
Effet moyen	Bor	2002	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Autre intervention	Individuel	7 mois et plus	<20 %	Communauté
	Cumming	2008	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Autre intervention	Groupe			Clinique
	Hood	2003	Quasi expérimentale	moyenne	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel	7 mois et plus	<20 %	Communauté
	Hutchings	2007	ECR	forte	101 et +	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	11 à 14 sem.		Communauté
	Nixon (a)	2003	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Autre intervention	Individuel	11 à 14 sem.	<20 %	Clinique
	Nixon (c)	2004	ECR	moyenne	< 50	0-5 ans	Autre intervention	Individuel	7 mois et plus	<20 %	Clinique
	Sanders	2012	ECR	forte	101 et +	0-5 ans	Aucune intervention			<20 %	
	Sonuga-Barke	2001	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Autre intervention	Individuel	11 à 14 sem.	<20 %	Résidence
Effet fort	Daley	2013	ECR	forte	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe		<20 %	
	Matos	2009	ECR	moyenne	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel	11 à 14 sem.		Clinique
Total	19	19	19	19	19	19	19	18	16	9	17

Preuve E2

Force de l'effet sur manifestation de TDAH	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nb participants (groupés)	Groupe d'âge	Comparateur	Intervention individuelle ou en groupe	Durée intervention	Pourcentage médicamenté	Lieu intervention
Aucun effet	Sonuga-Barke (c)	2004	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel	10 sem. et -	<20 %	Résidence
Effet faible	Hutchings	2007	ECR	forte	101 et +	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	11 à 14 sem.		Communauté
	Jones (b)	2008	Quasi expérimentale	forte	< 50	0-5 ans	Intra (pré/post)	Groupe	7 mois et plus	<20 %	Communauté
	Sonuga-Barke (b)	2002	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Autre intervention	Individuel	11 à 14 sem.	<20 %	Résidence
	Lehman	2005	Quasi expérimentale	moyenne	51 à 100	0-5 ans	Traitement usuel	Groupe			
	Olmos	2004	Quasi expérimentale	moyenne	101 et +	0-5 ans	Traitement usuel	Groupe			École
Effet moyen	Bagner	2007	ECR	forte	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel	3 à 6 mois		Clinique
	Cumming	2008	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Autre intervention	Groupe			Clinique
	Hood	2003	Quasi expérimentale	moyenne	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel	7 mois et plus	<20 %	Communauté
	Nixon (a)	2003	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Autre intervention	Individuel	11 à 14 sem.	<20 %	Clinique
	Nixon (b)	2001	ECR	moyenne	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel	11 à 14 sem.	<20 %	Clinique
	Nixon (c)	2004	ECR	moyenne	< 50	0-5 ans	Autre intervention	Individuel	7 mois et plus	<20 %	Clinique
	Webster-Stratton	2011	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	3 à 6 mois	<20 %	Clinique
	Upshur	2009	Quasi expérimentale	moyenne	101 et +	0-5 ans	Traitement usuel	Groupe			École
	Perry	2008	Quasi expérimentale	moyenne	101 et +	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe			École
Effet fort	Jones	2007	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	11 à 14 sem.		Communauté
	Matos	2009	ECR	moyenne	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel	11 à 14 sem.		Clinique
	McCabe	2009	ECR	moyenne	51 à 100	0-5 ans	Traitement usuel	Groupe			Clinique
	Sonuga-Barke	2001	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Autre intervention	Individuel	11 à 14 sem.	<20 %	Résidence
	Thompson	2009	ECR	forte	< 50	0-5 ans	Traitement usuel	Individuel	11 à 14 sem.		Résidence
Total	20	20	20	20	20	20	20	20	14	9	19

Preuve E3

Force de l'effet sur comportements d'opposition	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Comparateur	Modalité	Durée intervention	Pourcentage médicamenté	Lieu de l'intervention
Effet faible	Landy	2006	ECR	moyenne	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	11 à 14 sem.		Communauté
	Lavigne	2008	ECR	forte	101 et +	0-5 ans	Traitement usuel		11 à 14 sem.		Communauté
	Sanders	2007	ECR	moyenne	101 et +	0-5 ans	Autre intervention	Individuel	7 mois et plus		Clinique
	Webster-Stratton	2011	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	3 à 6 mois	<20 %	Clinique
	Williford	2008	Quasi expérimentale	moyenne	51 à 100	0-5 ans	Traitement usuel	Groupe			École
Effet moyen	Bagner	2007	ECR	forte	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel	3 à 6 mois		Clinique
	Bor	2002	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Autre intervention	Individuel	7 mois et plus	<20 %	Communauté
	McGrath	2011	ECR	forte	51 à 100	0-5 ans	Traitement usuel	Groupe			Résidence
	Markie Dadds (b)	2006	ECR	forte	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	11 à 14 sem.		Résidence
	Upshur	2009	Quasi expérimentale	moyenne	101 et +	0-5 ans	Traitement usuel	Groupe			École
Effet fort	Drugli	2006	ECR	faible	51 à 100	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	10 sem. et moins		Clinique
	Hutchings	2007	ECR	forte	101 et +	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	11 à 14 sem.		Communauté
	Markie Dadds	2005	ECR	moyenne	51 à 100	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	3 à 6 mois		Résidence
	Matos	2009	ECR	moyenne	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel	11 à 14 sem.		Clinique
	McCabe	2009	ECR	moyenne	51 à 100	0-5 ans	Traitement usuel	Groupe			Clinique
	Thompson	2009	ECR	forte	< 50	0-6 ans	Traitement usuel	Individuel	11 à 14 sem.		Résidence
Total	16	16	16	16	16	16	16	16	12	2	16

Preuve E4

Force de l'effet sur comportements externalisés	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Comparateur	Modalité	Durée intervention	Pourcentage médicamenté	Lieu de l'intervention
Aucun effet	Stolk	2007	ECR	moyenne	101 et +	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	11 à 14 sem.		
Effet faible	Green (b)	2006	Quasi expérimentale	moyenne	51 à 100	0-5 ans	Aucune intervention	Individuel			École
	Querido	2003	ECR		< 50	0-5 ans	Traitement usuel	Individuel	3 à 6 mois		Clinique
Effet moyen	Daley	2013	ECR	très forte	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe		<20 %	
Effet fort	Kierfeld	2013	ECR	forte	< 50	0-5 ans	Aucune intervention				
	Markie Dadds	2005	ECR	moyenne	51 à 100	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	3 à 6 mois		Résidence
	Markie Dadds (b)	2006	ECR	forte	< 50	0-5 ans	Aucune intervention	Groupe	11 à 14 sem.		Résidence
	Sanders	2012	ECR	forte	101 et +	0-5 ans	Aucune intervention			<20 %	
	Bagner (b)	2010	ECR		< 50	0-5 ans	Traitement usuel	Individuel	3 à 6 mois		Clinique
Total	9	9	9	7	9	9	9	7	5	2	5

Enfants de 6 à 12 ans

Preuve E5

Force de l'effet sur manifestation de TDAH	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Pourcentage médication TDAH	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Lieu de l'intervention
Aucun effet	Mikami (c)	2012	ECR	forte	101 et +	6-12 ans		Aucune intervention	Intervention comportementale	Classe	École
	Pelham (b)	2011	Étude de cas	faible	51 à 100	6-12 ans	0,00	Intra-sujet (pré/post)	Modification environnement	Classe	École
Effet faible	Antshel	2003	ECR	moyenne	101 et +	6-12 ans		Aucune intervention	Intervention comportementale	Classe	École
	Campbell	2011	Étude concept de cas*	moyenne	< 50	6-12 ans	100,00	Autre phase	Intervention comportementale	Classe	École
	Hart	2011	Étude de	faible	< 50	6-12 ans	64,00	Intra-sujet (pré/post)	Modification environnement	Classe	École
	Hoff	2013	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	50,00	Autre phase	Intervention comportementale	Classe	École
	Hoff (b)	2013	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	50,00	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Classe	École
	Iskander	2013	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	0,00	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Classe	École
	Iskander (b)	2013	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	0,00	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Classe	École
	Pelham	2011	Étude de cas	faible	< 50	6-12 ans	0,00	Intra-sujet (pré/post)	Modification environnement	Classe	École
Effet moyen	Banda	2012	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	100,00	Autre phase	Modification environnement	Classe	École
	Fedewa	2011	Étude de cas	faible	< 50	6-12 ans	0,00	Intra-sujet (pré/post)	Modification environnement	Classe	École
	Germer	2011	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	0,00	Autre phase	Modification environnement	Classe	École
	Graham	2010	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	67,00	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Classe	École
	Massetti	2010	Étude de cas	faible	< 50	6-12 ans	64,00	Intra-sujet (pré/post)	Modification environnement	Classe	École
	Waller	2110	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	0,00	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Classe	École

Force de l'effet sur manifestation de TDAH	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Pourcentage médication TDAH	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Lieu de l'intervention
Effet fort	Alter	2008	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	100,00	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Classe	École
	Alter (b)	2008	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	100,00	Autre phase	Intervention axée sur solution	Classe	École
	Carter	2009	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	0,00	Autre phase	Intervention comportementale	Classe	École
	Jurbergs	2010	Étude de cas	faible	< 50	6-12 ans	23,00	Intra-sujet (pré/post)	Intervention comportementale	Classe	École
	Lo	2006	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	50,00	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Classe	École
	Nolan	2012	Étude de cas unique	moyenne	< 50	6-12 ans		Autre phase	Intervention comportementale	Classe	École
	Palcic	2009	Étude de cas	faible	< 50	6-12 ans	15,00	Traitement usuel	Intervention comportementale	Classe	École
	Rafferty	2011	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	67,00	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Classe	École
	Skinner	2009	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	100,00	Autre phase	Intervention comportementale	Classe	École
	Waller (b)	2011	Étude concept de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	0,00	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Classe	École
	Yuk-Chi	2005	ECR	faible	51 à 100	6-12 ans		Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Classe	École
Total	27	27	27	27	27	27	23	27	27	27	27

*Les études de type « concept de cas » sont une traduction libre de « *single subject design* »

Preuve E6

Force de l'effet sur manifestation de TDAH	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Pourcentage médication TDAH	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Durée d'intervention	Lieu de l'intervention
Effet faible	Fabiano	2010	ECR	moyenne	51 à 100	6-12 ans	20 à 79	Traitement usuel	Auto-régulation comportementale			Clinique
	Banaschewski	2006	ECR	faible	< 50	6-12 ans		Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	11 à 14 sem.	Clinique
	Kausch	2002	ECR	moyenne	< 50	6-12 ans		Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	11 à 14 sem.	Clinique
Effet moyen	Abikoff (b)	2004	ECR	faible	51 à 100	6-12 ans		Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel		Clinique
	Klingberg (b)	2005	ECR	faible	51 à 100	6-12 ans	<20 %	Autre intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	11 à 14 sem.	Clinique
Effet fort	Tutty	2005	ECR	forte	51 à 100	6-12 ans	80 % et plus	Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Groupe	11 à 14 sem.	Clinique
Total	6	6	6	6	6	6	3	6	6	6	4	6

Preuve E7

Force de l'effet sur symptômes d'inattention	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Pourcentage médication TDAH	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Durée d'intervention	Lieu de l'intervention
Aucun effet	Vander Oord	2014	ECR	moyenne	< 50	6-12 ans		Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	10 sem. et moins	
	Chacko	2013	ECR		51 à 100	6-12 ans	20 % à 79 %	Autre intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	11 à 14 sem.	Clinique
Effet faible	Langberg	2008	ECR		< 50	6-12 ans	20 % à 79 %	Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Groupe	10 sem. et moins	École
Effet moyen	Evans (c)	2016	ECR	forte	101 et +	6-12 ans	20 % à 79 %	Traitement usuel	Auto-régulation comportementale	Groupe	7 mois et plus	École
Effet fort	Beck	2010	ECR	moyenne	51 à 100	6-12 ans	20 % à 79 %	Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	10 sem. et moins	Clinique
	Klingberg (b)	2005	ECR	faible	51 à 100	6-12 ans	<20 %	Autre intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	11 à 14 sem.	Clinique
	Seely	2009	ECR	faible	< 50	6-12 ans	<20 %	Traitement usuel	Auto-régulation comportementale	Groupe	11 à 14 sem.	Clinique

Force de l'effet sur symptômes d'inattention	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Pourcentage médication TDAH	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Durée d'intervention	Lieu de l'intervention
	Tamm	2013	ECR		51 à 100	6-12 ans	20 % à 79 %	Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	3 à 6 mois	École
	Vander Oord (b)	2012	ECR		< 50	6-12 ans	20 % à 79 %	Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	11 à 14 sem.	Clinique
Total	10	10	10	6	10	10	8	10	10	10	10	9

Preuve E8

Force de l'effet sur organisation/ planification	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Pourcentage médication TDAH	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Durée d'intervention	Lieu de l'intervention
Effet faible	Pfiffner	2007	ECR	faible	51 à 100	6-12 ans	<20 %		Auto-régulation comportementale	Groupe	11 à 14 sem.	
Effet moyen	Beck	2010	ECR	moyenne	51 à 100	6-12 ans	20 % à 79 %	Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	10 semaines et moins	Clinique
	Evans (c)	2016	ECR	forte	101 et +	6-12 ans	20 % à 79 %	Traitement usuel	Auto-régulation comportementale	Groupe	7 mois et plus	École
	Sibley (b)	2014	ECR		< 50	6-12 ans	20 % à 79 %	Traitement usuel	Auto-régulation comportementale	Groupe	10 sem. et moins	Clinique
Effet fort	Abikoff	2013	ECR	forte	101 et +	6-12 ans	20 % à 79 %	Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	3 à 6 mois	Clinique
	Pfiffner	2014	ECR		101 et +	6-12 ans	<20 %	Traitement usuel	Auto-régulation comportementale	Groupe	11 à 14 sem.	Clinique
	Langberg	2008	ECR		< 50	6-12 ans	20 % à 79 %	Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Groupe	10 sem. et moins	École
Total	7	7	7	4	7	7	7	6	7	7	4	6

Preuve E9

Effet sur comportements externalisés	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Durée d'intervention	Lieu de l'intervention
Effet faible	Emmanuel	2008	étude de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	Intra (pré/post)	Intervention axée sur solution	Individuel	11 à 14 sem.	École
	Hurn	2006	étude de cas	moyenne	< 50	6-12 ans	Intra (pré/post)	Intervention axée sur solution	Individuel	10 sem. et moins	Clinique
	Wilmshurst	2002	ECR	moyenne	51 à 100	6-12 ans	Aucune intervention	Intervention axée sur solution	Individuel	11 à 14 sem.	Résidence
Effet moyen	Vostanis	2006	Quasi expérimentale	moyenne	101 et +	6-12 ans	Autre intervention	Intervention axée sur solution	Groupe	10 sem. et moins	Clinique
Effet fort	Enebrink	2012	ECR	forte	51 à 100	6-12 ans	Aucune intervention				
	Franklin	2008	Quasi expérimentale	forte	51 à 100	6-12 ans	Autre intervention	Intervention axée sur solution	Individuel	10 sem. et moins	École
	Moore	2002	Quasi expérimentale	moyenne	51 à 100	6-12 ans	Aucune intervention	Intervention axée sur solution	Individuel	10 sem. et moins	École
Total	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6

Études sur le neurofeedback (pas d'énoncé de preuve)

Force de l'effet sur manifestation de TDAH	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Pourcentage médication TDAH	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Durée d'intervention	Lieu de l'intervention
Aucun effet	Drechsler	2007	Quasi expérimentale		< 50	6-12 ans		Autre intervention	Neurofeedback			Clinique
	Holtmann	2009	ECR	faible	< 50	6-12 ans		Autre intervention	Neurofeedback			
	Lansbergen	2011	ECR	forte	< 50	6-12 ans		Autre intervention	Neurofeedback			
	Leins	2007	ECR		< 50	6-12 ans		Aucune intervention	Neurofeedback	Individuel	3 à 6 mois	
	Steiner (a)	2011	ECR	moyenne	< 50	6-12 ans	20 % à 79 %	Aucune intervention	Neurofeedback			
	VanDongen	2013	ECR		< 50	6-12 ans	20 % à 79 %	Autre intervention	Neurofeedback	Individuel	3 à 6 mois	Clinique
	Wangler	2011	ECR	moyenne	51 à 100	6-12 ans		Autre intervention	Neurofeedback	Individuel	3 à 6 mois	Clinique
	Arnold	2013	ECR		< 50	6-12 ans	<20 %	Autre intervention	Neurofeedback	Individuel	3 à 6 mois	
	Christiansen	2014	ECR		51 à 100	6-12 ans		Aucune intervention	Neurofeedback	Individuel	11 à 14 sem.	Résidence
Effet faible	Heinrich	2004	ECR		< 50	6-12 ans		Aucune intervention	Neurofeedback	Individuel	10 sem. et moins	Clinique
	Kropotov	2007	Quasi expérimentale		51 à 100	6-12 ans		Intra (pré/post)	Neurofeedback			Clinique
	Maurizio	2014	ECR		< 50	6-12 ans	<20 %	Autre intervention	Neurofeedback	Individuel	3 à 6 mois	Clinique
	Steiner	2014	ECR		51 à 100	6-12 ans	20 % à 79 %	Autre intervention	Neurofeedback	Individuel	3 à 6 mois	Clinique
	Strehl	2006	Quasi expérimentale		< 50	6-12 ans		Intra (pré/post)	Neurofeedback			
Effet moyen	Gevensleben	2009	ECR	faible	101 et +	6-12 ans		Autre intervention	Neurofeedback			

Force de l'effet sur manifestation de TDAH	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Pourcentage médication TDAH	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Durée d'intervention	Lieu de l'intervention
Effet fort	Gevensleben (b)	2009	ECR		51 à 100	6-12 ans	<20 %	Autre intervention	Neurofeedback	Individuel	3 à 6 mois	Clinique
	Bakhshayesh	2011	ECR		< 50	6-12 ans	20 % à 79 %	Autre intervention	Neurofeedback	Individuel	3 à 6 mois	Clinique
	Beauregard (b)	2006	ECR	très faible	< 50	6-12 ans		Aucune intervention	Neurofeedback			
Total	18	18	18	6	18	18	18	18	10	10	11	10

Adolescents de 13 à 17 ans

Preuve E10

Force de l'effet sur manifestation de TDAH	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Pourcentage médication TDAH	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Durée d'intervention	Lieu de l'intervention
Effet faible	Evans (b)	2014	ECR	faible	< 50	13-17 ans	20 % à 79 %	Traitement usuel	Auto-régulation comportementale	Groupe	3 à 6 mois	École
	Guderjahn	2013	Étude de cas	faible	51 à 100	13-17 ans	80 % et plus	Intra (pré/post)	Auto-régulation comportementale	Groupe		École
Effet moyen	Majeika	2011	Étude concept de cas*	moyenne	< 50	13-17 ans	80 % et plus	Autre phase	Modification environnement	Groupe		École
	Pang	2011	Étude concept de cas	moyenne	< 50	13-17 ans	20 % à 79 %	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Groupe		École
Effet fort	Gureasko	2007	Étude concept de cas	moyenne	< 50	13-17 ans	20 % à 79 %	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Groupe		École
	Gureasko (b)	2006	Étude concept de cas	moyenne	< 50	13-17 ans	80 % et plus	Autre phase	Auto-régulation comportementale	Groupe		École
Total	6	6	6	6	6	6	6	6	6	1	5	6

*Les études de type « concept de cas » sont une traduction libre de « *single subject design* »

Preuve E11

Force de l'effet sur symptômes d'inattention	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Pourcentage médication TDAH	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Durée d'intervention	Lieu de l'intervention
Effet faible	Evans (b)	2014	ECR	faible	< 50	13-17 ans	20 % à 79 %	Traitement usuel	Auto-régulation comportementale	Groupe	3 à 6 mois	École
	Egeland	2013	ECR		51 à 100	13-17 ans	20 % à 79 %	Traitement usuel	Auto-régulation comportementale	Individuel	11 à 14 semaines	École
Effet moyen	Langberg	2012	ECR	faible	< 50	13-17 ans	20 % à 79 %	Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	11 à 14 semaines	École
Effet fort	Klingberg	2002	ECR	moyenne	< 50	13-17 ans	20 % à 79 %	Autre intervention	Auto-régulation comportementale	Individuel	11 à 14 semaines	Clinique
	Sibley	2013	ECR	faible	< 50	13-17 ans	20 % à 79 %	Traitement usuel	Auto-régulation comportementale	Groupe	10 semaines et moins	École
Total	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	2	5

Preuve E12

Force de l'effet sur organisation/ planification	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Pourcentage médication TDAH	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Durée d'intervention	Lieu de l'intervention
Aucun effet	Molina	2008	ECR	faible	< 50	13-17 ans	30,00	Traitement usuel	Intervention comportementale	Groupe	11 à 14 sem.	École
Effet moyen	Meyer	2007	ECR	faible	< 50	13-17 ans		Aucune intervention	Auto-régulation comportementale	Groupe		École
Effet fort	Langberg	2012	ECR	faible	< 50	13-17 ans	66,00	Aucune intervention	Intervention comportementale	Individuel	11 à 14 sem.	École
	Sibley	2013	ECR	faible	< 50	13-17 ans	39,00	Traitement usuel	Intervention comportementale	Groupe	10 sem. et moins	École
Total	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4

Preuve E13

Force effet sur comportements internalisés ou externalisés	Auteurs études	Année	Type d'étude	Qualité étude selon auteurs	Nombre de participants	Groupe d'âge	Comparateur	Type d'intervention	Modalité	Durée d'intervention	Lieu de l'intervention
Aucun effet	Corcoran	2000	Étude de cas	moyenne	51 à 100	13-17 ans	Intra (pré/post)	Intervention axée sur solution	Groupe	10 sem. et moins	Clinique
Effet moyen	Cepukiene	2010	Quasi expérimentale	moyenne	51 à 100	13-17 ans	Aucune intervention	Intervention axée sur solution		10 sem. et moins	
	Green	2007	ECR	forte	51 à 100	13-17 ans	Traitement usuel	Intervention axée sur solution	Individuel		Clinique
	Kvarme (b)	2010	Quasi expérimentale	forte	101 et +	13-17 ans	Traitement usuel	Intervention axée sur solution	Groupe	10 sem. et moins	École
	Newson	2005	Quasi expérimentale	moyenne	< 50	13-17 ans	Traitement usuel	Intervention axée sur solution	Groupe	10 sem. et moins	Clinique
Total	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4

ANNEXE F

Système de gradation de la preuve

Appréciation de la preuve scientifique

Critères d'appréciation	Échelles d'appréciation
<p>Limites méthodologiques des études</p> <ul style="list-style-type: none"> • La quantité d'études incluses dans la synthèse de données. • Le plan d'étude optimal pour répondre à la question d'évaluation. • Le risque de biais/respect des critères méthodologiques. • La précision (taille de l'échantillon optimale et puissance statistique). 	<p>Limites très faibles</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Au moins une étude ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont suffisamment appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. <p>Limites faibles</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Une ou deux études dont les plans sont suffisamment appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. ✓ Une synthèse d'études dont les plans sont peu appropriés pour la question d'évaluation ou clinique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. <p>Limites modérées</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de moyenne qualité méthodologique avec un risque modéré de biais. ✓ Une ou deux études dont les plans sont peu appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un risque modéré de biais. <p>Limites élevées</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais. ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont suffisamment appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais. ✓ Au moins une étude ou synthèse d'études dont les plans sont peu appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais.

Critères d'appréciation	Échelles d'appréciation
<p>Cohérence / Fiabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cohérence dans l'effet de l'intervention, en considérant la comparabilité des populations, des méthodes et des outils de mesure. • La complémentarité et la diversité des méthodes et des mesures. 	<p>Cohérence très élevée Toutes les études sont cohérentes.</p> <p>Cohérence élevée ✓ La plupart des études sont cohérentes et l'incohérence peut être expliquée.</p> <p>Cohérence modérée ✓ L'incohérence reflète une véritable incertitude autour de la question clinique.</p> <p>Cohérence faible 0 Les études sont incohérentes.</p> <p>Non applicable (1 seule étude)</p>
<p>Impact clinique ou organisationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet. • L'atteinte des objectifs d'intervention. 	<p>Impact très élevé 0 L'impact clinique des résultats est très grand.</p> <p>Impact élevé ✓ L'impact clinique des résultats est substantiel ou important.</p> <p>Impact modéré ✓ L'impact clinique des résultats est modéré.</p> <p>Impact faible ✓ L'impact clinique des résultats est limité ou insuffisant.</p>
<p>La généralisabilité / Transférabilité.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés. ▪ La possibilité d'adaptation de l'intervention. 	<p>Généralisabilité/transférabilité très élevée ✓ La population étudiée et le contexte de l'étude sont les mêmes que la population et le contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature sont généralisables à la population et au contexte cible.</p> <p>Généralisabilité/transférabilité élevée ✓ La population étudiée et le contexte de l'étude sont similaires à la population et au contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature sont généralisables à la population et au contexte cible avec quelques mises en garde.</p> <p>Généralisabilité/transférabilité modérée ✓ La population étudiée et le contexte de l'étude diffèrent de la population et du contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature ne sont pas directement généralisables à la population et au contexte cible, mais pourraient être appliqués de façon judicieuse à la population et au contexte ciblés.</p> <p>Généralisabilité/transférabilité faible ✓ La population étudiée et le contexte de l'étude diffèrent de la population et du contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature ne sont pas directement généralisables à la population et au contexte cible; il est difficile de juger s'il est judicieux de les appliquer à la population ciblée.</p>

Attribution du niveau de preuve scientifique

Niveau de preuve	Définition
Élevé	Tous les critères ont obtenu une appréciation positive. Les évaluateurs ont un haut niveau de confiance que l'effet estimé soit comparable aux objectifs de l'intervention. Il est peu probable que la conclusion tirée des données scientifiques soit fortement affectée par les résultats d'études futures.
Modéré	La plupart des critères ont obtenu une appréciation positive. Les évaluateurs ont un niveau de confiance modéré que l'effet estimé soit comparable aux objectifs d'intervention. Il est assez probable que la conclusion tirée de ces données soit affectée par les résultats d'études futures.
Faible	Tous ou la plupart des critères ont obtenus une appréciation négative. Les évaluateurs ont un faible niveau de confiance que l'effet estimé soit comparable aux objectifs d'intervention. Il est très probable que la conclusion tirée de ces données soit fortement affectée par les résultats d'études futures.
Insuffisant	Aucune donnée scientifique n'est disponible ou les données disponibles sont insuffisantes. Les évaluateurs n'ont aucune confiance du lien entre l'effet estimé et les objectifs d'intervention ou ne peuvent pas tirer de conclusions à partir des données présentées.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

