

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES INTERVENTIONS AUPRÈS DES FILLES PRÉSENTANT UN TDAH

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
MÉLANIE P. BLOUIN**

AOÛT 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Dany Lussier-Desrochers

Prénom et nom

Directeur de recherche

Yves Lachapelle

Prénom et nom

Codirecteur de recherche

Comité d'évaluation :

Dany Lussier-Desrochers

Prénom et nom

Directeur ou codirecteur de recherche

Évelyne Touchette

Prénom et nom

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) touche environ 5 % des enfants et des adolescents dans le monde. Il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental qui présente des impacts psychosociaux significatifs dans la vie des jeunes, notamment des comportements à risque et des difficultés socioémotionnelles et scolaires importantes. De plus, ces difficultés ont tendance à se poursuivre à l'âge adulte et à se renforcer.

Il existe plusieurs études sur le TDAH, mais peu examinent les différences de sexe associées au trouble. Si certaines ont démontré l'absence de telles différences, des études plus récentes tendent à prouver le contraire. Selon les dernières données sur le sujet, les filles sont plus souvent diagnostiquées avec la présentation inattentive du TDAH et peuvent présenter des difficultés plus sévères dans certaines sphères développementales, comme les émotions et les relations sociales. En conséquence, il est crucial d'adapter les interventions pour mieux répondre à leurs besoins spécifiques.

Différents programmes d'intervention ayant spécifiquement été étudiés auprès des filles présentant un TDAH ont été analysés dans le cadre de cet essai. L'analyse de ces programmes d'intervention démontre que les interventions ciblées et adaptées au sexe sont susceptibles d'améliorer la qualité de vie des filles atteintes de TDAH. Néanmoins, il s'agit d'un sujet encore peu étudié et d'autres études sont nécessaires afin d'en savoir plus.

En conclusion, cet essai appelle à une meilleure reconnaissance des différences de sexe dans le TDAH et à l'élaboration de programmes d'intervention plus inclusifs et spécifiques pour les filles afin de mieux les soutenir dans leur développement et leur bien-être global. Il souligne également l'importance de poursuivre la recherche et de tenir compte de la transformation sociale du sexe dans les futures études.

Table des matières

Résumé	iii
Listes des tableaux et des figures	v
Remerciements	vi
Introduction	1
Cadre conceptuel	2
Définition	2
Prévalence	2
Étiologie	3
Comorbidités et impacts psychosociaux et médicaux	4
Diagnostic et interventions	6
Différences selon le sexe	7
Sous-représentation des filles présentant un TDAH	9
Méthode	11
Stratégie de repérage	11
Critères d'inclusion et d'exclusion	11
Sélection des études	13
Résultats	14
Objectifs, devis et caractéristiques des participants des études	14
Caractéristiques des programmes d'intervention des études	16
Variables et instruments de mesure des études	19
Principaux résultats des études	21
Discussion	26
Limites de l'essai	29
Recommandations et perspectives pour la suite	30
Conclusion	34
Références	35
Appendice A	45

Listes des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1	Objectifs, devis et caractéristiques des participants des études.....	15
Tableau 2	Caractéristiques des programmes d'intervention des études.....	17
Tableau 3	Adaptations des programmes d'intervention des études à l'égard des filles.....	18
Tableau 4	Variables et instruments de mesure des études.....	20
Tableau 5	Principaux résultats des études.....	22

Figures

Figure 1	Diagramme de flux adapté de PRISMA.....	13
----------	---	----

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier mes directeurs de recherche, M. Lussier-Desrochers et M. Lachapelle, pour leur support, leurs suggestions, leur bienveillance et leur écoute. Je n'aurais pas pu demander mieux comme directeurs de recherche; mille fois merci. Ensuite, j'aimerais remercier Mme Marjorie Bilodeau, bibliothécaire de l'UQTR, qui m'a grandement aidée au tout début du processus. Enfin, j'aimerais remercier mon entourage, qui a su m'encourager et m'épauler tout au long de l'écriture de cet essai.

Introduction

Le trouble du déficit de l'attention (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental (Association psychiatrique américaine [APA], 2015). Il s'agit d'un trouble qui affecte environ 5 % des enfants et des adolescents à l'échelle mondiale (Polanczyk *et al.*, 2007), ce qui le place dans les troubles de santé mentale les plus prévalents auprès des jeunes dans le monde (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2021). Selon la Fédération mondiale du TDAH, le trouble a plusieurs impacts psychosociaux sur les jeunes notamment au niveau des difficultés (a) socioémotionnelles (dysrégulation émotionnelle, problèmes de comportement, rejet par les pairs, etc.); (b) scolaires (décrochage scolaire, difficultés d'apprentissage, etc.); (c) des problématiques en lien avec la justice (délinquance et criminalité); (d) des difficultés psychosexuelles (comportements sexuels à risque et grossesses à l'adolescence); (e) une problématique de consommation; (f) des blessures accidentelles (conduite automobile dangereuse); (g) une mort prématurée et (h) le suicide (Faraone *et al.*, 2021). Une méta-analyse de 7 études avec plus de 5000 participants a également démontré que les jeunes ayant un TDAH rapportent une moins bonne qualité de vie que leurs congénères au développement typique (Lee *et al.*, 2016). De plus, les difficultés associées au trouble ne se produisent pas uniquement à l'enfance et à l'adolescence; elles ont aussi tendance à se poursuivre et à s'intensifier à l'âge adulte (Lee *et al.*, 2016; McQuade et Hoza, 2014). Plusieurs études ne soulèvent pas de grandes distinctions entre les filles et les garçons présentant un TDAH. Ce constat est néanmoins tranquillement en train de changer puisque de nouvelles données issues de recherches axées sur les filles avancent des différences de sexe dans les profils, les comorbidités et les impacts psychosociaux du trouble. Il a notamment été démontré que les filles étaient plus susceptibles de présenter de plus grandes et de plus larges difficultés socioémotionnelles que les garçons (Becker *et al.*, 2013; Biederman *et al.*, 2008; Mikami et Lorenzi, 2011). À la lumière de ces récentes découvertes, il semble pertinent de considérer ces différences de sexe non seulement dans l'établissement du diagnostic, mais aussi dans l'intervention. Le présent essai regroupe les dernières données sur les interventions étudiées et documentées spécifiquement auprès des filles présentant un TDAH ou adaptées pour elles afin d'outiller les intervenants et améliorer l'offre de service auprès des jeunes de sexe féminin qui vivent des difficultés en lien avec leur trouble.

Cadre conceptuel

La première section du cadre conceptuel fait un portrait du TDAH en abordant la définition, la prévalence, l'étiologie, les comorbidités et les impacts psychosociaux et médicaux, le diagnostic et le traitement du trouble. Il est ensuite question des différences selon le sexe et de la sous-représentation du TDAH auprès des filles.

Définition

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental (APA, 2015), c'est-à-dire un trouble neurologique qui se manifeste durant l'enfance et qui entraîne des déficits dans une ou plusieurs sphères du développement (Office québécois de la langue française [OQLF], 2020). Selon la 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), il se caractérise par des symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité (APA, 2015). Les symptômes d'inattention entraînent « une incapacité à rester sur une tâche, l'impression que le sujet n'écoute pas et la perte d'objets » (APA, 2015, p. 69). Les symptômes d'hyperactivité-impulsivité se manifestent 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 » (APA, 2015, p. 69). Il existe trois présentations du trouble en fonction de la prédominance des symptômes : la présentation inattentive prédominante, la présentation hyperactive impulsive prédominante et la présentation combinée (APA, 2015).

Prévalence

L'épidémiologie des troubles de santé mentale et des troubles neurodéveloppementaux est difficile à estimer étant donné le manque de marqueurs biologiques valides pour les diagnostiquer (Hinshaw *et al.*, 2022). La prévalence du TDAH auprès de la jeune population varie donc d'une étude à l'autre en fonction des critères de recherche utilisés par les chercheurs. Une des études les plus citées sur le sujet, et ce, encore à ce jour, mentionne cependant que le TDAH affecterait environ 5 % des jeunes dans le monde (Polanczyk *et al.*, 2007). En ce qui concerne la prévalence

selon le sexe, il semble que le trouble soit environ 2 fois plus présent auprès des garçons qu'auprès des filles (APA, 2015; Polanczyk *et al.* 2007; Willcutt, 2012).

Étiologie

Les causes exactes du TDAH ne sont pas encore entièrement comprises, mais il est généralement admis que de nombreux facteurs de risque génétiques et environnementaux contribuent à son développement (Faraone *et al.*, 2021; Thapar *et al.*, 2013). Ces facteurs interagiraient les uns aux autres et participeraient à l'émergence du TDAH tout au long de la vie, en particulier en bas âge (Galéra *et al.*, 2016).

Comme le TDAH semble fortement héréditaire - il a un taux d'hérédité de 74 % (Faraone et Larsson, 2019), ce qui le place dans les troubles psychiatriques les plus héréditaires (Petersson *et al.*, 2019) -, plusieurs études ont conclu qu'il avait une forte composante génétique. Ce constat implique que le trouble serait le résultat de la mutation d'un ou de plusieurs gènes et que ces mutations génétiques se transmettraient de parents à enfants. Il a été démontré que le TDAH est principalement attribuable non pas à une seule mutation génétique, mais à la combinaison de plusieurs (Demontis *et al.*, 2019). Il est toutefois pertinent de souligner que, dans de rares cas, le TDAH peut également être le résultat d'une seule mutation génétique (Faraone et Larsson, 2018). Les mutations génétiques associées au TDAH n'ont pas toutes été identifiées, mais une revue de littérature a démontré que celles qui avaient été découvertes affectaient certains neurotransmetteurs, en particulier la dopamine et la sérotonine, qui jouent un rôle majeur dans les symptômes du trouble (Kessi *et al.*, 2022).

Si la génétique paraît jouer un rôle considérable dans l'étiologie du TDAH, l'environnement semble également avoir sa part d'influence sur le trouble. La revue narrative de littérature de Thapar *et al.* (2013) s'intéressant aux facteurs de risque du TDAH a recensé les facteurs de risque environnementaux suivants : les facteurs prénataux et périnataux, les facteurs psychosociaux et les facteurs diététiques. Selon les auteurs, les facteurs prénataux et périnataux regroupent l'exposition in utero au tabac, à l'alcool, aux substances psychoactives illicites, aux

facteurs toxiques environnementaux (plomb, pesticides organophosphorés et polychlorobiphényles) et au stress maternel, de même que le faible poids à la naissance et la naissance prématurée. Ils mentionnent également que les facteurs psychosociaux incluent l'adversité familiale, un faible statut socioéconomique, les conflits familiaux, une relation parent-enfant hostile et une privation précoce sévère. Quant aux facteurs diététiques, ils rassemblent les carences alimentaires (zinc, magnésium et acides gras polyinsaturés), les excès alimentaires (sucre et colorants alimentaires artificiels) et la consommation d'aliments à faible ou forte teneur en immunoglobulines G (IgG). La revue littéraire de Yusuf *et al.* (2022) recense essentiellement les mêmes facteurs de risque environnementaux que la revue de littérature de Thapar *et al.* (2013). Elle ajoute cependant des facteurs de risque liés à la santé de la mère pendant la grossesse, comme les maladies auto-immunes, l'asthme, le diabète gestationnel, les carences nutritionnelles, l'hypothyroïdisme, l'hypertension et la prééclampsie, les symptômes dépressifs. Certaines études ont également soulevé d'autres facteurs de risque, comme les lésions cérébrales (Purper-Ouakil *et al.*, 2010; Stojanovski *et al.*, 2019) et l'exposition excessive à la télévision (Beyens *et al.*, 2018; Christakis, 2009; Nikkelen *et al.*, 2014).

Il est important de rappeler que les études n'ont pas encore été en mesure de cerner les causes exactes du trouble et que d'autres recherches sont nécessaires afin de mieux en comprendre les subtilités. Néanmoins, il semble que les facteurs génétiques et environnementaux participent au développement du trouble, notamment en ayant un impact sur le développement de certaines régions du cerveau et sur la transmission d'informations entre certains neurones à l'origine des difficultés du TDAH (Faraone *et al.*, 2021; Galéra *et al.*, 2016; Kessi *et al.*, 2022).

Comorbidités et impacts psychosociaux et médicaux

Le TDAH est associé à plusieurs troubles psychiatriques auprès des jeunes, ce qui complique l'établissement du diagnostic et la mise en place de stratégies d'intervention (Akmatov *et al.*, 2021; Cuffe *et al.*, 2020; Jensen et Steinhausen, 2015; Reale *et al.*, 2017; Yoshimasu *et al.*, 2012). Gnanavel *et al.* (2019) ont effectué une revue de littérature afin de recenser les comorbidités liées au TDAH auprès des enfants et ont identifié les affections

psychiatriques suivantes : les troubles neurodéveloppementaux (trouble du spectre de l'autisme, trouble spécifique des apprentissages et tics), les troubles internalisés (trouble dépressif, trouble bipolaire, troubles anxieux) et les troubles externalisés (trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation, trouble de dysrégulation émotionnelle et trouble explosif intermittent). D'autres études mentionnent également le trouble de l'usage de substances (Van Emmerik-van Oortmerssen *et al.*, 2012), le trouble développemental de la coordination (Lange, 2018), le trouble obsessionnel compulsif (Marklin *et al.*, 2023), le trouble des conduites alimentaires (Nazar *et al.*, 2016) et les troubles du sommeil (Arias-Mera *et al.*, 2023). Le TDAH est également associé à des troubles de santé auprès des jeunes, comme l'obésité (Nigg *et al.*, 2016) et le diabète sucré (Kapellen *et al.*, 2016).

Les jeunes présentant un TDAH sont à risque de vivre diverses difficultés psychosociales. Tout d'abord, ils sont susceptibles de vivre des difficultés socio-émotionnelles, comme de la dysrégulation émotionnelle (Bunford *et al.*, 2015), des relations familiales conflictuelles (Johnston et Chronis-Tuscano, 2014), du rejet par les pairs (McQuade et Hoza, 2014), de l'intimidation - à titre d'intimidateur ou d'intimidé - (McQuade et Hoza, 2014) et des difficultés d'estime de soi (Hinshaw *et al.*, 2006). Ensuite, plusieurs d'entre eux peuvent présenter des problématiques sur le plan scolaire, notamment une graduation tardive de l'école secondaire (Breslau *et al.*, 2011), de faibles performances scolaires (Fleming *et al.*, 2017) et un décrochage scolaire avant l'âge de 16 ans (Fleming *et al.*, 2017). Par ailleurs, les jeunes présentant un TDAH sont plus à risque d'adopter des comportements liés à la délinquance ou la criminalité (Mohr-Jensen *et al.*, 2019), de même que d'être victimes d'un acte criminel (Christoffersen, 2019). De plus, ils sont plus susceptibles de faire face à des comportements d'automutilation et de présenter des problématiques suicidaires (Hurtig *et al.*, 2012; Trivedi *et al.*, 2023). Enfin, il semble que cette population ait un taux important de blessures accidentelles (Ruiz-Goikoetxea *et al.*, 2018), ainsi qu'un taux de mortalité précoce plus élevé par rapport à la norme (Dalsgaard *et al.*, 2015). Il est à noter que ce taux de mortalité précoce plus élevé est généralement dû à des causes accidentelles (Dalsgaard *et al.*, 2015).

Des méta-analyses ont aussi démontré que les impacts du TDAH pouvaient être différents en fonction de la présentation du trouble. La prédominance inattentive est effectivement davantage associée avec des difficultés scolaires, une faible estime de soi et un plus grand faible fonctionnement adaptatif général (Willcutt *et al.*, 2012), tandis que la prédominance hyperactive impulsive est davantage associée au rejet par les pairs, à l'agressivité, à la conduite automobile à risque et aux blessures accidentelles (Willcutt *et al.*, 2012).

Diagnostic et interventions

Malgré les avancées des dernières années dans les études sur la génétique et la neuroimagerie, il n'existe toujours pas de marqueurs biologiques validés permettant de diagnostiquer le TDAH à l'heure actuelle (APA, 2015). Les professionnels de la santé habilités peuvent établir le diagnostic du trouble en se référant aux critères diagnostiques du DSM-5 (Faraone *et al.*, 2021).

La Société canadienne de pédiatrie (Feldman et Bélanger, 2018), recommande toutefois aux professionnels cliniciens de combiner les interventions non pharmacologiques et pharmacologiques afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux enfants et aux adolescents présentant un TDAH. Elle souligne aussi l'importance d'utiliser une approche sur le partage des soins et la formation des acteurs du milieu (parents, enseignants ou toutes autres personnes qui s'occupent du jeune).

Catalá-López *et al.* (2017) ont effectué une revue systématique de 190 études sur l'efficacité des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques auprès des enfants et des adolescents présentant un TDAH. Les auteurs ont divisé les interventions en trois catégories : les interventions pharmacologiques, les interventions psychosociales et les interventions complémentaires et alternatives à la médecine traditionnelle. La catégorie des interventions pharmacologiques incluait la prise de stimulants, de non-stimulants, d'antidépresseurs, d'antipsychotiques et d'autres médicaments non approuvés pour le traitement du TDAH auprès des jeunes. La catégorie des interventions psychosociales regroupait les interventions basées sur

les thérapies comportementale et cognitivo-comportementale, comme la gestion des comportements des parents ou encore l'entraînement aux habiletés sociales des jeunes, les interventions basées sur l'entraînement des fonctions cognitives, comme l'entraînement de la mémoire de travail ou de l'attention et la rétroaction neurologique. La catégorie des interventions complémentaires et alternatives à la médecine traditionnelle comprenait la diète alimentaire, la prise de suppléments alimentaires (par exemple : acides gras polyinsaturés, vitamines, minéraux et acides aminés), la thérapie à base de plantes, l'homéopathie et l'activité physique. Les résultats de l'étude ont démontré que les interventions les plus efficaces auprès des jeunes présentant un TDAH étaient les interventions basées sur les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales, la prise de stimulants et leur combinaison. De plus, les interventions basées sur les thérapies comportementales ou cognitivo-comportementales ont été associées comme étant les interventions non pharmacologiques les plus efficaces dans l'amélioration des symptômes liés au TDAH auprès des jeunes (Catalá-López *et al.*, 2017).

Différences selon le sexe

En ce qui concerne la présentation des symptômes, les filles ont généralement plus de caractéristiques inattentives que les garçons (APA, 2015; Loyer Carbonneau *et al.*, 2021). Elles sont donc plus susceptibles de recevoir le diagnostic de la présentation inattentive du TDAH que les garçons (Loyer Carbonneau *et al.*, 2021). Il est important de noter que cet essai, en utilisant le terme « sexe », fait référence au terme « sexe biologique ».

Sur le plan des comorbidités, un consensus d'experts a mis de l'avant que les filles présentant un TDAH ont plutôt tendance à présenter des troubles internalisés, comme l'anxiété et la dépression, tandis que les garçons ont davantage tendance à présenter des troubles externalisés, comme un trouble des conduites (TC) ou un trouble d'opposition avec provocation (TOP) (Young *et al.*, 2020). Certaines études ont également démontré qu'elles sont particulièrement à risque de présenter des traits du trouble de personnalité limite (TPL) à l'adolescence (Stepp *et al.*, 2012).

Il semble que les filles ayant un TDAH font sensiblement face aux mêmes difficultés socioémotionnelles que les garçons, mais de manière plus importante (Becker *et al.*, 2013; Biederman *et al.*, 2008; Mikami et Lorenzi, 2011;). Effectivement, par rapport aux garçons, elles auraient une relation parent-enfant plus conflictuelle (Podolski et Nigg, 2001), vivraient plus de rejet par les pairs (Becker *et al.*, 2013), présenteraient plus de difficultés sur le plan de l'estime de soi et de l'image corporelle (Hinshaw *et al.*, 2006; Rose et Rudolph, 2006) et seraient plus à risque d'adopter des comportements d'automutilation (Balázs *et al.*, 2018). Il a aussi été démontré que les filles sont plus à risque de développer des troubles internalisés lorsqu'elles présentent un historique de rejet par les pairs que les garçons (Becker *et al.*, 2013).

Si la Société canadienne de pédiatrie (Bélangier *et al.*, 2018) propose des lignes directrices par rapport aux interventions à privilégier auprès des jeunes présentant un TDAH, elle ne propose pas d'interventions spécifiques pour les filles. Néanmoins, certaines études ont émis des recommandations sur le sujet. Un regroupement d'experts a souligné les différences selon le sexe en lien avec le trouble avant de suggérer l'importance de les prendre en considération dans l'élaboration du plan d'intervention auprès des filles (Young *et al.*, 2020). Selon eux, les interventions auprès de celles-ci devraient aborder les difficultés qu'elles sont particulièrement susceptibles de vivre dans toutes les sphères de vie, de même que les stratégies qui pourraient les aider à y faire face (Young *et al.*, 2020). Une revue littéraire qui fait le point sur les dernières données probantes concernant les filles présentant un TDAH a également émis des recommandations similaires (Hinshaw *et al.*, 2022). D'autres études ont mis de l'avant la pertinence de revoir la structure des groupes dans les programmes d'intervention pour mieux répondre aux besoins des filles. Rose et Rudolph (2006) ont démontré que les filles ont tendance à s'effacer en groupe mixte et qu'elles interagissent plus entre elles ou en dyade (Savicki *et al.*, 2002). Ainsi, ils suggèrent l'utilisation de groupes ou de dyades d'intervention composés uniquement de filles.

Sous-représentation des filles présentant un TDAH

Il existe une discussion actuellement sur la possibilité que les filles présentant un TDAH soient sous-représentées par rapport aux garçons dans l'établissement du diagnostic (Klefsjö *et al.*, 2021; Loyer Carbonneau *et al.*, 2021; Mowlem *et al.*, 2019; Ohan et Visser, 2009; Quinn et Madhoo, 2014).

Comme il a été vu plus haut, les filles ont davantage tendance à répondre aux critères diagnostiques de la présentation inattentive du TDAH que les garçons (Loyer Carbonneau *et al.*, 2021). Or, les symptômes d'inattention sont moins apparents que les symptômes d'hyperactivité-impulsivité, réduisant ainsi les chances d'identification du trouble auprès des filles (Mowlem *et al.*, 2019; Rucklidge, 2010). Les attentes sociales et les stéréotypes de sexe peuvent également avoir un impact dans le repérage et l'établissement du diagnostic du TDAH auprès des filles. Une étude a fait valoir que les parents et les enseignants évaluent moins sévèrement les filles que les garçons pour un même comportement problématique dans l'évaluation diagnostique du trouble (Meyer *et al.*, 2020). Une autre étude souligne que les parents ont davantage tendance à associer les critères diagnostiques du TDAH aux garçons plutôt qu'aux filles (Ohan et Johnston, 2005). Il a également été démontré que les filles ayant un TDAH ont tendance à utiliser des stratégies d'adaptation pour compenser leurs difficultés d'inattention; ces stratégies ont pour effet de masquer leurs symptômes et de les rendre plus difficiles à identifier (Quinn et Madhoo, 2014; Young *et al.*, 2020).

La sous-représentation des filles présentant un TDAH est problématique, car non seulement elle empêche ou retarde leur prise en charge, elle affecte aussi les données probantes à leur sujet. Un consensus d'experts regroupant 22 chercheurs (Young *et al.*, 2020) ainsi qu'une revue annuelle de recherche incluant quatre chercheurs (Hinshaw *et al.*, 2022) sur le trouble auprès des individus de sexe féminin critiquent d'ailleurs le fait que plusieurs études sur le sujet ont recours à des échantillons uniquement masculins ou à forte majorité masculine et que plusieurs d'entre elles ne prennent pas en considération l'effet modérateur du sexe dans leurs résultats. Ils avancent ainsi que les données sur le trouble ne sont peut-être pas aussi

représentatives pour les filles que pour les garçons (Hinshaw *et al.*, 2022; Young *et al.*, 2020). D'autres auteurs soulignent également des différences entre les sexes et l'importance de les prendre en considération dans les futures recherches sur le sujet (Quinn et Madhoo, 2014; Rucklidge, 2010).

En résumé, le TDAH a longtemps été associé aux jeunes garçons turbulents qui dérangent dans la classe. Cette idée s'est néanmoins petit à petit transformée au courant des dernières années alors que de plus en plus de recherches se sont penchées sur l'expression du trouble auprès des filles. Il a maintenant été démontré que les jeunes de sexe féminin se distinguent des jeunes de sexe masculin présentant un TDAH, notamment dans la présentation des symptômes du trouble, ses comorbidités et ses impacts psychosociaux. Les filles sont plus nombreuses à manifester des symptômes de la présentation inattentive, sont plus susceptibles de développer des troubles internalisés et sont plus à risque de vivre des difficultés socioémotionnelles et psychosexuelles plus importantes que les garçons. À la lumière de ces récentes découvertes, plusieurs chercheurs ont souligné la pertinence de revoir les interventions auprès des filles présentant un TDAH. Si les filles ont finalement un profil différent que les garçons et que les interventions sont actuellement basées sur des données principalement masculines, il est effectivement possible de se demander si les interventions répondent véritablement aux besoins des filles. Les psychoéducateurs et psychoéducatrices sont concernés par cet enjeu, car ils ont pour objectif d'identifier les besoins des individus en difficulté d'adaptation afin de déterminer des moyens pour y répondre. Or, comme il a été vu plus haut, les jeunes de sexe féminin peuvent vivre de nombreuses difficultés d'adaptation et ainsi bénéficier d'un suivi psychoéducatif. L'objectif de cet essai est d'actualiser et de guider l'intervention des psychoéducateurs et des psychoéducatrices auprès des jeunes de sexe féminin ayant un TDAH. Plus particulièrement, il répertorie et commente les programmes d'intervention qui ont été spécifiquement étudiés auprès des filles, en plus de faire état des dernières données sur le trouble au féminin. Bien outillés, les psychoéducateurs et psychoéducatrices peuvent favoriser le retour à l'équilibre de leur clientèle, notamment à l'aide de programmes d'intervention qui ont fait leurs preuves.

Méthode

Une revue systématique a été conduite en mai 2023 afin de répertorier les programmes d'intervention qui s'adressent spécifiquement aux filles présentant un TDAH. Il s'agit d'une analyse documentaire exhaustive qui consiste à choisir et à analyser les écrits scientifiques qui portent sur une question de recherche précise (OQLF, 2021). Les prochains paragraphes résument la stratégie de repérage et les critères de recherche et qui ont été utilisés pour mener la revue systématique, en plus de présenter le processus de sélection des études.

Stratégie de repérage

Une équation de recherche a été élaborée afin d'interroger les bases de données. Les concepts qui ont servi à la déterminer sont « TDAH », « fille » et « intervention ». Chaque concept a été associé à des mots-clés afin de regrouper le plus de résultats possible sur les bases de données. Ces mots-clés ont été trouvés à l'aide des thésaurus HeTOP, Termium et FMD3. L'algorithme de recherche qui a été utilisé pour interroger les bases de données est le suivant : TI (adhd OR attention deficit hyperactivity disorder OR attention deficit-hyperactivity disorder OR attention-deficit/hyperactivity disorder OR attention-deficit/hyperactivity) AND TI (girl* OR young female* OR female student* OR adolescent female* OR female adolescent* OR adolescent girl* OR gender differences OR gender OR sex) AND TI (initiative* OR intervention* OR practice* OR guide OR treating OR program* OR direction* OR programme* OR promotion OR service* OR strategy OR strategies OR technic* OR technique* OR treatment* OR tool* OR approach OR approaches OR therapy OR management OR group* OR psychotherapy OR psychoeducation OR support OR training). Les bases de données qui ont été interrogées sont les suivantes : APA PsycINFO, Education Source, ERIC, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SocINDEX et CINAHL.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les études qui ont été retenues devaient :

- Porter sur les filles de moins de 18 ans présentant un TDAH;
- Être de nature empirique;

- Avoir été publiées dans une revue scientifique ayant un comité scientifique;
- Avoir été rédigées en français ou en anglais;
- Porter sur des programmes d'intervention psychosociaux;
- Porter sur l'efficacité des programmes d'intervention spécifiquement sur les filles;
- Avoir été publiées entre 2001 et 2023;
- Pour une meilleure transférabilité des résultats, provenir d'un pays dont la population correspond sensiblement à la population canadienne, comme les pays occidentaux (l'Amérique septentrionale, l'Union européenne, le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande).

Les études retenues ne devaient pas :

- Provenir de la littérature grise;
- Porter sur des programmes d'intervention pharmacologiques.

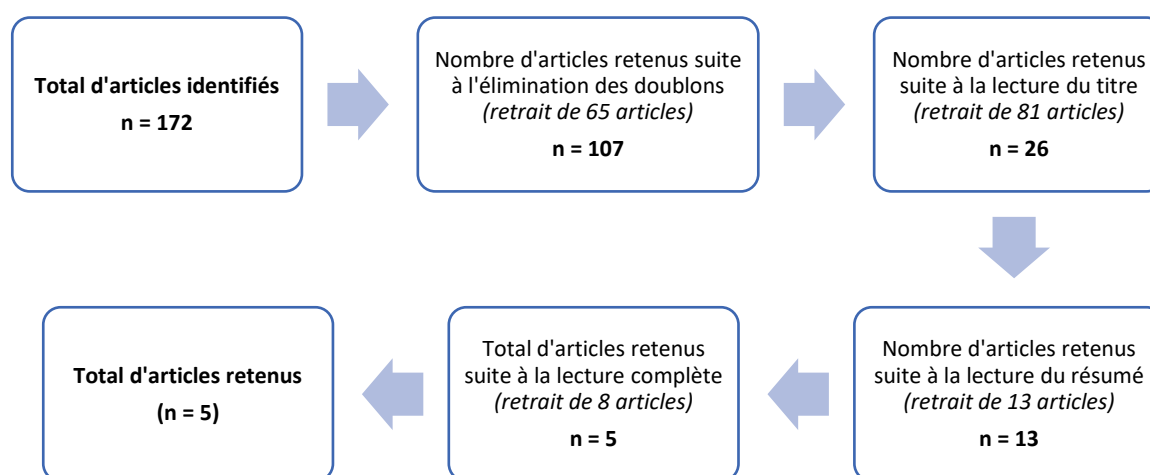
Il est à noter que la stratégie de repérage et les critères de recherche ont dû être modifiés et élargis à plusieurs reprises afin d'arriver à un résultat de recherche intéressant (retrait du concept « efficace », ajout des adolescentes dans la population à l'étude, élargissement de la période à l'étude, ajout de bases de données en dehors des sciences sociales, etc.). Il fut effectivement difficile de trouver des ressources pertinentes en lien avec la question de recherche, car très peu de chercheurs se sont penchés sur le sujet jusqu'à maintenant. S'il existe un certain nombre de ressources qui abordent les différences de sexe en fonction du sexe, peu d'études traitent des interventions à privilégier spécifiquement auprès des filles présentant un TDAH. Il est à noter que la stratégie de repérage des écrits fut validée auprès de la bibliothécaire de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Marjorie Bilodeau, afin de s'assurer que le peu d'études recensées était bel et bien dû à un manque d'études sur le sujet et non pas à une erreur méthodologique liée au processus de recherche des sources.

Sélection des études

La recherche documentaire a généré un total de 172 articles, mais le processus de sélection des études a réduit ce total à 5 articles. Les études ont été choisies à l'aide d'une adaptation du diagramme de flux de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Rethlefsen et Page, 2022). L'adaptation du diagramme de flux de PRISMA qui a été utilisée pour choisir les articles discutés à l'intérieur de l'essai est présentée à la Figure 1. Initialement, le nombre d'articles était de 172, mais a diminué à 107 suite à l'élimination des doublons. Ensuite, il a descendu à 26 après l'examen des titres, puis à 13 suite à l'analyse des résumés. Enfin, après la lecture complète des études restantes, 5 articles ont été retenus officiellement dans la revue systématique. Le dernier tri a écarté 8 articles pour les raisons suivantes : 4 articles provenaient de la littérature grise, 2 articles ne portaient pas sur un programme d'intervention et 2 articles ne venaient pas d'un pays occidental.

Figure 1

Diagramme de flux adapté de PRISMA



Résultats

Comme il a été vu plus haut, cinq études ont été retenues de la stratégie de repérage des écrits. Les prochains paragraphes présentent les similitudes et les différences entre ces études. Avant de poursuivre, il est à noter que l'ensemble des études retenues proviennent des États-Unis et que trois d'entre elles ont été menées par Babinski *et al.* (2013, 2018, 2020). De plus, trois études sont récentes et datent de 4 et 6 ans (Babinski *et al.*, 2020, 2018; Schweighardt *et al.*, 2018), tandis que deux études sont plus anciennes et datent de 10 et 22 ans (Babinski *et al.*, 2013; Smith et Barrett, 2002).

Objectifs, devis et caractéristiques des participants des études

Les objectifs, les devis et les caractéristiques des participants des études sont présentés dans le Tableau 1. La majorité des études évaluent l'efficacité d'un programme d'intervention sur la diminution des difficultés vécues par les jeunes de sexe féminin présentant un TDAH. Seule l'étude de Babinski *et al.* (2013) se démarque des autres en comparant l'efficacité d'une intervention de groupe mixte versus unisexe sur la diminution des difficultés vécues par les filles ayant un TDAH. L'auteure et ses collaborateurs émettent effectivement l'hypothèse que les filles profiteraient plus d'une intervention de groupe unisexe que d'une d'intervention de groupe mixte et cherchent à valider cette hypothèse à travers leur étude.

Toutes les études sont quantitatives. Elles sont aussi toutes préexpérimentales à l'exception de l'étude de Babinski *et al.* (2013) qui est expérimentale. Les études de Babinski *et al.* (2020) et Smith et Barrett (2002) ont un devis d'étude prépost à groupe unique, les études de Babinski *et al.* (2018) et Schweighardt *et al.* (2018) un devis d'étude prépost à cas unique et l'étude de Babinski *et al.* (2013) un devis d'étude prépost à groupe témoin. Seule l'étude de Babinski *et al.* (2013) utilise un groupe-contrôle.

Les personnes qui participent aux études sont principalement de sexe féminin. Seule l'étude de Babinski *et al.* (2013) présente un échantillon de participants mixtes. L'âge des personnes participantes varie entre 7 à 16 ans.

Tableau 1*Objectifs, devis et caractéristiques des participants des études*

Étude	Objectif	Devis	Caractéristiques des participants
Smith et Barrett (2002)	Examiner l'efficacité d'un programme d'habiletés parentales sur les symptômes du TDAH auprès des filles	Quantitatif, pré expérimental avec devis prépost à groupe unique	<ul style="list-style-type: none"> • 3 filles de 11 ans présentant un TDAH (médicamentées)
Babinski <i>et al.</i> (2013)	Examiner l'effet d'une intervention mixte versus unisexe sur l'efficacité d'un programme d'habiletés sociales sur les impacts psychosociaux du TDAH auprès des filles	Quantitatif, expérimental avec devis prépost à groupe témoin	<ul style="list-style-type: none"> • 10 filles et 11 garçons d'environ 13 ans présentant un TDAH ou des difficultés en lien avec le TDAH (médicamentés et non médicamentés)
Babinski <i>et al.</i> (2018)	Examiner l'efficacité d'un programme d'habiletés parentales juxtaposé à un programme d'habiletés sociales sur les symptômes, les comorbidités et les impacts psychosociaux du TDAH auprès des filles	Quantitatif, préexpérimentale avec devis prépost à cas unique	<ul style="list-style-type: none"> • 1 fille de 9 ans présentant un TDAH, un TAG et des caractéristiques du TPL (non médicamentée)
Schweighardt <i>et al.</i> (2018)	Examiner l'efficacité d'un programme d'activité physique en contexte de plein air sur les impacts psychosociaux du TDAH auprès des filles	Quantitatif, préexpérimentale avec devis prépost à cas unique	<ul style="list-style-type: none"> • 1 adolescente de 12 ans présentant un TDAH (médicamentée)
Babinski <i>et al.</i> (2020)	Examiner l'efficacité d'un programme d'habiletés parentales juxtaposé à un programme sur d'habiletés sociales sur les symptômes, les comorbidités et les impacts psychosociaux du TDAH auprès des filles	Quantitatif, pré expérimental avec devis prépost à groupe unique	<p>Programme pour les préadolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 33 filles de 7 à 11 ans présentant un TDAH (médicamentés et non médicamentées) <p>Programme pour les adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 filles de 12 à 16 ans présentant un TDAH (médicamentées et non médicamentées)

La taille des échantillons se situe entre 1 à 33 personnes. Les personnes participantes de toutes les études ont un diagnostic de TDAH à l'exception de l'étude de Babinski *et al.* (2013) qui ont soit un diagnostic, soit des caractéristiques significatives du trouble. Les études de Schweighardt, Sachs et Hineline (2018) et Smith et Barrett (2002) sont réalisées auprès de personnes médicamenteuses, celles de Babinski *et al.* (2013, 2020) auprès de personnes médicamenteuses et non médicamenteuses et celle de Babinski *et al.* (2018) auprès de personnes non médicamenteuses. Bien que l'information ne figure pas dans le tableau, il est aussi pertinent de noter que tous les jeunes qui participent aux études vivent de nombreuses difficultés en lien avec le TDAH. Il est notamment question de difficultés socioémotionnelles ou encore des difficultés en lien avec l'anxiété, la dépression, le TOP, le TC, le TPL ou le trouble d'apprentissage.

Caractéristiques des programmes d'intervention des études

Les caractéristiques des programmes d'intervention sont regroupées dans le Tableau 2. Les études regroupent trois différents types de programmes d'intervention sur : les habiletés parentales (Smith et Barrett, 2002), l'activité physique en contexte de plein air (Schweighardt *et al.*, 2018) et les habiletés parentales et sociales des jeunes (Babinski *et al.*, 2013, 2018, 2020). L'étude de Schweighardt *et al.* (2018) se démarque des autres puisqu'elle est la seule à ne pas présenter un programme d'intervention sur les habiletés parentales et/ou sociales.

Seules les études de Babinski *et al.* (2018) et Smith et Barrett (2002) portent sur des programmes d'intervention validés. Les autres études concernent des adaptations de programmes d'intervention validés. Les programmes qui ont été cités par les auteurs partagent tous la même particularité : ils s'adressent tous, à la base, à une clientèle mixte. Ils n'ont donc pas été construits et ne sont pas spécifiquement offerts pour les filles. Ce sont les auteurs des études qui ont décidé de les étudier spécifiquement auprès des jeunes de sexe féminin et de les adapter en fonction des besoins spécifiques de cette population (les adaptations sont présentées dans le Tableau 3). Seul le programme de Smith et Barrett (2002) n'a pas été adapté pour les filles, mais seulement étudié auprès d'elles. De plus, les programmes utilisés datent tous de 13 à 37 ans.

Tableau 2*Caractéristiques des programmes d'intervention des études*

Étude	Nom du/des programmes	Modalités de rencontre
Smith et Barrett (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Defiant Children (Barkley, 1987) <ul style="list-style-type: none"> ○ Programme sur les habiletés parentales 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 rencontre de groupe de 2 h par semaine pendant 10 semaines (parents)
Babinski <i>et al.</i> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Summer Treatment Program – Adolescent (Sibley <i>et al.</i>, 2011) <ul style="list-style-type: none"> ○ Programme sur les habiletés sociales avec un volet sur les habiletés parentales 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 jours en groupe par semaine de 8 h à 17 h pendant 8 semaines (jeunes) • 1 rencontre de groupe de 1 h 15 par semaine pendant 8 semaines (parents)
Babinski <i>et al.</i> (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation du Community Oriented Parent Education program (Cunningham, Bremner et Secord, 1997) <ul style="list-style-type: none"> ○ Programme sur les habiletés parentales • Création d'un programme sur les habiletés sociales des jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 rencontre de groupe de 1 h 15 par semaine pendant 8 semaines (parents) • 1 rencontre de groupe de 1 h 15 par semaine pendant 8 semaines (jeune)
Schweighardt <i>et al.</i> (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un programme d'activité physique en contexte de plein air 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 rencontres individuelles de 1 h 15 par semaine pendant 9 semaines (jeune)
Babinski <i>et al.</i> (2020)	<p>Groupe 1 (préadolescentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation du Community Oriented Parent Education program (Cunningham, Bremner et Secord, 1997) <ul style="list-style-type: none"> ○ Programme sur les habiletés parentales • Création d'un programme sur les habiletés sociales <p>Groupe 2 (adolescentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation du Defiant Teens Manual (Barkley et Robin, 2014) <ul style="list-style-type: none"> ○ Programme sur les habiletés parentales • Création d'un programme sur les habiletés sociales 	<p>Groupe 1 (préadolescentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rencontre de groupe de 1 h 15 par semaine pendant 8 semaines (parents) • 1 rencontre de groupe de 1 h 15 par semaine pendant 8 semaines (jeunes) <p>Groupe 2 (adolescentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rencontre de groupe de 1 h 15 par semaine pendant 12 semaines (parents) • 3 rencontres de groupe de 1 h 15 au début, au milieu et à la fin (parents et jeunes)

Tableau 3*Adaptations des programmes d'intervention des études à l'égard des filles*

Étude	Adaptations des programmes d'intervention des études à l'égard des filles
Smith et Barrett (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune, étude évaluant seulement l'efficacité d'un programme d'intervention sur les filles
Babinski <i>et al.</i> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacement des groupes mixtes (garçons et filles) pour des groupes unisexes (garçons ou filles)
Babinski <i>et al.</i> (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de la mesure des traits de personnalité limite avant et après l'intervention
Schweighardt <i>et al.</i> (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en considération de 3 facteurs de risque associés aux filles présentant un TDAH : un surpoids, un mode de vie sédentaire et des difficultés sociales • Prise en considération du profil le plus observé auprès des filles présentant un TDAH : le profil d'inattention
Babinski <i>et al.</i> (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les programmes sur les habiletés sociales, ajout d'activités en petits groupes et en dyades • Pour les programmes sur les habiletés sociales, ajout de modules sur la régulation émotionnelle et le développement de l'identité • Pour les programmes sur les habiletés parentales, ajout de contenu sur les stratégies pour travailler les habiletés sociales des jeunes

Les études de Babinski *et al.* (2013) et Schweighardt *et al.* (2018) se démarquent des autres en ce qui concerne leurs modalités de rencontre. La première étude présente un programme d'intervention construit sous la forme d'un camp de jour intensif. Les jeunes participent à diverses activités de groupe du lundi au vendredi de 8 h à 17 h pendant 8 semaines. De plus, il faut compter les rencontres de parents qui ont lieu 1 fois par semaine et qui durent 1 h 15 chaque fois pendant 8 semaines. La deuxième étude utilise un programme d'intervention élaboré sous la forme d'un entraînement physique en contexte de plein air. La participante réalise des entraînements physiques d'une durée de 1 h 15 à raison de 2 fois par semaine pendant 9 semaines dans le but de s'entraîner à réaliser un défi physique ultime qu'elle a elle-même choisi avec l'aide des intervenants. Elle est aussi amenée à remplir des objectifs d'entraînement physique quotidiens à la maison et à les documenter. Il faut savoir que l'entraîneur de la jeune fille lui offre également un soutien psychosocial tout au long des entraînements physiques. Le programme

d'intervention a pour but de cibler et d'améliorer trois comportements problématiques en lien avec le TDAH (mode de vie sédentaire, surpoids et difficultés sociales). Il se base sur différentes théories affirmant les bienfaits de l'exercice physique et le plein air sur différentes difficultés associées au trouble. De plus, il s'adresse particulièrement aux jeunes filles qui ont un TDAH, qui sont sédentaires et qui présentent un surpoids. Les autres études présentent des programmes d'intervention dont les interventions et les modalités de rencontres sont sensiblement similaires les unes aux autres. La durée des rencontres pour les jeunes et les parents sont de 1 h 15 ou de 2 h. La fréquence des rencontres pour les jeunes et les parents sont de 1 fois par semaine. Les rencontres pour les jeunes et les parents s'échelonnent sur 8 à 12 semaines. À l'exception de l'étude de Schweighardt *et al.* (2018), toutes les études présentent des programmes d'intervention qui sont donnés en groupe et qui comportent un volet pour les parents.

Tous les programmes d'intervention sont de nature psychosociale, s'inspirent de la théorie cognitivo-comportementale ou comportementale et sont animés par un professionnel de l'éducation, de la santé ou des services sociaux.

Variables et instruments de mesure des études

Les variables étudiées et les instruments de mesure utilisés sont présentés dans le Tableau 4. Globalement, les études s'articulent autour de trois grandes catégories de variables pour mesurer l'efficacité de leur programme d'intervention : les symptômes, les comorbidités ou les impacts psychosociaux du TDAH. Les symptômes regroupent les critères diagnostiques associés au trouble, les comorbidités concernent les psychopathologies connexes au TDAH (TOP, TC, TPL, anxiété et dépression) et les impacts psychosociaux englobent toutes les autres difficultés associées au trouble (difficultés sociales, difficultés émotionnelles, faible estime de soi, diabète, etc.). De manière plus spécifique, une étude mesure uniquement les symptômes du trouble (Smith et Barrett, 2002), deux études mesurent uniquement les impacts psychosociaux du TDAH (Babinski *et al.*, 2013; Schweighardt *et al.*, 2018) et deux études mesurent les symptômes et les impacts psychosociaux du trouble (Babinski *et al.*, 2018, 2020).

Tableau 4*Variables et instruments de mesure des études*

Étude	Variables étudiées	Instruments de mesure utilisés
Smith et Barrett (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes du TDAH 	Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991); Outil d'observation inspiré du Defiant Children (Barkley, 1987)
Babinski <i>et al.</i> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnement social 	Échelle de mesure inspirée des travaux de Caldarella et Merrell (1997)
Babinski <i>et al.</i> (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité-impulsivité) • Symptômes du TOP, du TC, du TPL, d'anxiété et de dépression • Fonctionnement global 	Disruptive Behavior Disorders Rating Scale (Pelham, Fabiano et Massetti, 2005); The Borderline Personality Features Scale of Children (Crick <i>et al.</i> , 2005); The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (Birmaher <i>et al.</i> , 1997); Short Mood and Feelings Questionnaire (Angold <i>et al.</i> , 1995); Impairment Rating Scale for Children (Fabiano <i>et al.</i> , 2006)
Schweighardt <i>et al.</i> (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Temps d'exercice physique • Habitudes alimentaires • Situations sociales inconfortables • Perception physique de soi • Forme physique • Compétences en plein air 	Children and Youth Physical Self-Perception Profile (Whitehead, 1995); Children and Youth Perceived Importance Profile (Whitehead, 1995); President's Challenge Physical Fitness (President's Council on Sports, Fitness et Nutrition, 2010); Outdoor Skills Inventory (Schweighardt, 2018); Functional Assessment Interview Form adapté du The Student-Directed Functional Assessment Interview (O'Neil <i>et al.</i> , 1997)
Babinski <i>et al.</i> (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes du TDAH • Symptômes du TOP, du TC, du TPL, d'anxiété et de dépression • Fonctionnement social 	<p>Préadolescentes : Disruptive Behavior Disorders Rating Scale (Pelham <i>et al.</i>, 2005); The Borderline Personality Features Scale of Children (Crick <i>et al.</i>, 2005); The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (Birmaher <i>et al.</i>, 1997); Short Mood and Feelings Questionnaire (Angold <i>et al.</i>, 1995); Impairment Rating Scale for Children (Fabiano <i>et al.</i>, 2006); Social Skills Rating System (Gresham et Elliott, 1990); Self-Perception Profile for Children (Harter, 1985)</p> <p>Adolescentes : idem, mais les 2 derniers tests ont été remplacés par le Self-Perception Profile for Adolescent (Harter, 2012)</p>

L'étude de Schweighardt *et al.* (2018) se démarque par ses variables différentes des autres études. Néanmoins, elle utilise tout de même des variables conformes aux données sur les impacts psychosociaux et médicaux du trouble, car comme il a été vu dans le cadre conceptuel, les jeunes présentant un TDAH sont susceptibles de présenter une problématique de poids (Nigg *et al.*, 2016).

Les variables sont essentiellement mesurées par différents instruments de mesure d'une étude à l'autre. Seules les études de Babinski *et al.* (2018, 2020) mesurent presque toutes les mêmes variables avec presque tous les mêmes instruments de mesure. Les études de Babinski *et al.* (2018, 2020) et de Schweighardt *et al.* (2018) utilisent entre cinq et sept instruments de mesure. Les instruments de mesure de ces études sont tous validés sauf un dans l'étude de Schweighardt *et al.* (2018). L'étude de Smith et Barrett (2002) fait usage de deux instruments de mesure, dont un est validé, tandis que l'étude de Babinski *et al.* (2013) utilise un instrument de mesure et celui-ci n'est pas validé.

Il y a donc trois études qui présentent plusieurs instruments de mesure et plusieurs instruments validés (Babinski *et al.*, 2018; Babinski *et al.*, 2020 et Schweighardt *et al.*, 2018), mais il y a aussi deux études qui affichent peu d'instruments de mesure et peu d'instruments validés (Babinski *et al.*, 2013 et Smith et Barrett, 2002). Les instruments de mesure des différentes études ont été créés entre 1985 et 2018 et la majorité d'entre eux ont plus de 10 ans.

Principaux résultats des études

Les principaux résultats des études sont présentés dans le Tableau 4. Ils seront approfondis dans un premier temps et comparés les uns aux autres dans un second temps. L'étude de Smith et Barrett (2002) a observé une amélioration significative sur la variable de l'agitation du corps, mais une détérioration significative sur les variables des comportements hors tâche et du délai d'obéissance. Le programme d'intervention semble donc avoir un effet positif sur les symptômes d'hyperactivité-impulsivité, mais un effet négatif sur les symptômes d'inattention.

Tableau 5*Principaux résultats des études*

Étude	Résultats
Smith et Barrett (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution significative d'un symptôme du TDAH (agitation du corps)
Babinski <i>et al.</i> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration plus prononcée et plus significative de certaines composantes du fonctionnement social lorsque l'intervention est donnée en groupe unisexe plutôt qu'en groupe mixte (affirmation de soi, gestion de soi et obéissance)
Babinski <i>et al.</i> (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution significative de certains symptômes du TDAH, du TPL, de l'anxiété et de la dépression • Amélioration significative de certaines composantes du fonctionnement global (relation avec les pairs, estime de soi, comportements problématiques en classe et besoin de traitement général)
Schweighardt <i>et al.</i> (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'activité physique quotidienne • Amélioration des habitudes alimentaires • Diminution des situations sociales inconfortables • Amélioration de la perception physique de soi • Amélioration de la forme physique • Acquisition de compétences en plein air
Babinski <i>et al.</i> (2020)	<p>Groupe 1 (préadolescentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration significative de certains symptômes du TDAH, du TPL et de la dépression • Amélioration significative de certaines composantes du fonctionnement social (obéissance, responsabilité, contrôle de soi, perception physique de soi et estime de soi) <p>Groupe 2 (adolescentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration significative de certains symptômes du TDAH et de l'anxiété • Amélioration significative de certaines composantes du fonctionnement social (perception de son attrait romantique, relation avec les pairs et la famille)

De plus, la variable de l'agitation du corps des jeunes filles a été significativement associée à une présentation plus problématique du TDAH selon les parents.

L'étude de Babinski *et al.* (2013) a noté une amélioration significative de toutes les variables étudiées, et ce, autant dans le cadre d'une intervention mixte (garçons et filles) que dans

le cadre d'une intervention unisexe (filles uniquement). Cependant, l'intervention unisexe s'est avérée plus favorable aux adolescentes que l'intervention mixte. Effectivement, les adolescentes placées en groupe unisexe ont démontré plus d'affirmation de soi, d'autogestion et d'obéissance que les adolescentes placées en groupe mixte.

L'étude de Babinski *et al.* (2018) a observé une amélioration significative sur plusieurs variables. Avant l'intervention, l'adolescente était dans le cliniquement significatif pour les mesures suivantes : TDAH (symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité), anxiété, TPL et fonctionnement global (les sept domaines). Suite à l'intervention, l'adolescente était dans le cliniquement significatif pour les mesures suivantes : TDAH (symptômes d'hyperactivité-impulsivité seulement) et fonctionnement global (les trois domaines).

Le programme d'intervention utilisé par Babinski *et al.* (2018) a donc particulièrement eu des effets positifs sur les symptômes d'inattention du TDAH, les symptômes d'anxiété et les caractéristiques du TPL de l'adolescente, qui sont tous passés du cliniquement significatif au cliniquement non significatif suite à l'intervention. Il a aussi eu des impacts significatifs sur les symptômes d'hyperactivité-impulsivité (mesure qui était et qui est restée cliniquement significative prépost intervention) et de dépression (mesure qui n'était pas cliniquement significative prépost intervention).

L'étude de Schweighardt *et al.* (2018) a noté une amélioration sur toutes les variables. Dans un premier temps, les trois comportements ciblés en début d'intervention se sont améliorés. Le nombre de repas a été réduit de 8 à 4 par jour, la fréquence des situations sociales inconfortables a diminué d'un peu plus qu'une fois par jour à moins d'une fois par jour et le temps d'exercice physique a augmenté de 12,9 minutes à 57,5 minutes par jour. Dans un second temps, les variables la forme physique, des compétences en plein air et de la perception physique de soi ont toutes augmenté de manière significative. Sur le plan de la force physique, l'adolescente a démontré plus de force, de flexibilité et d'endurance à la fin du programme d'intervention. En ce qui concerne les compétences en plein air, elle a réussi 15 des 17

compétences ciblées. De plus, elle se sent capable de mettre en pratique huit de ces compétences par elle-même, avec des rappels ou une certaine assistance. Pour ce qui est de la perception physique de soi, l'adolescente est passée d'une estime de soi presque nulle à une estime de soi très forte sur le plan de ses capacités physiques. Elle a mentionné aux auteurs qu'elle se sentait « bien » à propos de ses nouvelles compétences et qu'elle avait l'impression qu'elle pouvait « tout faire maintenant ». L'augmentation de son estime de soi sur le plan de ses capacités physiques a également eu un impact positif sur son estime de soi sur le plan de ses capacités sociales. Elle a notamment indiqué se sentir plus « confiante autour des gens » et encline à « approcher les autres ».

L'étude de Babinski *et al.* (2020) a observé plusieurs améliorations sur les variables, et ce, autant pour le groupe des préadolescentes que pour le groupe des adolescentes. Pour le groupe des préadolescentes, sur le plan du fonctionnement social, elles ont démontré une augmentation significative des variables de l'obéissance, de la responsabilité, du contrôle de soi, de la relation avec la famille, du concept physique de soi et de l'estime de soi. Sur le plan de la psychopathologie, elles ont démontré une réduction significative des symptômes du TDAH, du TOP et de la dépression, ainsi qu'une réduction significative des caractéristiques du TPL. Pour le groupe des adolescentes, sur le plan du fonctionnement social, elles ont démontré une augmentation significative des variables de concept de soi sur le plan de l'attrait romantique et la relation entre la famille et les pairs. Une amélioration, bien que non significative, a aussi été constatée dans l'amélioration de la relation avec la fratrie et le sentiment global d'estime de soi. Sur le plan de la psychopathologie, elles ont démontré une réduction significative des symptômes du TDAH et de l'anxiété.

L'ensemble des études ont démontré une amélioration significative sur au moins une de leurs variables à l'étude suite à l'intervention. Les programmes d'intervention ont donc tous eu un impact positif, que ce soit sur les symptômes du TDAH, les symptômes des psychopathologies connexes au trouble ou encore les impacts psychosociaux du TDAH. L'étude de Babinski *et al.* (2018) a effectué un suivi post-intervention 6 mois après l'intervention, tandis que l'étude de

Babinski *et al.* (2020) suivi post-intervention 2 mois après. Ce sont les seules études à avoir procédé à un suivi post-intervention. L'étude de Babinski *et al.* (2018) est la seule à avoir utilisé des mesures auprès des parents. Les résultats ont d'ailleurs démontré que l'intervention a eu des améliorations significatives sur la mère, notamment sur la consistance dans la discipline et sur le stress parental global. L'étude de Babinski *et al.* (2020) est la seule à avoir mesuré l'acceptabilité d'un programme d'intervention en questionnant les parents et les jeunes sur son efficacité. Les résultats sont d'ailleurs positifs. Les études qui examinent les symptômes TDAH (Smith et Barrett, 2002; Babinski *et al.*, 2018, 2020) ont démontré une amélioration sur le plan des symptômes. L'étude de Smith et Barrett (2002) observe des résultats positifs uniquement sur les symptômes d'hyperactivité-impulsivité, tandis que l'étude de Babinski *et al.* (2018) affiche des résultats positifs sur les symptômes d'hyperactivité-impulsivité et d'inattention. L'étude de Babinski *et al.* (2020) est la seule d'entre elles à ne pas séparer pas les données en fonction du type de symptômes. Les études qui s'intéressent aux symptômes des psychopathologies connexes au TDAH (Babinski *et al.*, 2018, 2020) ont toutes ressorti une amélioration sur le plan de l'anxiété et de la dépression. Elles ont aussi toutes démontré une efficacité sur le plan du TPL sauf pour le groupe d'adolescentes de l'étude de Babinski *et al.* (2020). Les études qui examinent les impacts psychosociaux du TDAH (Babinski *et al.*, 2013, 2018, 2020; Schweighardt *et al.*, 2018) partagent certaines similitudes. Les études de Babinski *et al.* (2013, 2020) et Schweighardt *et al.* (2018) démontrent une amélioration sur la gestion de soi/le contrôle de soi et l'obéissance. Les études de Babinski *et al.* (2018, 2020) et Schweighardt *et al.* (2018), quant à elles, notent un progrès sur le plan des relations avec les pairs, à l'exception du groupe de préadolescentes de l'étude de Babinski *et al.* (2020), et sur l'estime de soi. Les programmes d'intervention traitant le TDAH auprès des filles ont rapporté avoir un effet sur d'autres variables, notamment sur l'obéissance, la relation avec les pairs, la gestion de soi/contrôle de soi et l'estime de soi.

Discussion

Les prochains paragraphes présentent 5 constats non exhaustifs en lien avec l'analyse des résultats des études recensées. Le premier constat concerne le devis des études. Les études expérimentales sur le TDAH sont nombreuses, ce qui souligne que le trouble est étudié depuis plusieurs années (Fortin et Gagnon, 2016). Cependant, les études recensées dans le cadre de cet essai sont essentiellement préexpérimentales, ce qui indique que la dimension différentielle du TDAH en fonction du sexe est encore peu étudiée (Fortin et Gagnon, 2016).

Ce premier constat explique possiblement le deuxième constat, soit les limites des études. En premier lieu, les études sont peu diversifiées. En effet, elles viennent essentiellement du même pays, soit les États-Unis, en plus d'être majoritairement conduites par la même auteure principale, soit Dre Babinski. Le manque de diversification est susceptible d'entraîner différents types de biais, comme un biais géographique, culturel ou d'auteur, et un manque de représentativité. En deuxième lieu, les études ont des échantillons de très petite taille. Il s'agit d'un élément qui présente notamment les défis suivants : manque de représentativité, faible puissance statistique, biais de sélection et difficulté à obtenir des conclusions robustes. En troisième lieu, seule l'étude de Babinski *et al.* (2013) utilise un groupe contrôle. Le fait de ne pas faire usage d'un groupe contrôle rend difficile de déterminer si les changements observés dans les résultats sont réellement dus à la variable indépendante ou à d'autres facteurs confondants. Par conséquent, il devient donc ardu de se positionner avec certitude sur l'efficacité des interventions. En quatrième lieu, les programmes d'intervention et les instruments de mesure utilisés dans les études présentent quelques limites. Plusieurs d'entre eux ont été créés il y a plusieurs années. Il est donc possible que certains d'entre eux soient désuets et ne prennent pas en considération les plus récentes données sur les filles qui ont un TDAH. De plus, certains programmes d'intervention et instruments de mesure ont été modulés pour les besoins spécifiques des études et n'ont pas suivi de processus rigoureux de validation. Ils peuvent donc produire des résultats peu fiables ou biaisés. Néanmoins, il est important de mentionner qu'ils découlent tous de programmes d'intervention validés, d'instruments de mesure validés ou de données probantes ayant fait leurs preuves. Il est possible que l'utilisation d'interventions et d'outils non validés soit le résultat d'un

manque de programmes d'intervention et d'instruments de mesure adaptés aux filles ayant un TDAH.

Un troisième constat concerne les variables et les instruments de mesure des études. Les études affichent sensiblement le même objectif, soit évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention pour les filles présentant un TDAH. Néanmoins, elles n'utilisent pas toutes les mêmes variables ni les mêmes instruments de mesure pour se faire, ce qui fait en sorte qu'il devient difficile de les comparer. La diversité des variables et des instruments de mesure peut possiblement s'expliquer par le fait que l'essai prend en compte l'efficacité des programmes d'intervention non pas uniquement sur les symptômes du TDAH auprès des filles, mais aussi sur ses comorbidités et ses impacts psychosociaux et médicaux. Ainsi, comme la question de recherche est large, les variables et les instruments de mesure sont forcément plus nombreux. De plus, les impacts psychosociaux et médicaux du trouble sont difficiles à évaluer de manière uniforme, car ils sont nombreux, se divisent en plusieurs sous-catégories différentes, varient d'une étude à l'autre et ne font pas partie des critères diagnostiques du TDAH dans le DSM-5 (APA, 2015). Seules les études de Babinski *et al.* (2018, 2020) font usage de variables et d'instruments de mesure sensiblement similaires, ce qui n'est toutefois pas surprenant étant donné qu'elles ont été conduites par la même auteure principale. Elles sont aussi les seules à effectuer un portrait global du trouble, en explorant ses symptômes, ses comorbidités et ses impacts psychosociaux et médicaux, tout en prêtant une attention particulière aux caractéristiques propres aux filles. Par exemple, elles incluent le TPL dans leurs variables, soit un des troubles psychopathologiques connexes au TDAH auprès des jeunes de sexe féminin (Stepp *et al.*, 2012). Cependant, elles ne présentent pas de sous-échelles dans leurs résultats concernant les symptômes du TDAH et les symptômes de psychopathologies connexes au trouble. Il est alors impossible de savoir précisément en quoi leur programme d'intervention a eu un impact sur ces variables.

Un quatrième constat est observable sur le plan des résultats. Comme il a été vu dans la section des résultats, toutes les études ont démontré des résultats globalement positifs et significatifs sur les différentes difficultés associées au TDAH. Les programmes d'intervention

des différentes études ont effectivement tous démontré des améliorations sur les symptômes du trouble, ses comorbidités ou encore ses impacts psychosociaux et médicaux. Les résultats des études de Smith et Barrett (2002) et de Babinski *et al.* (2013, 2018, 2020) sont conformes aux données démontrant l'efficacité des programmes d'intervention basés sur la théorie comportementale ou cognitivocomportementale (Bélanger *et al.*, 2018; Catalá-López *et al.*, 2017). Les résultats de l'étude de Schweighardt *et al.* (2018) correspondent aux données sur les bienfaits du plein air sur les fonctions cognitives (Kaplan, 1995; Keller et Wilson, 1995, cité dans Schweighardt *et al.*, 2018) et sur l'efficacité des programmes d'intervention complémentaires basés sur l'exercice physique en contexte de plein air auprès des jeunes présentant un TDAH (Kuo et Taylor, 2004, Van den Berg et Van den Berg, 2011).

Il est cependant important de noter que même si les résultats des études se sont avérés globalement positifs, les participantes de certaines études ont tout de même continué à présenter d'importantes difficultés suite aux interventions proposées (Babinski *et al.*, 2018, 2020; Smith et Barrett, 2002). Il semble néanmoins que ce soit un phénomène commun dans les études examinant l'efficacité des programmes d'intervention auprès des jeunes présentant un TDAH (Van der Ord *et al.*, 2005, cité dans Babinski *et al.*, 2020). Il est aussi pertinent de souligner que l'étude de Smith et Barrett (2002) démontre l'amélioration d'un symptôme d'hyperactivité-impulsivité au détriment de certains symptômes d'inattention. Ce résultat est intéressant, car il suggère que les programmes d'intervention sont possiblement inefficaces pour la présentation inattentive du trouble, voire même néfastes. Or, il s'agit de la présentation du TDAH la plus commune auprès des filles (Loyer Carbonneau *et al.*, 2021).

Un cinquième constat concerne encore les résultats, mais de manière plus spécifique aux filles. Les résultats des études sont conformes aux études suggérant l'utilisation de programmes d'intervention adaptés aux filles qui ont un TDAH (Hinshaw *et al.*, 2022; Young *et al.*, 2020). Les filles semblent effectivement bien répondre aux programmes d'intervention lorsqu'ils sont donnés en contexte de groupe unisexe (Babinski *et al.*, 2013) et qu'ils abordent différentes réalités propres à leur sexe (Babinski *et al.*, 2018, 2020; Schweighardt *et al.*, 2018). D'ailleurs, le

programme d'intervention de Babinski *et al.* (2018) ainsi que le programme d'intervention pour les préadolescentes de Babinski *et al.* (2020) démontrent des résultats significatifs similaires sur la diminution des caractéristiques du TPL et les symptômes de dépression. Il s'agit là d'un résultat intéressant compte tenu de l'ampleur des conséquences associées aux deux troubles, en particulier le TPL.

Limites de l'essai

Tout comme les études recensées, l'étude comporte des limites. Tout d'abord, compte tenu du manque d'études sur le sujet, il aurait pu être préférable d'effectuer une recension des écrits sur les différences de sexe auprès des jeunes présentant un TDAH plutôt que sur les programmes d'intervention auprès des filles présentant le trouble. Il aurait aussi pu être pertinent d'élargir encore plus les critères de recherche, notamment en ajoutant les études des pays non occidentaux, en élargissant la période de publication ou encore en intégrant des études issues de la littérature grise.

Ensuite, les limites de l'essai sont étroitement liées aux limites des études recensées. Comme les résultats des études retenues doivent être interprétés avec prudence étant donné leur manque de robustesse méthodologique, il en est de même pour les conclusions de cet essai. Les limites des études concernent notamment le manque de diversité (pays et auteurs), la petite taille des échantillons, l'absence d'un groupe contrôle pour la majorité des études recensées et l'utilisation de certains instruments de mesure non validés.

Enfin, les études évaluant l'efficacité des programmes d'intervention sur les garçons et les filles présentant un TDAH n'ont pas été retenues, car l'essai se concentrait spécifiquement sur l'efficacité des programmes d'intervention sur les filles. L'étude de Babinski *et al.* (2013) est une exception, car même si elle intègre un échantillon de garçons, elle reste orientée vers les résultats des filles. Cette décision a notamment été prise pour contrer le risque de biais en lien avec les échantillons de sexe souvent disproportionnés dans les études sur le TDAH. Néanmoins, il aurait pu être pertinent de se pencher sur les deux, soit les études se penchant à la fois sur les filles et

sur les filles et les garçons, afin d'avoir un portrait encore plus global sur l'efficacité des programmes auprès des deux sexes.

Recommandations et perspectives pour la suite

Les résultats des études recensées permettent non seulement d'effectuer des constats, ils permettent aussi de proposer des recommandations pour la suite. Il s'agit de recommandations qui vont pouvoir guider les intervenants psychosociaux dans leurs interventions auprès de cette clientèle. Les prochains paragraphes présentent 6 recommandations et perspectives pour la suite.

Les résultats des études recensées à l'intérieur de cet essai démontrent que certaines interventions semblent efficaces auprès des filles présentant un TDAH. Néanmoins, d'autres études doivent être conduites pour être en mesure de mieux se positionner sur la question. Pour se faire, un consensus d'experts (Young *et al.*, 2020) et une revue annuelle de recherche (Hinshaw *et al.*, 2022) sur les filles ayant un TDAH ont soulevé les recommandations suivantes : les futures études sur le sujet devraient séparer leurs données et leurs résultats en fonction du sexe, ce qui n'est pas toujours le cas actuellement, et plus d'études devraient s'intéresser exclusivement aux filles. Les jeunes de sexe masculin sont plus nombreux à présenter le trouble (APA, 2015; Polanczyk *et al.*, 2007; Willcutt, 2012). Ainsi, ils sont généralement plus nombreux dans les échantillons des participants des études sur le TDAH (par exemple : De Boo et Prins, 2007; Sibley *et al.*, 2012; Daley, Tarver et Sayal, 2020). Par conséquent, il est important de séparer les données et les résultats des études en fonction du sexe et d'effectuer plus d'études auprès des filles à l'avenir, car les informations sur les jeunes de sexe féminin risquent autrement de se perdre dans celles des jeunes de sexe masculin (Babinski *et al.*, 2020; Hinshaw *et al.*, 2022; Young *et al.*, 2020). En parallèle, il semble également pertinent de poursuivre la recherche sur les différences de sexe auprès des jeunes présentant un TDAH et sur les caractéristiques propres aux filles ayant le trouble. Le trouble auprès des filles, même si de plus en plus étudié, reste encore à être exploré. Certains auteurs avancent même la pertinence de revoir les critères diagnostiques du TDAH auprès d'elles (Hinshaw et Blachman, 2005; Ohan et Johnston, 2005; Quinn et Nadeau, 2002; Reid *et al.*, 2000; Roberts *et al.*, 2014; Young *et al.*, 2020). Cette idée est majeure, car elle

indique la possibilité d'un décalage important entre les jeunes de sexe féminin et masculin présentant un TDAH.

Comme les résultats de l'étude de Smith et Barrett (2002) l'indiquent, il est possible que l'attention donnée simultanément à plusieurs symptômes différents favorise l'amélioration de certains comportements au détriment de d'autres. Une solution à ce problème serait donc de séparer les programmes d'intervention en fonction des deux catégories de symptômes. Une telle solution peut être pertinente pour les filles, car elles manifestent généralement plus de symptômes d'inattention. Un programme d'intervention axé sur les symptômes d'inattention du TDAH a d'ailleurs déjà été élaboré et a déjà démontré des résultats positifs auprès des deux sexes, soit le Child Life and Attention Skills curriculum (Piffner *et al.*, 2014). Les études sur l'efficacité des interventions devraient également inclure des instruments de mesure qui divisent les catégories de symptômes et qui comprennent plusieurs sous-échelles de symptômes afin de bien documenter les impacts des programmes d'intervention sur les différents symptômes. Ainsi, les programmes qui ont plus d'impacts sur certains symptômes pourraient être recommandés pour la clientèle concernée par lesdits symptômes.

Le TDAH est associé à plusieurs autres psychopathologies et peut être facile à confondre avec d'autres problématiques de santé mentale. Il semble donc être primordial de bien documenter le profil psychologique du jeune en premier lieu afin d'être en mesure de bien identifier les stratégies d'intervention à mettre en place en second lieu. Cette recommandation vaut aussi pour les jeunes de sexe masculin présentant un TDAH, mais il faut néanmoins se rappeler que les jeunes des deux sexes ne sont pas susceptibles de présenter tout à fait les mêmes troubles psychopathologiques connexes. Pour les filles, une attention particulière devrait être portée sur les troubles intériorisés. Le TPL est notamment un trouble qui devrait être investigué très tôt auprès des filles présentant un TDAH, car il s'agit d'un trouble pouvant amener de grandes difficultés à l'âge adulte (Crowell *et al.*, 2014) et qui affecte 20 % des femmes ayant un TDAH (Philipsen, 2006). Ceci étant dit, les interventions proposées aux filles devraient tenir compte des autres troubles connexes au TDAH. De plus, les études sur l'efficacité des

interventions devraient également inclure des instruments de mesure évaluant les principaux troubles connexes au TDAH auprès des filles.

Les interventions devraient également tenir compte des importantes difficultés socioémotionnelles que les filles présentant un TDAH sont susceptibles de vivre tout au long de leur vie. Comme ces difficultés sont très variées, il peut être pertinent de les séparer en grandes catégories et d'offrir un programme d'intervention pour chacune de ces catégories plutôt que de travailler plusieurs problématiques à l'intérieur d'un seul programme d'intervention. Il peut également être intéressant de considérer l'implantation de groupes unisexes pour aborder certaines problématiques propres aux filles, comme leurs dynamiques relationnelles et leur rapport à la nourriture, ou pour aborder certains sujets plus délicats, comme la puberté, l'éducation sexuelle ou les violences dans les relations amoureuses. Il semble aussi primordial que les futures recherches sur le sujet tiennent compte de la transformation sociale du sexe et des nouveaux modèles théoriques qui en découlent afin de bien répondre aux besoins de tous. Les études sur l'efficacité des interventions devraient également inclure des instruments de mesure évaluant les difficultés socioémotionnelles du TDAH auprès des filles. Il serait d'ailleurs pertinent de créer un instrument de mesure pour se faire, car il ne semble pas y en avoir actuellement.

Comme il a été vu plus haut dans le cadre conceptuel, les stéréotypes masculins associés au TDAH affectent l'évaluation du trouble auprès des filles. Par ailleurs, Hinshaw *et al.* (2020) mentionne que plusieurs instruments de mesure présentent des items axés sur les comportements associés au profil masculin du trouble, diminuant ainsi les probabilités que les filles soient diagnostiquées. Or, ces stéréotypes n'impactent pas que l'évaluation du TDAH, ils affectent aussi son intervention. Les comportements d'hyperactivité-impulsivité, qui sont davantage associés aux jeunes de sexe masculin, ne sont effectivement pas travaillés de la même manière que les comportements d'inattention, qui sont davantage associés aux jeunes de sexe féminin. C'est pourquoi sensibiliser et former les familles, les enseignants et les professionnels de santé et des

services sociaux sur le profil féminin du TDAH pourrait non seulement améliorer la détection du trouble, mais aussi l'offre de service auprès des filles.

Un consensus d'experts (Young *et al.*, 2020) s'entend pour dire qu'il est important de tenir compte de certains éléments dans la mise en place de stratégies d'intervention auprès des jeunes de sexe féminin présentant un TDAH. Les recommandations de ce consensus d'experts (Young *et al.*, 2020) sont présentées dans la liste suivante, tandis que leurs suggestions de thèmes à aborder dans le cadre d'interventions psychosociales auprès des filles présentant un TDAH sont présentées dans l'Appendice A.

Recommandations d'intervention (Young *et al.*, 2020) :

- Les interventions axées à la fois sur les jeunes et les parents sont recommandées pour les filles d'âge primaire;
- Les interventions axées uniquement sur les jeunes ou sur les jeunes et les parents sont recommandées pour les filles d'âge secondaire;
- Les interventions peuvent se faire en groupe ou en individuel, mais les situations plus complexes peuvent bénéficier d'un suivi individuel;
- Un suivi devrait être proposé aux parents d'adolescentes pour les aider à détecter les comportements d'automutilation ou les comportements à risque de leurs filles;
- Des rencontres de suivi devraient être planifiées lors des périodes de transition personnelle;
- Les programmes d'intervention devraient être adaptés aux besoins des filles et travailler les difficultés qu'elles sont susceptibles de rencontrer à la maison, à l'école, au travail et dans les activités sociales;
- Les programmes d'intervention devraient différer en fonction de l'âge et des périodes de transition;
- Les programmes d'intervention axés sur les symptômes du TDAH et les problématiques associées au trouble, incluant les fonctions exécutives, la régulation émotionnelle et les problèmes de comportement, sont bénéfiques auprès des filles.

Conclusion

Étant donné la littérature grandissante au sujet des différences de sexe auprès des jeunes qui ont un TDAH, il est pertinent de se demander si les programmes d'intervention ne devraient pas être étudiés spécifiquement auprès des filles ou revus en fonction de leurs besoins particuliers. Cet essai a pour but de recueillir les dernières données sur les programmes d'intervention qui ont été étudiés spécifiquement auprès des filles présentant un TDAH. Les résultats des études recensées démontrent que certains programmes d'intervention sont susceptibles d'être bénéfiques auprès des filles. Les programmes sur les habiletés parentales jumelés à la prise de médication, les programmes sur les habiletés parentales jumelés aux programmes sur les habiletés sociales et les programmes sur l'exercice physique en contexte de plein air semblent effectivement avoir un impact positif sur les symptômes, les comorbidités et/ou les impacts psychosociaux et médicaux du TDAH auprès des filles. L'utilisation de groupes d'intervention unisexes et l'intégration de notions propres aux difficultés socioémotionnelles des jeunes de sexe féminin à l'intérieur des programmes d'intervention semblent particulièrement prometteuses auprès de cette clientèle. Néanmoins, le peu d'études sur le sujet et le manque de robustesse méthodologique de ces études ne permet pas de statuer avec certitude à savoir quels programmes d'intervention devraient être privilégiés auprès des filles qui présentent un TDAH. À ce stade-ci de la recherche, il est seulement possible de recommander une attention particulière aux caractéristiques propres aux jeunes de sexe féminin dans la mise en place d'un plan d'intervention auprès d'elles. La poursuite des études sur les filles et la séparation des données mixtes en fonction du sexe est également nécessaire. Étant donné l'ampleur des enjeux vécus par les jeunes de sexe féminin présentant un TDAH et l'aggravation de ces enjeux à l'âge adulte pour plusieurs d'entre elles, il semble primordial de poursuivre la recherche sur le sujet, de mettre à jour ses connaissances et d'adapter ses interventions afin de répondre au mieux à leurs besoins.

Références

- Akmatov, M. K., Holstiege, J. et Bätzing, J. (2021). Secular trends and regional variations in pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. *BMC Psychiatry*, 21, article 405. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03409-6>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Arias-Mera, C., Paillama-Raimán, D., Lucero-González, N., Leiva-Bianchi, M. et Avello-Sáez, D. (2023). Relation between sleep disorders and attention deficit disorder with hyperactivity in children and adolescents : A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 137, 104500. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104500>
- Babinski, D. E., Huffnagle, S. M., Bansal, P. S., Breaux, R. P. et Waschbusch, D. A. (2020). Behavioral Treatment for the Social-Emotional Difficulties of Preadolescent and Adolescent Girls with ADHD. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 5(2), 173-188. <https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1759470>
- Babinski, D. E., Mills, S. L. et Bansal, P. S. (2018). The effects of behavioral parent training with adjunctive social skills training for a preadolescent girl with ADHD and borderline personality features. *Clinical Case Studies*, 17(1), 21-37. <https://doi.org/10.1177/1534650117741707>
- Babinski, D. E., Sibley, M. H., Ross, J. M. et Pelham, W. E. (2013). The effects of Single Versus Mixed Gender Treatment for Adolescent Girls with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent*, 42(2), 243-250. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.756814>
- Balázs, J., Győri, D., Horváth, L. O., Mészáros, G. et Szentiványi, D. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents : The role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry*, 18(1), article 34. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1620-3>
- Becker, S. P., McBurnett, K., Hinshaw, S. P. et Pfiffner, L. J. (2013). Negative Social Preference in Relation to Internalizing Symptoms Among Children with ADHD Predominantly Inattentive Type : Girls Fare Worse Than Boys. *Journal of Clinical Child et Adolescent Psychology*, 42(6), 784-795. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.828298>
- Bélanger, S. A., Andrews, D., Gray, C. et Korczak, D. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1 : L'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 454-461. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy110>

- Bell, D. J., Foster, S. L. et Mash, E. J. (2005). *Handbook of Behavioral and Emotional Problems in Girls*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/b107822>
- Beyens, I., Valkenburg, P. M. et Piotrowski, J. T. (2018). Screen media use and ADHD-related behaviors : Four decades of research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *115*(40), 9875-9881. <https://doi.org/10.1073/pnas.1611611114>
- Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., Cote, M. et Faraone, S. V. (2008). New Insights Into the Comorbidity Between ADHD and Major Depression in Adolescent and Young Adult Females. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, *47*(4), 426-434. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816429d3>
- Breslau, J., Miller, E., Joanie Chung, W.-J. et Schweitzer, J. B. (2011). Childhood and adolescent onset psychiatric disorders, substance use, and failure to graduate high school on time. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(3), 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.014>
- Bunford, N., Evans, S. W. et Wymbs, F. (2015). ADHD and Emotion Dysregulation Among Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *18*(3), 185-217. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0187-5>
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Macías Saint-Gerons, D., Catalá, M. A., Tabarés-Seisdedos, R. et Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents : A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLOS ONE*, *12*(7), e0180355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>
- Christakis, D. A. (2009). The effects of infant media usage : What do we know and what should we learn? *Acta Paediatrica*, *98*(1), 8-16. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.01027.x>
- Christoffersen, M. N. (2019). Violent crime against children with disabilities : A nationwide prospective birth cohort-study. *Child Abuse & Neglect*, *98*, 104150. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104150>
- Crowell, S. E., Kaufman, E. A. et Beauchaine, T. P. (2014). A Biosocial Model of BPD : Theory and Empirical Evidence. Dans C. Sharp et J. L. Tackett (dir.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (p. 143-157). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0591-1_11
- Cuffe, S. P., Visser, S. N., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., Geryk, L. L., Wolraich, M. L. et McKeown, R. E. (2020). ADHD and Psychiatric Comorbidity : Functional Outcomes in a

School-Based Sample of Children. *Journal of Attention Disorders*, 24(9), 1345-1354.
<https://doi.org/10.1177/1087054715613437>

Daley, D., Tarver, J. et Sayal, K. (2021). Efficacy of a self-help parenting intervention for parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in adjunct to usual treatment—Small-scale randomized controlled trial. *Child: Care, Health and Development*, 47(2), 269-280. <https://doi.org/10.1111/cch.12825>

Dalsgaard, S., Østergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B. et Pedersen, M. G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder : A nationwide cohort study. *The Lancet*, 385(9983), 2190-2196.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61684-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61684-6)

Deboo, G. et Prins, P. (2007). Social incompetence in children with ADHD : Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, 27(1), 78-97.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.03.006>

Demontis, D., Walters, G. B., Athanasiadis, G., Walters, R., Therrien, K., Farajzadeh, L., Voloudakis, G., Zeng, B., Zhang, W., Grove, J., Als, T. D., Duan, J., Satterstrom, F. K., Bybjerg-Grauholm, J., Gudmundsson, O. O., Magnusson, S. H., Baldursson, G., Haraldsdottir, G. S., Nielsen, T. T., ... Børglum, A. D. (2023). Genome-wide analyses of ADHD identify 27 risk loci, refine the genetic architecture and implicate several cognitive domains. *Nature Genetics*, 55(2), 198-208. <https://doi.org/10.1038/s41588-022-01285-8>

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement : 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience et Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>

Faraone, S. V. et Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562-575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>

Feldman, M. E., Charach, A. et Bélanger, S. A. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 2 : Le traitement. *Paediatrics et Child Health*, 23(7), 473-484.
<https://doi.org/10.1093/pch/pxy114>

Fleming, M., Fitton, C. A., Steiner, M. F. C., McLay, J. S., Clark, D., King, A., Mackay, D. F. et Pell, J. P. (2017). Educational and Health Outcomes of Children Treated for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Pediatrics*, 171(7), e170691-e170691.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0691>

- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition). Chenelière Éducation.
- Galéra, C., Moulin, F. et Bouvard, M.-P. (2016). Épidémiologie du TDAH. Dans Bouvard M.-P. (dir.), *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte* (p. 192 à 208). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bouva.2016.01>
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P. et Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity : A review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, 7(17), 2420-2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M. et Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review : Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484-496. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Sami, N. et Fargeon, S. (2006). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence : Evidence for continuing cross-domain impairment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 489-499. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.489>
- Hurtig, T., Taanila, A., Moilanen, I., Nordström, T. et Ebeling, H. (2012). Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder—A study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 320-328. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.644806>
- Jensen, C. M. et Steinhausen, H.-C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27-38. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1>
- Johnston, C. et Chronis-Tuscano, A. (2014). Families and ADHD. Dans Barkley, R. A. (dir.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4e éd., p. 191-209). Guilford Press.
- Kapellen, T. M., Reimann, R., Kiess, W. et Kostev, K. (2016). Prevalence of medically treated children with ADHD and type 1 diabetes in Germany – Analysis of two representative databases. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 29(11), 1293-1297. <https://doi.org/10.1515/jpem-2016-0171>
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature : Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169-182. [https://doi.org/10.1016/0272-4944\(95\)90001-2](https://doi.org/10.1016/0272-4944(95)90001-2)

- Kessi, M., Duan, H., Xiong, J., Chen, B., He, F., Yang, L., Ma, Y., Bamgbade, O. A., Peng, J. et Yin, F. (2022). Attention-deficit/hyperactive disorder updates. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 15, 925049. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2022.925049>
- Klefsjö, U., Kantzer, A. K., Gillberg, C. et Billstedt, E. (2021). The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD - gender differences in the diagnostic process. *Nordic journal of psychiatry*, 75(4), 301-305. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1850859>
- Kuo, F. E. et Faber Taylor, A. (2004). A Potential Natural Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : Evidence From a National Study. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1580-1586. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.9.1580>
- Lange, S. M. (2018). ADHD and Comorbid Developmental Coordination Disorder : Implications and Recommendations for School Psychologists. *Contemporary School Psychology*, 22(1), 30-39. <https://doi.org/10.1007/s40688-017-0122-5>
- Lee, Y., Yang, H.-J., Chen, V. C., Lee, W.-T., Teng, M.-J., Lin, C.-H. et Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD : By both parent proxy-report and child self-report using PedsQLTM. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52, 160-172. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.009>
- Loyer Carbonneau, M., Demers, M., Bigras, M. et Guay, M.-C. (2021). Meta-Analysis of Sex Differences in ADHD Symptoms and Associated Cognitive Deficits. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1640-1656. <https://doi.org/10.1177/1087054720923736>
- Marklin, M., Killion, B., O'Connor, E., Renschler, K. et Freeman, J. B. (2023). Comorbid OCD and ADHD in youth : Clinical implications and treatment recommendations. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 39(11), 1-4. <https://doi.org/10.1002/cbl.30743>
- McQuade, J. et Hoza, B. (2014). Peer Relationships of Children with ADHD. Dans Barkley, R. A. (dir.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4e éd., p. 210-222). Guilford Press.
- Meyer, B. J., Stevenson, J. et Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Sex Differences in the Meaning of Parent and Teacher Ratings of ADHD Behaviors : An Observational Study. *Journal of attention disorders*, 24(13), 1847-1856. <https://doi.org/10.1177/1087054717723988>
- Mikami, A. Y. et Lorenzi, J. (2011). Gender and Conduct Problems Predict Peer Functioning Among Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child et Adolescent Psychology*, 40(5), 777-786. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597089>

- Mohr-Jensen, C., Müller Bisgaard, C., Boldsen, S. K. et Steinhausen, H.-C. (2019). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence and the Risk of Crime in Young Adulthood in a Danish Nationwide Study. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 58(4), 443-452. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.11.016>
- Mowlem, F., Agnew-Blais, J., Taylor, E. et Asherson, P. (2019). Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. *Psychiatry Research*, 272, 765-773. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128>
- Nadeau, K. G. et Quinn, P. O. (2002). *Understanding women with AD/HD*. Advantage Books.
- Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P. et Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder : A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(12), 1045-1057. <https://doi.org/10.1002/eat.22643>
- Nigg, J. T., Johnstone, J. M., Musser, E. D., Long, H. G., Willoughby, M. T. et Shannon, J. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and being overweight/obesity : New data and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 67-79. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.005>
- Nikkelen, S. W. C., Valkenburg, P. M., Huizinga, M. et Bushman, B. J. (2014). Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents : A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 50(9), 2228-2241. <https://doi.org/10.1037/a0037318>
- Office québécois de la langue française. (2024 a). *Revue systématique*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26559324/revue-systematique>
- Office québécois de la langue française. (2024 b). *Trouble neurodéveloppemental*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26545255/trouble-neurodeveloppemental>
- Ohan, J. L. et Johnston, C. (2007). What is the social impact of ADHD in girls ? A multi-method assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 239-250. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9076-1>
- Ohan, J. L. et Visser, T. A. W. (2009). Why Is There a Gender Gap in Children Presenting for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Services? *Journal of Clinical Child et Adolescent Psychology*, 38(5), 650-660. <https://doi.org/10.1080/15374410903103627>
- on behalf of Lombardy ADHD Group, Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., Termine, C., et Bonati, M. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European*

Child et Adolescent Psychiatry, 26(12), 1443-1457. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pettersson, E., Lichtenstein, P., Larsson, H., Song, J., Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Working Group of the iPSYCH-Broad-PGC Consortium, Autism Spectrum Disorder Working Group of the iPSYCH-Broad-PGC Consortium, Bipolar Disorder Working Group of the PGC, Eating Disorder Working Group of the PGC, Major Depressive Disorder Working Group of the PGC, Obsessive Compulsive Disorders and Tourette Syndrome Working Group of the PGC, Schizophrenia CLOZUK, Substance Use Disorder Working Group of the PGC, Agrawal, A., Børglum, A. D., Bulik, C. M., Daly, M. J., Davis, L. K., Demontis, D., Edenberg, H. J., ... Polderman, T. J. C. (2019). Genetic influences on eight psychiatric disorders based on family data of 4 408 646 full and half-siblings, and genetic data of 333 748 cases and controls. *Psychological Medicine*, 49(07), 1166-1173. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002039>
- Pfiffner, L. J., Hinshaw, S. P., Owens, E., Zalecki, C., Kaiser, N. M., Villodas, M. et McBurnett, K. (2014). A two-site randomized clinical trial of integrated psychosocial treatment for ADHD-inattentive type. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1115-1127. <https://doi.org/10.1037/a0036887>
- Philipsen, A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(1), i42-i46. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-1006-2>
- Podolski, C.-L. et Nigg, J. T. (2001). Parent Stress and Coping in Relation to Child ADHD Severity and Associated Child Disruptive Behavior Problems. *Journal of Clinical Child et Adolescent Psychology*, 30(4), 503-513. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004_07
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. et Rohde L. A. (2007). The Worldwide Prevalence ADHD: Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Purper-Ouakil, D., Lepagnol-Bestel, A.-M., Grosbellet, E., Gorwood, P. et Simonneau, M. (2010). Neurobiologie du trouble déficit de l'attention/ hyperactivité. *médecine/sciences*, 26(5), 487-496. <https://doi.org/10.1051/medsci/2010265487>

- Quinn, P. O. et Madhoo, M. (2014). A Review of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Women and Girls : Uncovering This Hidden Diagnosis. *Prim Care Companion CNS Discord*, 16(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>
- Reid, R., Riccio, C. A., Kessler, R. H., Dupaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., Rogers-Adkinson, D. et Noll, M.-B. (2000). Gender and Ethnic Differences in ADHD as Assessed by Behavior Ratings. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(1), 38-48. <https://doi.org/10.1177/106342660000800105>
- Rose, A. J. et Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes : Potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98-131. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.98>
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(2), 357-373. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>
- Ruiz-Goikoetxea, M., Cortese, S., Aznarez-Sanado, M., Magallón, S., Alvarez Zallo, N., Luis, E. O., De Castro-Manglano, P., Soutullo, C. et Arrondo, G. (2018). Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications : A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience et Biobehavioral Reviews*, 84, 63-71. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.11.007>
- Schweighardt, S. L., Sachs, M. L. et Hineline, P. N. (2018). Goal-Directed, Nature-Based Physical Activity Training Program Improves Personal Management Behavior of an Adolescent Female with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Ecopsychology*, 10(4), 301-316. <https://doi.org/10.1089/eco.2018.0048>
- Sibley, M. H., Smith, B. H., Evans, S. W., Pelham, W. E. et Gnagy, E. M. (2012). Treatment Response to an Intensive Summer Treatment Program for Adolescents With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(6), 443-448. <https://doi.org/10.1177/1087054711433424>
- Smith, M. D. et Barrett, M. S. (2002). The Effect of Parent Training on Hyperactivity and Inattention in Three School-Aged Girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child et Family Behavior Therapy*, 24(3), 21-35. https://doi.org/10.1300/J019v24n03_02
- Stepp, S. D., Burke, J. D., Hipwell, A. E. et Loeber, R. (2012). Trajectories of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms as Precursors of Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 7-20. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9530-6>

- Stojanovski, S., Felsky, D., Viviano, J. D., Shahab, S., Bangali, R., Burton, C. L., Devenyi, G. A., O'Donnell, L. J., Szatmari, P., Chakravarty, M. M., Ameis, S., Schachar, R., Voineskos, A. N. et Wheeler, A. L. (2019). Polygenic Risk and Neural Substrates of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Youths With a History of Mild Traumatic Brain Injury. *Biological Psychiatry*, 85(5), 408-416. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.06.024>
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. et Langley, K. (2013). Practitioner Review : What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Trivedi, C., Nandakumar, A. L., Yousefzadehfard, Y., Goriparthi, T. S. K., Chaudhari, G., Vora, D., Mansuri, Z. et Jain, S. (2023). Suicide risk among adolescents with ADHD: An overview from the National Inpatient Sample data set. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 211(3), 216-220. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001587>
- Van Den Berg, A. E. et Van Den Berg, C. G. (2011). A comparison of children with ADHD in a natural and built setting. *Child: Care, Health and Development*, 37(3), 430-439. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01172.x>
- Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Van De Glind, G., Van Den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M. et Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients : A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1-2), 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007>
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L. et Katusic, S. K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence : A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1036-1043. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02567.x>
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., ... Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD : An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20(1), 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>

Yusuf Ali, A., Inyang, B., Koshy, F. S., George, K., Poudel, P., Chalasani, R., Goonathilake, M. R., Waqar, S., George, S., Jean-Baptiste, W. et Mohammed, L. (2022). Elements That Influence the Development of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Cureus*, *14*(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.27835>

Appendice A

Thèmes à aborder dans l'intervention auprès des filles présentant un TDAH

Appendice A

Thèmes à aborder dans l'intervention auprès des filles présentant un TDAH (Young et al., 2020)

Âge	Thèmes à aborder
Filles d'âge primaire	<p>Difficultés sur le plan des fonctions exécutives</p> <ul style="list-style-type: none">• Difficultés d'attention, difficultés d'organisation, gestion du temps, planification d'activités, priorisation, organisation de tâches <p>Difficultés socioémotionnelles</p> <p>Habiletés générales pour faire face aux difficultés interpersonnelles et/ou aux événements sociaux, gestion de conflits, labilité émotionnelle, anxiété et sentiment de détresse</p> <p>Autres difficultés</p> <ul style="list-style-type: none">• Problèmes de sommeil, énurésie, intimidation, comportements répétitifs comme l'onychophagie
Filles d'âge secondaire	<p>Difficultés sur le plan des fonctions exécutives</p> <ul style="list-style-type: none">• Difficultés d'attention, difficultés d'organisation, gestion du temps, planification d'activités, priorisation, organisation de tâches <p>Difficultés sur le plan du concept de soi et de l'identité</p> <ul style="list-style-type: none">• Sentiment d'efficacité, confiance en soi, image de soi et estime de soi <p>Difficultés socioémotionnelles</p> <ul style="list-style-type: none">• Relations familiales conflictuelles, association à des groupes sociaux dysfonctionnels, habiletés sociales, relations interpersonnelles, gestion de conflits, rejet social, pression des pairs• Intimidation, victimisation, prévention de l'exploitation, prévention de la violence dans les relations amoureuses, réseaux sociaux• Problèmes de comportement• Comportements à risque et éducation sexuelle <p>Autres difficultés</p> <ul style="list-style-type: none">• Mauvaise humeur, anxiété, comportements d'automutilation, troubles alimentaires, abus de substances, grossesse