

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence :

Qu'en savons-nous?

Les infirmières pratiquant en centre d'hébergement de longue durée ont-elles les connaissances requises pour optimiser la prise en charge de ces symptômes ?

Par **Catherine Gagné**, inf., M.Sc., et **Philippe Voyer**, inf., Ph.D.



© John Cole / Science Photo Library

La clientèle en hébergement a considérablement changé au courant des dernières décennies. Aujourd'hui, plus de 60 % des résidents des centres d'hébergement sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence connexe (MSSS, 2003). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) se manifestent chez 90 % d'entre eux (APA, 1997). Les SCPD se définissent comme des signes et symptômes de perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement (Finkel et al., 1996). Les cris, l'agitation, l'errance et l'agressivité en sont quelques exemples. La prévalence élevée des SCPD, ainsi que les taux élevés d'utilisation de contentions physiques (Voyer et Martin, 2003) et de médication

psychotrope (Voyer et Martin, 2003 ; Voyer et al., 2005) indiquent que le suivi infirmier de ces symptômes pourrait être amélioré.

Les connaissances des infirmières constituent l'un des facteurs pouvant contribuer à une meilleure gestion des SCPD. À ce propos, des lignes directrices canadiennes ont été élaborées à l'intention des intervenants dans les milieux de soins de longue durée (CCSMH, 2006) afin de guider leurs interventions. Peu d'études se sont intéressées aux connaissances des infirmières sur la prise en charge des SCPD. La présente étude vise à évaluer si les infirmières connaissent les principes recommandés dans ces lignes directrices et à déterminer ainsi leurs forces et leurs lacunes. Les résultats pourront influencer le contenu des programmes de formation sur les SCPD.

Connaître les principes

Les questions voulaient évaluer les connaissances des infirmières sur les six dimensions d'une prise en charge optimale des SCPD. Aux fins des analyses, une réponse était acceptée si elle correspondait aux recommandations énoncées dans les lignes directrices (CCSMH, 2006).

Les six étapes de la prise en charge

1. **Approches de base.** Certaines approches de base permettent de faciliter les interactions avec les personnes atteintes de démence et de prévenir les SCPD. Les participantes connaissent bien ces approches (voir Tableau 1). En effet, 97,8 % en ont nommé au moins une et 64,4 %, deux ou plus. Le tableau 1 indique la fréquence à laquelle chacune des quatre approches de base a été mentionnée par les participantes.

Les questions voulaient évaluer les connaissances des infirmières sur les six dimensions d'une prise en charge optimale des SCPD.

2. **Dépistage.** Le dépistage consiste à reconnaître les SCPD présents chez la personne et à en préciser la fréquence, la durée et la sévérité. Il est recommandé de l'effectuer à l'aide d'un outil de mesure à l'admission, à intervalles réguliers, idéalement aux trois mois, et en présence de tout changement apparent dans les SCPD.

L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield et l'inventaire neuropsychiatrique sont deux exemples d'outils valides disponibles en français. L'un ou l'autre de ces outils n'a été mentionné que par 14 % des participantes. Seulement 15,6 % d'entre elles connaissent l'importance de procéder à un dépistage à intervalles réguliers. Moins de la moitié (48,9 %) mentionnent qu'il doit être fait à l'admission.

3. Évaluation. L'évaluation consiste à rechercher les causes sous-jacentes des SCPD. Cette étape est cruciale pour orienter le choix des interventions. La majorité (65,9 %) des infirmières connaît au moins un moyen d'évaluation. Toutefois, seulement 45,5 % des participantes ont mentionné l'un ou l'autre des principaux moyens d'évaluation, soit l'histoire du comportement, par exemple, le PQRST, et l'examen physique. Parmi elles, seulement trois infirmières ont nommé l'examen physique. Des éléments complémentaires ont été cités à quelques reprises (Tableau 2). L'évaluation psychologique, l'évaluation de l'environnement physique et social et la recherche d'informations données par le patient n'ont jamais été mentionnées.

Seulement 45,5 % des participantes ont mentionné l'un ou l'autre des principaux moyens d'évaluation, soit l'histoire du comportement et l'examen physique. Seulement trois d'entre elles ont nommé l'examen physique.

Les participantes ont aussi été questionnées sur les causes des SCPD. Toutes en connaissent au moins une, les plus fréquemment mentionnées étant la démence (48,9 %), la présence d'un besoin compromis (40 %), les facteurs liés à l'environnement physique (35,6 %), la douleur (35,6 %), la médication (28,9 %) et l'anxiété (26,7 %). D'autres causes possibles comme les blessures, la déshydratation, les problèmes nutritionnels et les troubles de la vision ou de l'audition n'ont pas été citées.

4. Interventions non pharmacologiques. Pour chaque vignette, une question permettait de suggérer des interventions non pharmacologiques. Cette question était mieux réussie en situation d'agitation verbale (80 %) que face à de l'agressivité (40,9 %). Plusieurs suggestions pertinentes ont été faites, mais en nombre plus limité en situation de comportement agressif. La principale lacune dans le contexte de l'agressivité est que les infirmières confondent les approches de base avec les interventions non-pharmacologiques. Un point positif ressort toutefois des analyses. En aucun cas, les contentions physiques n'ont été suggérées, ce qui dénote de bonnes connaissances sur les recommandations actuelles à ce sujet.

5. Interventions pharmacologiques. Un traitement pharmacologique dans le contexte des SCPD peut être approprié lorsque le comportement de la personne

Tableau 1 Approches de base

	Fréquence (%)
Connaissance de la personne (ses habiletés résiduelles, recours à une approche individualisée)	18 (40%)
Stratégies de communication adaptées à ses déficits cognitifs (approche calme, phrases courtes, gestes non verbaux cohérents avec les propos)	36 (80%)
Adapter le rythme des soins à celui de la personne (répartir et modérer les activités tout au long de la journée)	16 (35,6%)
Adapter l'environnement physique et social aux besoins de la personne	18 (40%)

exprime une souffrance clinique sévère ou lorsque l'urgence de la situation l'exige en raison d'un danger pour la personne ou pour autrui. La majorité (57,1 %) des participantes reconnaît qu'un traitement pharmacologique est approprié face à un trouble du comportement sévère. Une proportion équivalente estime toutefois que l'échec des interventions non pharmacologiques justifie le recours à un traitement médicamenteux, ce qui est contraire aux recommandations actuelles en matière de traitement des SCPD.

Tableau 2 Moyens d'évaluation

		Fréquence (%)
Éléments principaux	Faire l'histoire du comportement	17 (38,6%)
	Examen physique	3 (6,8%)
Éléments complémentaires	Données fournies par les proches et les autres soignants	11 (25%)
	Tests cliniques exemples : instruments de dépistage (CAM ¹ , PACSLAC ² , radiographies)	8 (18,2%)
	Observation directe	3 (6,8%)
	Tests de laboratoire (exemples : bilan électrolytique, culture d'urine)	1 (2,3%)
	Évaluation psychologique	0
	Évaluation de l'environnement physique	0
	Évaluation de l'environnement social	0
Données fournies par la personne soignée	0	

¹ Confusion Assessment Method

² Grille d'observation de la douleur pour les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer

Méthodologie

Le questionnaire

Un questionnaire a été élaboré à partir du contenu des lignes directrices (CCSMH, 2006). Il comprenait deux vignettes accompagnées de questions ouvertes, l'une présentant un comportement d'agitation verbale sous forme de cris et l'autre un comportement de résistance aux soins avec agressivité.

Les questions visaient à évaluer les connaissances des infirmières sur les six dimensions d'une prise en charge optimale des SCPD, soit les approches de base, le dépistage, l'évaluation, les interventions non pharmacologiques, les interventions pharmacologiques et le suivi.

On demandait aux infirmières de répondre au meilleur de leurs connaissances à chacune des questions et de ne pas tenir compte de leur contexte de pratique clinique. Notre objectif était d'établir l'état de leurs connaissances sur les principes d'une prise en charge optimale plutôt que sur la réalité de leur pratique clinique.

La validité du contenu a été vérifiée par deux experts dans le domaine des SCPD et un pré-test a été effectué auprès de trois infirmières. Des infirmières exerçant en centre d'hébergement ont été invitées à participer à la recherche. Cent neuf questionnaires ont été distribués de juin à octobre 2009. Durant cette même période, des rappels ont été faits en personne et par affiche pour stimuler la participation. Quarante-cinq personnes ont retourné le questionnaire dûment rempli de façon anonyme, soit un taux de participation de 41,3 %.

L'échantillon

L'échantillon, féminin à 90,2 %, est composé d'infirmières de 22 à 53 ans ($M = 40$) cumulant entre 1 et 35 années d'expérience ($M = 15,6$). La moitié (51,2 %) détient un diplôme d'études collégiales, 9,8 %, un certificat de premier cycle universitaire et 39 %, un baccalauréat. Près de la moitié des participantes (48,7 %) ont suivi un ou des ateliers de formation continue dans le domaine du vieillissement au cours des cinq années précédant la collecte des données. Les participantes estiment que leur niveau de connaissances concernant les SCPD se situe entre 3 et 8 points ($M = 6,3$) sur une échelle à 10 points, 10 représentant l'évaluation positive maximale.

Moins de la moitié des participantes (44,4 %) considèrent possible de sevrer avec succès une personne de sa médication antipsychotique lorsque son comportement est stabilisé. En contrepartie, 37,8 % croient le sevrage possible, mais recommanderaient la prescription d'une médication PRN en remplacement, ce qui va à l'encontre des recommandations.

6. Suivi. Le traitement, pharmacologique ou non, doit faire l'objet d'un suivi, afin d'en mesurer l'efficacité et les réactions indésirables. Un traitement non efficace amènera l'infirmière à procéder à une réévaluation des causes sous-jacentes. L'outil de suivi le plus fréquemment nommé par les participantes est la note au dossier (68,1 %). Seulement 6,8 % d'entre elles ont mentionné l'utilisation d'outils permettant de mesurer de façon objective la fréquence, la durée et la sévérité des SCPD. Une forte majorité (86,7 %) cite l'importance de surveiller les effets indésirables de la médication.

Si un traitement s'avère inefficace, 22,2 % répondent qu'il faut reprendre l'évaluation des causes sous-jacentes afin de déterminer une nouvelle intervention... alors que ce pourcentage devrait être de 100 %. Par contre, 42,2 % déclarent qu'elles consulteraient un autre professionnel, tel le médecin, le pharmacien, ou le psychogériatre, ce qui peut aussi être adéquat selon le contexte de pratique.

Forces et limites

L'interprétation des résultats doit tenir compte des limites de cette étude. En effet, elle s'appuie sur un questionnaire nouveau dont le degré de validité reste à déterminer. Par ailleurs, un questionnaire présentant d'autres vignettes aurait pu produire des résultats différents. L'échantillon était composé de volontaires. Il est possible que seules les infirmières portant le plus d'intérêt au thème de l'étude y aient participé. Enfin, la taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des infirmières pratiquant en centre d'hébergement.

Mais malgré ses limites, cette étude unique permet de dresser un portrait des connaissances des infirmières sur chaque étape de la prise en charge des SCPD. Ses questions ouvertes permettent d'enrichir les résultats d'un volet qualitatif. Enfin, l'utilisation d'un questionnaire, plutôt que l'observation, permet d'isoler les connaissances de la pratique.

Constatations

Les résultats permettent de constater que les participantes connaissent bien les approches de base à utiliser avec les personnes atteintes de démence. La force des infirmières réside dans les stratégies de communication. Par contre, elles sont moins familières avec les interventions non pharmacologiques spécifiques aux différents troubles de comportements, soit principalement les comportements agressifs. Le recours aux contentions physiques n'ayant pas été nommé, leur utilisation dans les centres d'hébergement proviendrait de facteurs autres que le manque de connaissances.

Les lacunes constatées au niveau du dépistage et de l'évaluation représentent toutefois un manque important de connaissances. Les infirmières doivent maîtriser ces étapes, car elles sont directement liées à leur rôle et sont essentielles à la mise en place d'interventions

adaptées aux causes des SCPD du résident. Or, l'étude démontre des lacunes quant à l'examen physique et à l'évaluation de l'environnement dans un contexte de SCPD. L'amélioration des pratiques doit être priorisée par les directions de soins infirmiers.

Ces résultats permettent de cibler le contenu des programmes de formation initiale et continue. L'autonomie de l'infirmière dans la gestion des SCPD peut être optimisée par l'acquisition de connaissances. ■

Les auteurs



Catherine Gagné est infirmière clinicienne au Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale et a terminé une maîtrise en sciences infirmières à l'Université Laval.



Philippe Voyer est professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.

Références

American Psychiatric Association (APA). « Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life », *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, n° 5 Suppl. 5, mai 1997, p. 1-39.

Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH). *National Guidelines for Seniors' Mental Health. The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes (Focus on Mood and Behaviour Symptoms)*, Toronto, CCSMH, 2006. [En ligne : www.ccsmh.ca] (Page consultée le 21 juin 2006.)

Finkel, S.I., J. Costa E Silva, G. Cohen, S. Miller et N. Sartorius. « Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment », *International Psychogeriatrics*, vol. 8 Suppl 3, 1996, p. 497-500.

Gagné, C. *Évaluation des connaissances des infirmières en CHSLD sur la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Mémoire de maîtrise*, Québec, Université Laval, 2010. [En ligne : www.theses.ulaval.ca/2010/27905/27905.pdf]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles*, Québec, MSSS, 2003. [En ligne : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/42704>] (Page consultée le 1^{er} novembre 2007.)

Voyer, P. et L.S. Martin. « Improving geriatric mental health nursing care: making a case for going beyond psychotropic medications », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 12, n° 1, mars 2003, p. 11-21.

Voyer, P., R. Verreault, P.N. Mengue, D. Laurin, L. Rochette et L.S. Martin. « Managing disruptive behaviors with neuroleptics: treatment options for older adults in nursing homes », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 31, n° 11, nov. 2005, p. 49-59.

Lien entre obésité et TDAH

Peut-on associer obésité et TDAH chez les enfants d'âge préscolaire ? Une recension des écrits fait le point et conclut que les recherches devront se poursuivre.

Par **Nancy Leblanc**, inf., Ph.D., et **Jérôme Leclerc-Loiselle**, B.Sc.inf. (c.)



© Qwaysx / Dreamstime.com

Le surplus de poids chez les enfants d'âge préscolaire est un problème de santé publique actuel au Québec. L'embonpoint touche 17,3 % des filles et 13,1 % des garçons d'âge préscolaire. Quant à l'obésité, elle affecte les deux sexes dans une proportion de 6 % (Shields, 2004). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2011), l'embonpoint et l'obésité se définissent par une accumulation excessive ou anormale de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. Cette accumulation est plus importante chez les obèses.

Par ailleurs, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un autre problème

préoccupant chez les jeunes enfants, particulièrement les garçons. Sa prévalence chez les enfants de deux à six ans se situe entre 2 % et 9,5 % (Dreyer, 2006). Ce trouble se caractérise par un manque d'attention, une hyperactivité et une impulsivité excessive pour l'âge et le stade de développement de l'enfant (Barkley, 2006).

Depuis peu, des chercheurs et des cliniciens se sont penchés sur l'existence d'une comorbidité entre ces deux problèmes de santé, l'une physique et l'autre mentale. D'une part, les études indiquent que le TDAH peut constituer un risque d'obésité chez un certain nombre d'enfants

(Holtkamp *et al.*, 2004 ; Curtin *et al.*, 2005 ; Waring et Lapane, 2008 ; Ptázek *et al.*, 2009 ; Graziano *et al.*, 2010 ; Anderson *et al.*, 2010). D'autre part, cette association soulève la possibilité que les enfants atteints d'obésité soient plus vulnérables à un TDAH (Vila *et al.*, 2004 ; Datar et Sturm, 2004 ; Sawyer *et al.*, 2006 ; Koshy *et al.*, 2011 ; Griffiths *et al.*, 2011).

Les enfants d'âge préscolaire ne sont cependant pas la principale cible de ces études, notamment à cause du peu d'outils permettant un dépistage efficace de TDAH dans ce groupe (Leblanc, 2009).

Cet article propose une recension des écrits dont le but est d'établir l'état des connaissances sur l'association entre surplus de poids et TDAH chez les enfants d'âge préscolaire et sur certains mécanismes qui sous-tendent cette association. Les banques de données CINAHL, Current Contents, PsycINFO, MEDLINE et The Cochrane Library ont été consultées à l'aide des mots-clés suivants : *ADHD and obesity, overweight, eating disorders, binge eating, hyperactivity, impulsivity, externalizing behavior(s)*. Seules les études originales ou les recensions des écrits parues depuis janvier 2001 ont été retenues. Il faut préciser que le faible nombre de recherches recensées témoigne d'une avenue d'investigation nouvelle et récente.

Association

Prévalence

Curtin *et al.* (2005) ont évalué la prévalence de l'embonpoint, entre autres chez des enfants atteints de TDAH. L'échantillon clinique comptait 98 enfants ($n = 79$ garçons) de deux à 18 ans. Le diagnostic de TDAH provenait des dossiers médicaux des enfants suivis en clinique entre 1992 et 2003. L'embonpoint a été établi lors de la première visite à la clinique par le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) selon les normes américaines des *Centers for Disease Control* (CDC). Deux catégories ont été créées : à risque d'embonpoint (IMC $\geq 85^{\circ}$ centile) et avec embonpoint (IMC $\geq 95^{\circ}$ centile). Les résultats démontrent que 42,9 % des enfants de deux à cinq ans atteints de TDAH étaient à risque d'embonpoint et que 21 % souffraient véritablement d'embonpoint. Aucune différence significative entre les sexes n'a été rapportée. Par ailleurs, les auteurs mentionnent que ces taux de prévalence sont comparables à ceux des enfants du même âge dans la population en général.

Autorégulation

Une étude plus récente avait pour but de déterminer si les habiletés d'autorégulation d'émotions et de comportements chez des enfants de deux ans constituent un risque d'obésité quand ils atteignent l'âge de 5,5 ans. Une étude plus récente avait pour but d'étudier si les habiletés d'enfants de deux ans à autoréguler leurs émotions et leurs comportements pouvaient prédire un risque d'obésité à l'âge de 5,5 ans (Graziano *et al.*, 2010). L'échantillon était composé de 57 enfants, dont 32 garçons. L'évaluation des habiletés d'autorégulation a été effectuée dans le cadre de tâches réalisées en laboratoire. Le surplus de poids se basait sur les normes du CDC.

Les enfants de deux ans ayant des problèmes à contrôler leurs émotions et leur impulsivité sont plus à risque d'obésité à l'âge de 5,5 ans.

Les résultats indiquent que les enfants présentant des problèmes d'autorégulation à l'âge de deux ans, dont le contrôle de leurs émotions et de la désinhibition (impulsivité), sont plus à risque d'obésité à l'âge de 5,5 ans.

Santé mentale

Sawyer *et al.* (2006) ont examiné la relation entre la santé mentale et le surplus de poids. Ils ont travaillé avec un échantillon de 4 983 enfants australiens de quatre et cinq ans, dont 51 % étaient des garçons. Les problèmes de santé mentale ont été évalués par leurs parents et leur professeur à l'aide du *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). L'obésité a été établie selon les normes de l'*International Obesity Taskforce* (IOTF). Ainsi, les enfants ont été répartis en trois groupes : non obèses, avec embonpoint ou obèses. Sans considération des variables confondantes, les résultats montrent que les garçons obèses manifestaient plus de problèmes de santé mentale, dont de l'hyperactivité selon leur professeur, que les autres garçons. Toutefois, après considération des variables confondantes, aucune différence significative d'hyperactivité n'a été observée entre les trois groupes. Chez les filles, aucune différence significative d'hyperactivité n'a été rapportée entre les trois groupes non plus, que ce soit avant ou après le contrôle des variables confondantes.

Problèmes émotionnels

Plus récemment, Griffiths *et al.* (2011) ont étudié l'association entre l'obésité et certains problèmes émotionnels et comportementaux d'enfants d'âge préscolaire. Au total, 11 202 enfants de trois ans et de cinq ans, dont la moitié de garçons, ont participé à cette étude.

Les problèmes émotionnels et comportementaux furent évalués par les parents à l'aide du SDQ. L'obésité a été établie selon les normes de l'IOTF. Les auteurs rapportent qu'à trois et à cinq ans, les garçons obèses présentaient davantage de problèmes d'hyperactivité et d'inattention que ceux de poids

normal. Cette différence significative se maintenait après le contrôle des variables confondantes à l'âge de cinq ans seulement. Chez les filles, aucune différence significative n'a été observée, et ce, à tout âge.

Les personnes atteintes d'obésité et d'un TDAH auraient recours à des récompenses immédiates inappropriées, par exemple la compulsion alimentaire.

Causalité

D'autres auteurs ont avancé des hypothèses quant aux mécanismes qui seraient à la base de la comorbidité entre obésité et TDAH (Cortese *et al.*, 2008 ; Cortese et Morcillo Peñalver, 2010 ; Davis, 2010 ; Puder et Munsch, 2010 ; Ptázek *et al.*, 2010).

Premièrement, certains signes ou facteurs de l'obésité se manifesteraient comme un TDAH. Par exemple, une impulsivité se manifestant par des comportements alimentaires anormaux pourrait être associée à celle d'un TDAH. Deuxièmement, le TDAH ou ses symptômes contribueraient à l'obésité. Ainsi, l'impulsivité ou l'inattention des enfants atteints d'un TDAH sont des symptômes qui entraîneraient des comportements alimentaires malsains : ingestion compulsive, consommation de malbouffe ou encore oubli de s'alimenter, etc.

Selon une troisième hypothèse, l'obésité et le TDAH partageraient des mécanismes biologiques communs (Cortese et Morcillo Peñalver, 2010). Les personnes atteintes d'obésité et d'un TDAH auraient recours à des récompenses immédiates inappropriées, par exemple la compulsion alimentaire. Ces comportements anormaux sont dus à des altérations du système dopaminergique communes à l'obésité et au TDAH. Il faut préciser que d'autres recherches devront valider ces hypothèses. Présentement, on ne peut affirmer qu'il existe une relation causale entre l'obésité et le TDAH sur la base d'hypothèses non étudiées empiriquement.

L'obésité et le TDAH atteignent un grand nombre d'enfants dès l'âge préscolaire. Les infirmières peuvent contribuer à la prévention de l'obésité et au dépistage précoce d'un TDAH en plus d'informer les familles. Celles œuvrant auprès d'une clientèle pédiatrique souffrant d'un TDAH pourront évaluer la possibilité d'une surcharge pondérale chez ces enfants et, inversement, celles œuvrant auprès d'enfants atteints d'obésité seront à l'affût d'un TDAH.

D'autres recherches sont nécessaires chez les enfants d'âge préscolaire, afin d'avoir une meilleure

compréhension de la nature de la comorbidité entre l'obésité et le TDAH et ses facteurs d'influence. ■■■



Les auteurs

Nancy Leblanc est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières à l'Université Laval à Québec.



Jérôme Leclerc-Loiselle est finissant au baccalauréat en sciences infirmières et auxiliaire de recherche à l'Université Laval.

Références

- Anderson, S.E., X. He, S. Schoppe-Sullivan et A. Must. « Externalizing behavior in early childhood and body mass index from age 2 to 12 years: longitudinal analyses of a prospective cohort study », *BMC Pediatrics*, vol. 10, n° 1, juill. 2010, p. 49-56.a
- Barkley, R.A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3^e éd.), New York, The Guilford Press, 2006, 770 p.
- Cortese, S., M. Angriman, C. Maffei, P. Isnard, E. Konofal, M. Lecendreux et al. « Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature », *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, vol. 48, n° 6, juin 2008, p. 524-537.
- Cortese, S. et C. Morcillo Peñalver. « Comorbidity between ADHD and obesity: exploring shared mechanisms and clinical implications », *Postgraduate Medicine*, vol. 122, n° 5, sept. 2010, p. 88-96.
- Curtin, C., L.G. Bandini, E.C. Perrin, D.J. Tybor et A. Must. « Prevalence of overweight in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorders: a chart review », *BMC Pediatrics*, vol. 5, n° 48, déc. 2005, p. 1-7.
- Datar, A. et R. Sturm. « Childhood overweight and parent-and teacher-reported behavior problems: evidence from a prospective study of kindergartners », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 158, n° 8, août 2004, p. 804-810.
- Davis, C. « Attention-deficit/hyperactivity disorder: associations with overeating and obesity », *Current Psychiatric Reports*, vol. 12, n° 5, oct. 2010, p. 389-395.
- Dreyer, B.P. « The diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: the state of our knowledge and practice », *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, vol. 36, n° 1, jan. 2006, p. 6-30.
- Graziano, P.A., S.D. Calkins et S.P. Keane. « Toddler self-regulation skills predict risk for pediatric obesity », *International Journal of Obesity*, vol. 34, n° 4, avril 2010, p. 633-641.
- Griffiths, L.J., C. Dezateux et A. Hill. « Is obesity associated with emotional and behavioural problems in children? Findings from the Millennium Cohort Study », *International Journal of Pediatric Obesity*, vol. 6, n° 2-2, juin 2011, p. e423-e432.
- Holtkamp, K., K. Konrad, B. Müller, N. Heussen, S. Herpertz, B. Herpertz-Dahlmann et al. « Overweight and obesity in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*, vol. 28, n° 5, mai 2004, p. 685-689.
- Koshy, G., A. Delpisheh et B.J. Brabin. « Childhood obesity and parental smoking risk factors for childhood ADHD in Liverpool children », *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, vol. 3, n° 1, mars 2011, p. 21-28.
- Leblanc, N. « Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) au préscolaire : nature, évaluation, traitement », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 2, automne 2009, p. 199-215.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). « Obésité et surpoids », OMS, mars 2011. [En ligne : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html]
- Ptáček, R., H. Kuzelová, I. Paclt, I. Zukov et S. Fisher. « ADHD and growth: anthropometric changes in medicated and non-medicated ADHD boys », *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, vol. 15, n° 12, déc. 2009, p. 595-599.
- Ptáček, R., H. Kuzelová, H. Papečová et T. Štěpánková. « Attention deficit hyperactivity disorder and eating disorders », *Prague Medical Report*, vol. 111, n° 3, 2010, p. 175-181.
- Puder, J.J. et S. Munsch. « Psychological correlates of childhood obesity », *International Journal of Obesity*, vol. 34, Suppl. 2, déc. 2010, p. S37-S43.
- Sawyer, M.G., L. Miller-Lewis, S. Guy, M. Wake, L. Canterford et J.B. Carlin. « Is there a relationship between overweight and obesity and mental health problems in 4- to 5-year-old Australian children? », *Ambulatory Pediatrics: The Official Journal of the Ambulatory Pediatric Association*, vol. 6, n° 6, nov./déc. 2006, p. 306-311.
- Shields, M. *Obésité mesurée : L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada*, Ottawa, Statistique Canada, 2004, 36 p. [En ligne : http://catalogue.ccsslaval.qc.ca/GEIDFile/cobesity_f_1_1_PDF?Archive=191387991956&File=43311%5B2%5D_PDF]
- Vila, G., E. Zipper, M. Dabbas, C. Bertrand, J.J. Robert, C. Ricour et al. « Mental disorders in obese children and adolescents », *Psychosomatic Medicine*, vol. 66, n° 3, mai/juin 2004, p. 387-394.
- Waring, M.E. et K.L. Lapane. « Overweight in children and adolescents in relation to attention deficit/hyperactivity disorder: results from a national sample », *Pediatrics*, vol. 122, n° 1, juil. 2008, p. e1-e6.