

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

TDAH, santé mentale, cognition et scolarité en temps de pandémie de la COVID-19

Chercheure étudiante

Pénélope Pelland-Goulet, M. Sc., Candidate au PhD en psychologie¹

Chercheuses principales

Hélène Brisebois, PhD²

Nathalie Gosselin, PhD¹

Affiliations

¹Département de psychologie, Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal; Centre de recherche interdisciplinaire sur le cerveau et l'apprentissage (CIRCA); Laboratoire international de recherche sur le cerveau, la musique et le son (BRAMS); Centre de recherche sur le cerveau, le langage et la musique (CRBLM); ²Centre Alpha-Neuro, Collège Montmorency

Établissement gestionnaire de la subvention

Université de Montréal

Numéro du projet de recherche

2019-PZ-264929

Titre de l'Action concertée

Action Concertée du Programme de Recherche sur la persévérance et réussite scolaire

Partenaires de l'Action concertée

Le ministère de l'Éducation du Québec
et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre gratitude envers le FRQSC et le ministère de l'Éducation du Québec de nous avoir donné l'opportunité de mener cette étude.

Merci également au CIRCA pour son financement à Pénélope Pelland-Goulet dans le contexte de ses études doctorales.

Un grand merci à nos collègues qui nous ont soutenu tout au long du parcours de la recherche.

Des sincères remerciements à tous les participants ayant accepté de s'impliquer dans ce projet.

En terminant, on tient à remercier les Collèges Montmorency et André-Grasset pour leur implication dans cette recherche.

Table des matières

Contexte de la recherche	3
Problématique	3
Objectifs poursuivis et hypothèses	6
Méthodologie	7
Résultats	9
Résultats principaux	9
Retombées immédiates ou prévues.....	15
Contributions à l'avancement des connaissances	16
Pistes de solution ou d'actions soutenues par les résultats de la recherche	19
Nouvelles pistes ou questions de recherche	24
Références pertinentes	25
Annexes	27
Annexe 1- Descriptions des questionnaires et tests utilisés	27
Annexe 2 - Ligne du temps de la recherche	29
Annexe 3 - Comparaison inter-groupe des variables descriptives, des programmes d'études et des services d'aide utilisés	30
Annexe 4 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des symptômes d'inattention autorapportés	32
Annexe 5 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des scores d'attention soutenue	33
Annexe 6 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des symptômes d'hyperactivité/agitation autorapportés	34
Annexe 7 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des scores d'inhibition motrice	35
Annexe 8 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des symptômes d'impulsivité/labilité émotionnelle autorapportés	36
Annexe 9 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des scores d'inhibition cognitive	37
Annexe 10 - Comparaison inter-groupe des autres fonctions cognitives connexes	38
Annexe 11 - Comparaisons inter-groupe et genrées des performances académiques.....	39
Annexe 12 - Évolution des résultats scolaires à travers la pandémie de COVID-19	40
Annexe 13 - Comparaisons inter-groupes et genrées des comportements et attitudes scolaires	43

Annexe 14 - Comparaison inter-groupes des performances académiques selon l'inscription aux Services d'Aide aux Étudiants (SAE).....	47
Annexe 15 - Comparaison des résultats scolaires selon les services et accommodements reçus des Services d'Aide aux Étudiants (SAE).....	48
Annexe 16 - Comparaison inter-groupes et genrées des symptômes anxiodépressifs.....	49
Annexe 17 - Inquiétudes et émotions vécues durant la pandémie de COVID-19.....	50
Annexe 18 - Corrélations entre l'anxiété et les symptômes autorapportés et manifestations cognitives du TDAH.....	51
Annexe 19 - Corrélations entre l'anxiété et les fonctions cognitives autres.....	54
Annexe 20 - Corrélations entre l'anxiété, les résultats scolaires et les symptômes et manifestations du TDAH ainsi que les fonctions cognitives connexes.....	57
Annexe 21 - Corrélations entre les résultats scolaires et les attitudes et comportements scolaires.....	63
Annexe 22 – Corrélations entre les impacts ressentis durant la pandémie de COVID-19.....	66
Annexe 23 – Références bibliographiques complètes.....	69

Contexte de la recherche

Problématique

L'âge adulte émergent est une période développementale s'étendant de 18 à 25-30 ans qui comporte des défis développementaux spécifiques tels que l'entrée sur le marché du travail et l'arrivée aux études postsecondaires, alors que l'encadrement parental et scolaire diminue (Arnett, 2007). Ainsi, les capacités d'organisation et de prise de responsabilité sont davantage sollicitées durant cette transition vers l'âge adulte (Abecassis et al., 2017; Wolf, 2001). Tous ces éléments constituent un défi et celui-ci est amplifié pour les personnes présentant des difficultés d'autorégulation et d'organisation, par exemple celles ayant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Ce trouble touche 3 à 4% des adultes canadiens (Hesson & Fowler, 2018; Polanczyk et al., 2007). Entre 2002 et 2012, le nombre de collégiens à besoins particuliers, dont une grande partie ont un TDAH, s'est accru de 20% (Arim & Frenette, 2019; Ducharme & Montminy, 2015). Malgré l'importance de cette population dans les institutions d'enseignement postsecondaire, la recherche portant sur les collégiens ayant un TDAH reste limitée.

Impacts cognitifs. L'adulte émergent vit plusieurs changements exigeants du point de vue des fonctions cognitives. Ces changements sont potentiellement amplifiés chez les individus ayant un TDAH, car ce trouble affecte le fonctionnement cognitif.

L'un des symptômes principaux du TDAH est l'inattention. L'attention implique d'accorder des ressources afin de traiter l'information pertinente (Posner & Petersen, 1990). Des difficultés attentionnelles sont identifiées chez les individus ayant un TDAH de manière autorapportée (Lundervold et al., 2016) et comportementale (Avisar & Shalev, 2011; Friedman-Hill et al., 2010; Tucha et al., 2017). Parmi les fonctions attentionnelles, l'attention soutenue (maintien des ressources cognitives engagées dans le temps; (Perrault et al., 2019)) est rapportée de manière consistante comme étant déficitaire chez ces individus (Avisar & Shalev, 2011; Tucha et al., 2017). Des différences genrées seraient également

présentes dans les manifestations du TDAH (p. ex., plus de symptômes d'hyperactivité chez les garçons et plus de symptômes d'inattention chez les filles ; (Gershon & Gershon, 2002)), mais ces différences ne sont pas toujours observées (Perrault et al., 2019).

Pour certains auteurs, ce déficit attentionnel serait secondaire à des particularités quant au niveau d'activation physiologique cérébral, qui engendreraient une diminution de la vitesse de traitement de l'information (McAvinue et al., 2015), ou encore à une atteinte des fonctions exécutives (Doyle et al., 2005). Les fonctions exécutives sont un ensemble de processus cognitifs de haut niveau dont le rôle est de contrôler les autres mécanismes cognitifs (Barkley, 2012; Diamond, 2013). Parmi le peu d'études s'étant intéressées aux fonctions exécutives des adultes émergents ayant un TDAH, certaines semblent indiquer que comparativement aux enfants, les adultes ayant un TDAH auraient des fonctions exécutives relativement peu touchées (Semrud-Clikeman & Harder, 2011; Weyandt et al., 1998). Des problèmes de mémoire de travail ont été démontrés (Gropper et al., 2014; Kim et al., 2014), mais ne sont pas rapportés dans toutes les études (Dehili et al., 2017; Weyandt et al., 2017). De plus, des atteintes à l'inhibition seraient présentes, mais moins importantes chez les adultes que chez les enfants, observation qui concorde avec l'idée que les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité diminuent en vieillissant (Mostert, et al., 2015). Les problèmes avec les fonctions exécutives, notamment l'inhibition et la mémoire de travail, ressortent de manière plus importante lorsqu'ils sont autorapportés et non mesurés à l'aide de tâches comportementales (Jarrett, 2016; Weyandt et al., 2017). De plus, certaines de ces fonctions seraient plus affectées lorsque les participants ressentent des symptômes anxieux (Jarrett, 2016).

Il est donc évident que le portrait des fonctions cognitives chez les adultes émergents ayant un TDAH manque de clarté, et l'autoperception de ces fonctions pourrait être affectée par l'anxiété.

Impacts académiques. Les étudiants postsecondaires qui ont un TDAH auraient des stratégies de gestion du temps moins efficaces et plus de difficultés lors des examens (Reaser et al., 2007). Les adultes émergents ayant un TDAH rencontreraient également plus de difficultés scolaires, mettraient plus de temps et d'efforts à compléter une tâche, auraient de la difficulté à compléter leurs examens et travaux à temps (Lewandowski et al., 2008) et vivraient moins d'expériences de réussite scolaire que leurs pairs neurotypiques (Green & Rabiner, 2012). Toutes ces difficultés résulteraient en des performances académiques et des taux de réussite scolaire inférieurs aux étudiants neurotypiques du même âge (Biederman et al., 2006; Frazier et al., 2007). Il semble toutefois que toutes les personnes ayant un TDAH ne soient pas affectées de la même façon. En effet, selon une revue de littérature, parmi les adultes émergents ayant un TDAH, 25% auraient un fonctionnement général comparable à celui des groupes contrôles, 50% auraient des difficultés d'apprentissage et d'application de leurs connaissances et une moins bonne progression scolaire, et 25% développeraient des problèmes plus sévères ne se limitant pas à la sphère académique et empiétant sur d'autres domaines comme la santé mentale (Loe & Feldman, 2007).

Impacts sur la santé mentale. Les adultes émergents ayant un TDAH et effectuant des études collégiales seraient plus à risque de difficultés psychologiques et émotionnelles (Green & Rabiner, 2012). Effectivement, ces individus sont plus susceptibles d'avoir une estime de soi fragile, des symptômes élevés de dépression, d'anxiété et de vivre de la détresse psychologique (Anastopoulos & King, 2015; Rabiner et al., 2008; Weyandt et al., 2017). L'ampleur de ces problèmes semble liée à la sévérité des symptômes de TDAH autorapportés chez les collégiens (Dan & Raz, 2015; Gray et al., 2016). Il semblerait également que les femmes ayant un TDAH vivraient plus de symptômes anxiodépressifs que les hommes ayant un TDAH (Wilens et al., 2009), mais ces différences ne sont pas rapportées dans toutes les études (McGillivray & Baker, 2009). En somme, les collégiens ayant un TDAH ressortent comme particulièrement vulnérables d'un point de vue de la santé mentale.

En bref. Le TDAH est un trouble très peu étudié chez les adultes émergents. Les données disponibles suggèrent que les symptômes du TDAH évoluent à travers la vie des individus. Cependant, une période développementale importante a été relativement peu étudiée; l'âge adulte émergent. Le manque de données au sujet des collégiens ayant un TDAH était déjà criant avant la pandémie, celle-ci a exacerbé l'urgence d'études portant sur cette population. Comblé ces manquements permettrait une compréhension plus intégrée du trouble et de la façon dont il se présente chez les adultes émergents, ce qui résulterait à plus long terme en des interventions mieux adaptées à cette population.

Objectifs poursuivis et hypothèses

L'étude vise principalement à établir un portrait des symptômes du TDAH, du fonctionnement cognitif, de la santé mentale et du fonctionnement académique des adultes émergents étudiant au collégial et ayant un TDAH afin de combler les lacunes identifiées dans la littérature. Elle vise également à explorer les relations possibles entre les variables mesurées aux quatre objectifs spécifiques. Plus spécifiquement, l'étude visera à décrire et comparer les participants ayant ou non un TDAH sur :

1. Les symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité.
2. Le fonctionnement cognitif à partir d'épreuves neuropsychologiques.
3. Les symptômes anxiodépressifs vécus en temps de pandémie de COVID-19.
4. Le fonctionnement académique des collégiens à travers la pandémie de COVID-19.
5. Les liens possibles entre les différentes variables mesurées aux quatre objectifs précédents.

En plus de ces objectifs, l'effet éventuel du genre sera exploré. Il est attendu que les participants TDAH présenteront des particularités sur le plan de leur fonctionnement cognitif compatibles avec les symptômes du TDAH et plus de difficultés scolaires et psychologiques.

Méthodologie

Approche et échantillon. L'étude emploie un devis de recherche descriptive et un échantillon non-probabiliste de volontaires (54 participants ayant un TDAH et 81 participants neurotypiques) ayant entre 18 et 25 ans, tous étudiants collégiens, recrutés via des annonces publiées par leur collège. Les participants ayant un TDAH inclus dans l'étude pouvaient avoir une comorbidité tel qu'un trouble de l'humeur ou un trouble de l'apprentissage (p. ex., dyslexie). Les participants des deux groupes ne devaient pas avoir de trouble neurologique (p. ex., trauma craniocérébral) ni de trouble psychiatrique grave (p. ex., schizophrénie). Tous les participants ont fourni leur consentement et cette étude a été approuvée par les comités d'éthique de la recherche du Collège Montmorency et de l'Université de Montréal.

Procédure. Les participants ont d'abord rempli des questionnaires en ligne afin, notamment, d'évaluer les critères d'inclusion et d'exclusion et recueillir les informations sociodémographiques. Ils ont ensuite été rencontrés en visioconférence (durée de 1h30) et en personne (pendant 45 min.) pour effectuer des tests neuropsychologiques et remplir des questionnaires supplémentaires. Plus spécifiquement, les questionnaires et tests suivants ont été utilisés : 1. *Conners Adult ADHD Rating Scale – Self Report : Long Form* (CAARS-S :L) (Conners, Pitanen & Rzepa, 2008) mesurant les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, 2. *Corona Virus Health Impacts Survey* (CRISIS V0.3) (Niolaïdis et al., 2020) mesurant les divers impacts de la pandémie et les émotions vécues dans les deux dernière semaines, 3. Échelle hospitalière d'anxiété et dépression (ÉHAD) (Zigmond & Snaith, 1983) mesurant les symptômes d'anxiété et de dépression, 4. *Test of Reaction and Adaptation to College* (TRAC) (Larose & Roy, 1995) mesurant les comportements et attitudes liés aux études (peur de l'échec, recours aux pairs ou aux enseignants, qualité de l'attention, croyance en des méthodes efficaces, croyance en la facilité, priorité accordée aux études, engagement cognitif), 5. *Weschler Abbreviated Scale of Intelligence – 2e édition* (WASI-II) (Weschler, 2011); les sous-tests Vocabulaire et Matrices ont été utilisés afin de

mesurer un estimé du quotient intellectuel, 6. *Weschler Adult Intelligence Scale* – 4e édition (WAIS-IV) (Weschler, 2008); les sous-tests Séquence de chiffres (mémoire de travail auditivo-verbale), Repérage de symboles (attention sélective) et Code (vitesse de traitement de l'information) ont été utilisés, 7. Blocs de Corsi informatisé (Orsini, 1994); un test mesurant la mémoire de travail visuospatiale, 8. *Delis-Kaplan Executive Function Systems* (D-KEFS) (Delis, Kramer, Kaplan & Holdnack, 2004); les tests Tours (planification) et Interférence couleur-mot (inhibition cognitive et flexibilité cognitive) ont été utilisés, 9. *Integrated Visual - Auditive Continuous Performance Task II* (IVA-II) (Sandford & Turner, 2000), qui mesure l'attention soutenue et le l'inhibition motrice. Les indices de fiabilité et de validité des outils sont détaillés à l'Annexe 1. Enfin, les résultats scolaires et le taux de réussite des cours ont été recueillis pour chaque session de l'automne 2019 à l'hiver 2021.

Stratégies d'analyses. Les caractéristiques sociodémographiques ont d'abord été comparées entre les groupes à l'aide d'ANOVA à un facteur intersujet Groupe (TDAH, neurotypique) dans le cas des variables continues, et de tests Chi-2 dans le cas de variables catégorielles (p. ex., genre). Des ANOVAs à deux facteurs intersujet Groupe (TDAH, neurotypique) et Genre (femme, homme) ou Inscription aux Services d'aide aux étudiants (SAE) (Inscrits, non-inscrits) ont été effectuées afin de comparer les moyennes des différentes variables d'intérêt. Des ANOVAS à mesures répétées à deux facteurs Temps (4 sessions) et Groupe (TDAH, neurotypique) ont été effectuées pour suivre l'évolution des résultats scolaires à travers la pandémie. Enfin, des corrélations de Pearson ont été effectuées pour investiguer les relations entre les variables et celles-ci ont été comparées entre les groupes par transformations Z de Fisher.

Modifications au devis initial. Le projet initial visait à évaluer l'effet de l'implantation d'un programme d'intervention sur l'adaptation aux études collégiales des étudiants ayant un TDAH. La pandémie a interrompu ce projet de recherche, qui a dû être réorienté selon les objectifs présentés ci-haut (détails à l'Annexe 2).

Résultats

Résultats principaux

Comparaison des caractéristiques sociodémographiques entre les groupes

Des 170 participants recrutés, 135 ont complété l'étude car ils rencontraient les critères de sélection. Parmi eux, 54 ont un diagnostic de TDAH et 81 sont neurotypiques. Dans le groupe TDAH, 65% des participants prennent de la médication pour ce trouble. L'âge moyen des participants est de 19 ans et 74% de l'échantillon sont des femmes, et ces proportions sont équivalentes dans les deux groupes ($\chi^2(1, N = 135) = 2,57; p = 0,109$). Les participants ont rapporté dormir autant (7 heures/nuit en moyenne) et aussi bien (3,2/5) dans les deux groupes. De plus, le fonctionnement intellectuel (QI estimé) est équivalent pour les deux groupes et se situe dans la moyenne pour leur âge. Les indices statistiques des analyses descriptives peuvent être consultés à l'Annexe 3.

Un plus grand nombre de participants ayant un TDAH que neurotypiques sont inscrits aux SAE (78% chez les TDAH vs 16% chez les neurotypiques). Les services les plus fréquents sont, dans cet ordre, le temps supplémentaire aux examens, les rencontres avec les orthopédagogues, les examens isolés, l'utilisation des ordinateurs et les programmes correcteurs (voir les indices statistiques des tests Chi-2 et les fréquences à l'Annexe 3).

Chez le groupe TDAH, 35% ont rapporté avoir un ou plusieurs troubles concomitants. Spécifiquement, 12% d'entre eux ont rapporté un trouble de l'apprentissage, 24% ont rapporté un trouble anxieux, et 2% ont rapporté un trouble de l'humeur.

Attention, hyperactivité et impulsivité. Les participants du groupe TDAH ont rapporté des symptômes d'inattention plus élevés que ceux du groupe contrôle (écart de 8,27 points entre les groupes sur l'échelle Inattention/mémoire du questionnaire CAARS:S-L). Une interaction significative avec le genre a été mesurée et les effets simples révèlent que les femmes du groupe TDAH rapportent plus de symptômes

d'inattention que les hommes ayant un TDAH, alors que les hommes et les femmes neurotypiques en rapportent autant (voir l'Annexe 4). Les scores attentionnels obtenus aux tests cognitifs ne présentent cependant pas le même portrait entre les groupes. En effet, le score d'attention soutenue (mesurée avec le test IVA-II) est inférieur chez les participants ayant un TDAH, mais équivalente chez les hommes et les femmes. Quant à l'attention sélective (mesurée par le sous-test Repérage de symboles), aucune différence entre les groupes, les genres ni aucune interaction du groupe et du genre n'est statistiquement significative. Les indices statistiques peuvent être consultés à l'Annexe 5.

Du côté des symptômes d'hyperactivité/impulsivité, les participants du groupe TDAH rapportent au CAARS:S-L des symptômes plus élevés, sans interaction avec le genre (indices statistiques à l'Annexe 6). Les scores d'inhibition motrice, mesurés grâce au test IVA-II, répliquent cette différence entre les groupes et l'absence d'effet du genre (voir les indices statistiques à l'Annexe 7).

Enfin, les symptômes autorapportés de l'échelle d'impulsivité et labilité émotionnelle (CAARS :S-L) sont plus élevés chez les participants du groupe TDAH et chez les femmes (indices statistiques à l'Annexe 8). Cependant, les scores d'inhibition cognitive (test d'interférence couleur-mot; D-KEFS) sont équivalents à travers les groupes, les genres et sans interaction entre les facteurs (voir l'Annexe 9).

Fonctions cognitives connexes. Toutes les fonctions cognitives et exécutives connexes, soit la vitesse de traitement de l'information (Code; WAIS-IV), la mémoire de travail visuospatiale (Blocs de Corsi informatisé) et auditivo-verbale (Séquences de chiffres; WAIS-IV), la flexibilité cognitive (test d'interférence couleurs-mots; D-KEFS) et la planification (Tours; D-KEFS) sont équivalentes entre le groupe TDAH et le groupe neurotypique (indices statistiques à l'Annexe 10).

Fonctionnement académique. La moyenne des résultats scolaires (sur 100) et le taux de réussite des cours sont équivalents entre les groupes et les genres (indices statistiques à l'Annexe 11).

Afin d'investiguer l'effet de la pandémie sur les résultats scolaires des deux groupes, une ANOVA à mesures répétées a été effectuée pour observer l'évolution des résultats scolaires à l'automne 2019, à l'hiver 2020 (début de la pandémie de COVID-19 au Canada et passage aux cours en ligne), à l'automne 2020 et à l'hiver 2021 (session à laquelle les cours en personne ont repris). Un effet de la session est observé, mais pas du groupe. Les comparaisons par paires indiquent que les résultats scolaires ont augmentés de l'automne 2019 à l'hiver 2020, puis qu'ils sont restés équivalents (indices statistiques à l'Annexe 12).

Quant aux comportements et attitudes liés aux études collégiales (questionnaire TRAC), certains éléments ressortent comme significativement différents à travers les groupes et les genres. En effet, une interaction du groupe et du genre significative est observée pour le recours aux pairs. Les effets simples indiquent que chez les participants neurotypiques seulement, les femmes rapportent recourir plus souvent à leurs pairs lorsqu'elles ont besoin d'aide dans leurs études que les hommes neurotypiques. Ensuite, les femmes des deux groupes déclarent accorder une plus grande priorité à leurs études que les hommes. Pour les autres variables mesurées par le questionnaire TRAC (recours à l'aide des enseignants, qualité de l'attention en classe, croyance en l'efficacité de bonnes méthodes de travail, croyance en la facilité comme outil de réussite et qualité de l'engagement cognitif dans les études), aucun effet du groupe ni du genre et aucune interaction ne sont observés (indices statistiques à l'Annexe 13).

Les résultats scolaires des participants recevant ou pas d'aide de la part d'un SAE ont été comparés par ANOVA. Tant pour les résultats scolaires que pour le taux de réussite des cours, aucune différence n'est observée entre les résultats scolaires des participants inscrits au SAE comparativement à ceux qui ne le sont pas, peu importe le groupe (indices statistiques à l'Annexe 14).

Le même portrait est obtenu lorsque les résultats scolaires sont comparés selon l'utilisation des différents services du SAE; aucune différence n'est mesurée peu importe si les participants ont recours aux services

des orthopédagogues, ont du temps supplémentaire aux évaluations, utilisent des ordinateurs ou font leurs examens dans des pièces isolées. Les mêmes résultats sont observés pour le taux de réussite des cours (indices statistiques à l'Annexe 15). Les autres services sont utilisés par trop peu de participants pour pouvoir être comparés statistiquement et ceux pour lesquels la comparaison a été effectuée combinent les groupes TDAH et neurotypiques ensemble, dû à la petite taille des sous-groupes.

Santé mentale et impacts de la pandémie. Les participants ont rapporté des niveaux de symptômes anxieux relativement élevés à l'Échelle hospitalière d'anxiété et dépression. Pour les deux sous-échelles, les scores de 7 et moins sont dans la norme, les scores de 8 à 10 sont limites, et les scores de 11 et plus indiquent un score clinique. Les participants ont rapporté un score moyen d'anxiété s'élevant à 8, soit un score limite. Les participants ont cependant rapporté des symptômes dépressifs faibles, avec une moyenne de 5,06. Tant pour l'anxiété que la dépression, aucune différence de groupe ni de genre ni interaction ne sont observées (indices statistiques à l'Annexe 16).

Bien que le nombre d'utilisateurs de l'aide psychosociale soit trop faible pour comparer leurs symptômes anxiodépressifs à ceux qui n'y ont pas recours, une comparaison peut être effectuée entre les symptômes anxiodépressifs des personnes utilisant les services du SAE ou pas. On observe un niveau de symptômes anxiodépressifs significativement plus élevé chez les participants ayant recours aux services d'aide aux étudiants comparativement à ceux n'y ayant pas recours. Aucune différence n'est cependant observée quant aux symptômes dépressifs (indices statistiques à l'Annexe 16).

Les participants ont rapporté des impacts de la COVID-19 identiques entre les groupes. Parmi eux, 5% des participants ont rapporté avoir déjà eu la COVID-19 et 13% ont perdu leur emploi durant la pandémie. Ils ont rapporté peu d'inquiétudes face à la possibilité de contracter la COVID-19 (1,77/5) et de voir leur santé physique décliner (1,94/5). Cependant, ils ont vécu plus d'inquiétudes face à la possibilité que des membres de leur famille contractent la COVID-19 (2,2/5) et de voir leur santé mentale décliner (2,9/5)

(indices statistiques à l'Annexe 17). Sur le plan des émotions vécues dans les deux dernières semaines, les participants ont rapporté des niveaux moyens d'agitation (2,37/5) et d'irritabilité (2,7/5), mais des niveaux plus élevés d'anxiété (3,41/5), de fatigue (3,22/5) et de solitude (2,94/5) (indices statistiques à l'Annexe 17).

Exploration des liens entre les variables. Les relations entre les différentes variables d'intérêt ont été investiguées à l'aide de corrélation de Pearson effectuées séparément pour le groupe TDAH et le groupe neurotypique, puis comparées à l'aide d'une transformation Fisher-Z. Un score significatif de transformation Fisher-Z indique une différence significative entre les corrélations des deux groupes.

Facteurs pouvant influencer les fonctions cognitives selon les groupes. Étant donné l'absence surprenante de différences inter-groupes quant à plusieurs fonctions cognitives, une exploration des liens entre ces variables et l'anxiété est effectuée pour vérifier si celle-ci permet de mettre en évidence des différences de groupes quant aux fonctions cognitives.

Dans les deux groupes, des corrélations positives faibles à modérées sont observées entre les symptômes d'anxiété et tous les symptômes autorapportés liés au TDAH, allant de $r = 0,32$ à $r = 0,62$ (indices statistiques à l'Annexe 18). L'anxiété est corrélée positivement aux scores d'attention soutenue ($r = 0,311$; $p = 0,026$) (test IVA-II) chez les participants TDAH. Au contraire chez les neurotypiques, l'anxiété est corrélée négativement à l'attention soutenue ($r = -0,242$; $p = 0,032$). Les corrélations entre l'attention soutenue et l'anxiété diffèrent significativement entre les groupes ($z = 3,084$; $p < 0,001$) (indices statistiques à l'Annexe 18).

Sur le plan des fonctions cognitives, l'inhibition et la flexibilité cognitive sont corrélées aux symptômes d'anxiété chez les participants TDAH ($r = -0,287$; $p = 0,041$; $r = 0,378$; $p = 0,006$), alors que ces corrélations ne sont pas retrouvées chez les participants neurotypiques ($r = -0,125$; $p = 0,267$; $r = -0,041$;

$p = 0,717$). L'anxiété n'est corrélée significativement à aucune autre fonction cognitive, pour les deux groupes (indices statistiques à l'Annexe 19).

En somme, chez les TDAH, les symptômes anxieux seraient associés à une perception plus importante des symptômes du TDAH, mais à des performances attentionnelles supérieures aux tests cognitifs, tandis que chez les neurotypiques, l'anxiété semble nuire à la performance à ces tests attentionnels.

Facteurs pouvant influencer le fonctionnement académique selon les groupes. Étant donné le corpus de littérature indiquant que les personnes ayant un TDAH auraient de moins bonnes performances scolaires, une investigation des raisons pouvant expliquer l'absence de différences entre les groupes quant aux résultats scolaires est de mise. Des corrélations de Pearson sont effectuées pour les deux groupes séparément et comparées par transformation Fisher-Z.

Chez les participants contrôles, les résultats scolaires ne sont pas corrélés aux symptômes autorapportés de TDAH, alors que des corrélations positives sont présentes chez les TDAH. En effet, des corrélations significatives allant de 0,47 à 0,48 sont obtenues entre les résultats scolaires et les différents symptômes de TDAH. Dans les deux groupes, la moyenne scolaire n'est pas corrélée aux scores d'attention soutenue ni d'inhibition motrice (test IVA-II). De plus, chez les participants TDAH, la moyenne scolaire est corrélée positivement aux scores d'attention sélective (Repérage de symboles; WAIS-IV) et de vitesse de traitement de l'information (Code; WAIS-IV), alors qu'aucune corrélation pour ces variables n'est significative chez les participants du groupe contrôle (indices statistiques à l'Annexe 20).

Des patrons de corrélations différents sont observés entre les groupes pour la moyenne scolaire et les attitudes et comportements liés aux études (questionnaire TRAC). En effet, aucune des huit variables mesurées par celui-ci ne sont significativement corrélées aux résultats scolaires chez les participants TDAH. Au contraire, chez les participants neurotypiques, on observe une corrélation négative entre les résultats scolaires et la peur de l'échec ($r = -0,48$; $p < 0,001$) ainsi que des corrélations positives entre la

moyenne globale et le recours aux pairs, le recours aux enseignants, la qualité de l'attention en classe; la priorisation des études et l'engagement cognitif dans les tâches académiques allant de $r = 0,29$ à $r = 0,43$ (indices statistiques à l'Annexe 21).

En somme, chez les participants TDAH, les résultats scolaires seraient reliés aux fonctions attentionnelles et aux symptômes de TDAH, alors que chez les neurotypiques, les résultats scolaires augmenteraient avec l'utilisation de méthodes efficaces et d'attitudes constructives et proactives à l'école.

Exploration des impacts de la pandémie de COVID-19 selon les groupes. Chez les deux groupes, le sentiment de solitude est associé à plusieurs états émotionnels négatifs. En effet, elle est associée positivement aux inquiétudes pour la santé mentale et aux inquiétudes face au sort réservé aux relations amicales en temps de pandémie dans les deux groupes. Cependant, des patrons différents sont observés entre les groupes quant aux relations entre le sentiment de solitude et l'anxiété, la fatigue et la concentration générale. En effet, aucune corrélation n'est significative chez les participants neurotypiques, alors que chez les participants TDAH, elles sont significatives et positives, allant de $r = 0,29$ à $r = 0,44$ (indices statistiques à l'Annexe 22).

En somme, les effets du sentiment de solitude se feraient sentir dans plusieurs aspects de la santé mentale chez les participants ayant un TDAH, et de façon moindre chez les neurotypiques.

Retombées immédiates ou prévues

Dès 2021, des résultats préliminaires ont été présentés à plusieurs congrès scientifiques (Association québécoise des neuropsychologues (AQNP), Association québécoise de pédagogie collégiale (AQPC), Centre interdisciplinaire de recherche sur le cerveau et l'apprentissage (CIRCA) et Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP). De nouvelles connaissances ont donc été partagées avec plusieurs publics, soit des psychologues et neuropsychologues, des professionnels du collégial (enseignants, intervenants, personnel administratif, etc.), des chercheurs et des étudiants. De plus, les

participants ont pu bénéficier directement des résultats des tests effectués lors de la collecte de données via de courts bilans d'évaluation neuropsychologique de recherche rédigés sur demande. En effet, 54 bilans d'évaluation des fonctions cognitives et psychologiques ont été rédigés et remis aux participants directement. Ces rapports ont été corédigés par des étudiantes au doctorat en neuropsychologie clinique et Dre Brisebois, psychologue-neuropsychologue. L'objectif de ces rapports était d'outiller les étudiants dans leur recherche d'accommodements auprès des services d'aide, en mettant en évidence les forces et faiblesses cognitives de ceux-ci. Une entente a été effectuée avec les intervenants du SAE du Collège Montmorency afin que ceux-ci aient accès à ces bilans et s'en inspirent pour établir des plans de mesures et d'accommodements tenant compte des spécificités des étudiants. De plus, bien que ces bilans ne puissent pas indiquer de diagnostic de TDAH, les étudiants pouvaient remettre leur rapport à leur médecin ou psychologue afin de leur fournir des informations sur leur fonctionnement.

Contributions à l'avancement des connaissances

Tel qu'attendu, les étudiants ayant un TDAH rapportent plus de symptômes du trouble. Il est intéressant de noter que les femmes ayant un TDAH rapportent plus de symptômes que les hommes ayant un TDAH, résultat qui ne concorde pas avec les résultats rapportés par (DuPaul et al., 2001; Heiligenstein et al., 1999; Soendergaard et al., 2016; Weyandt et al., 1995). Ces différences genrées ne sont cependant pas reproduites lorsque mesurées via des tests neuropsychologiques mesurant l'attention et l'impulsivité (ou inhibition motrice), ce qui est plus concordant avec la littérature existante (Ceroni et al., 2022; Rucklidge & Tannock, 2002; Skogli et al., 2013). En effet, selon Skogli et al. (2013), la seule mesure permettant de différencier les hommes et les femmes ayant un TDAH serait le niveau d'anxiété, les femmes en rapportant un niveau plus élevé.

L'étude a également permis d'identifier des différences significatives entre les deux groupes quant aux scores d'inhibition motrice et d'attention soutenue. Cette dernière fonction attentionnelle est notamment

rapportée de façon consistante comme étant déficitaire chez les individus ayant un TDAH (Avisar & Shalev, 2011; Tucha et al., 2017).

Sans surprise étant donné le contexte de pandémie et la période développementale pleine de défis que représente l'âge adulte émergent, les participants ont rapporté des niveaux d'anxiété plutôt élevés (niveau limite), mais des scores de symptômes dépressifs faibles. Cette disparité n'est pas surprenante; plusieurs études ont démontré que l'anxiété apparaîtrait souvent avant la dépression et en serait un précurseur (Wetherell et al., 2001). Ainsi, les symptômes dépressifs auront peut-être tendance à augmenter alors que la pandémie de COVID-19 perd en intensité. Il est également possible qu'à travers la durée de la pandémie, les symptômes anxiodépressifs aient, après une montée initiale, diminué, jusqu'à revenir au niveau pré-pandémie, tel que décrit dans une revue systématique (Robinson et al., 2022). L'étude présente n'est cependant pas longitudinale et couvre la période de décembre 2020 à juin 2022, il n'est alors pas possible de prédire l'évolution des symptômes anxiodépressifs de la population étudiée à travers le temps.

Les participants des deux groupes ont rapporté des niveaux d'inquiétudes liées à la pandémie de COVID-19 similaires. Cependant, le sentiment de solitude est corrélé positivement à plusieurs états émotionnels négatifs tels que l'anxiété et l'irritabilité chez les participants ayant un TDAH, mais pas chez les participants neurotypiques. Il semble que les participants ayant un TDAH soient plus vulnérables aux impacts de la solitude.

Concernant les résultats scolaires, l'absence de différence entre les résultats des groupes TDAH et contrôles est surprenante (Biederman et al., 2006; Frazier et al., 2007), tout comme l'absence de différence dans les attitudes et comportements liés à l'école autorapportés, qui ne concorde pas non plus avec la littérature (Lewandowski et al., 2008; Reaser et al., 2007). De plus, les analyses montrent une augmentation des résultats scolaires au début de la pandémie, qui s'est par la suite stabilisée à un niveau

supérieur à la période pré-pandémie. Il semble donc que les résultats et le fonctionnement scolaires ne soient pas représentatifs de ce qui aurait pu être observé avant l'arrivée de la pandémie de COVID-19, possiblement parce que le cursus scolaire a souvent été réduit pendant la pandémie. Cependant, un aspect du fonctionnement scolaire semble très important; soit l'identité des variables corrélées aux résultats scolaires. En effet, chez les participants du groupe neurotypique, les résultats sont généralement corrélés aux attitudes et comportements à l'école; de bonnes attitudes (p. ex. prioriser les études) et de bons comportements (p. ex. poser des questions sur la matière) sont liés à de meilleurs résultats scolaires. Chez les participants ayant un TDAH, ces associations sont absentes, et sont plutôt remplacées par des corrélations avec les symptômes du TDAH, tant de manière autorapportée qu'à travers des tests cognitifs. Il est cependant intéressant de noter que les capacités d'attention et de vitesse de traitement de l'information sont associées positivement aux résultats scolaires, mais que les symptômes du TDAH autorapportés le sont aussi. Il semble donc que la perception des symptômes du TDAH ne soit pas nécessairement collée à la réalité de leurs capacités cognitives ni des impacts du TDAH sur leur fonctionnement scolaire. Quant à l'utilisation des services d'aide aux étudiants, on peut remarquer que la majorité des participants ayant un TDAH y sont inscrits et que la majorité a comme seule mesure ou presque le temps supplémentaire aux examens. Aucune différence n'est cependant observée entre les résultats scolaires des participants inscrits ou non aux services d'aide, peu importe le type de services utilisés. Ces résultats concordent avec plusieurs études récentes qui indiquent que le temps supplémentaire aux examens n'a pas d'impact sur la performance aux examens de mathématiques et de lecture (Lee et al., 2010; Lovett & Leja, 2015).

À travers l'étendue des résultats présentés, l'investigation de l'évolution de la santé mentale et du fonctionnement académique semble particulièrement pertinente.

Pistes de solution ou d'actions soutenues par les résultats de la recherche

Les recommandations formulées à l'issue de cette recherche découlent d'une analyse et d'une interprétation multidimensionnelles de la situation de la population des adultes émergents de niveau collégial ayant un TDAH ou non, en prenant en compte les symptômes émotionnels, le fonctionnement attentionnel et les autres particularités neuropsychologiques, le fonctionnement scolaire et les résultats académiques, de même que l'impact de la pandémie de COVID-19.

Les symptômes du TDAH. Tel qu'attendu, les étudiants ayant un TDAH rapporteraient plus de symptômes d'inattention, d'hyperactivité/agitation et d'impulsivité/labilité émotionnelle que les non-TDAH. Il semble que les femmes ayant un TDAH rapportent plus de symptômes de TDAH que les hommes ayant un TDAH. Notamment, elles rapportent plus d'impulsivité/labilité émotionnelle. De plus, chez les participants ayant un TDAH, l'inattention est rapportée de manière plus importante chez les femmes que chez les hommes. Cette différence genrée n'est pas mise en évidence dans les tests neuropsychologiques. Pour tous les étudiants, les symptômes de TDAH rapportés augmenteraient avec les symptômes anxieux. Ces résultats suggèrent que les femmes ayant un TDAH sont particulièrement vulnérables parce qu'elles perçoivent avec une intensité accrue leurs difficultés liées à l'attention, alors que ces difficultés attentionnelles augmenteraient avec les symptômes anxieux, anxiété qui favoriserait l'engagement attentionnel continu, mais nuirait de manière générale à la santé mentale.

Quant aux mesures comportementales de l'attention, chez les étudiants ayant un TDAH, l'anxiété élevée serait associée à une diminution de l'inhibition et à une plus grande flexibilité cognitive et attention soutenue. Au contraire, chez les neurotypiques, l'attention soutenue diminue avec l'anxiété.

Il importe de mieux cibler les étudiants à risque parce qu'ils ont une perception très importante de leurs symptômes d'inattention et d'évaluer leurs difficultés attentionnelles de même que leurs fonctions cognitives connexes, de sorte qu'ils développent une perception plus juste de leurs forces et limites. Ils

pourront ainsi trouver des stratégies qui sont en ligne plus directe avec leurs besoins et prendre confiance en leurs capacités à réussir sans que leur niveau d'anxiété s'accroisse.

L'anxiété. Sans surprise, l'anxiété est élevée de manière générale chez les collégiens, dépassant les seuils cliniques pour une bonne partie des étudiants (la moyenne d'anxiété étant de niveau limite).

L'anxiété devrait faire l'objet d'une attention particulière et mériterait d'être monitorée périodiquement durant le parcours collégial. La dépression, qui ne ressort pas de manière significative actuellement, devrait également être mesurée régulièrement, sachant que l'anxiété prolongée peut mener au développement de symptômes dépressifs plus importants.

Ainsi, le développement de programmes visant à mieux informer et outiller les étudiants sur le plan de la gestion des émotions, en particulier de l'anxiété, serait pertinent pour cette problématique. L'aide psychosociale disponible dans les institutions collégiales se limite à l'intervention de crise. Les besoins des jeunes adultes nécessitent actuellement des suivis plus importants alors que ces derniers ne disposent souvent pas des ressources financières pour des services dans le privé et que les ressources publiques manquent en santé mentale. L'établissement de ponts entre les institutions d'enseignement et les établissements de santé serait de mise pour mettre en place le filet social pour favoriser le fonctionnement optimal des collégiens.

Impact de la COVID-19. Les collégiens sont généralement plus inquiets pour leur santé mentale et la santé de leurs proches que pour leur propre santé physique. En lien avec la COVID-19, les participants rapportent de l'anxiété, de la fatigue et de la solitude, et celle-ci serait liée à la tristesse et aux inquiétudes pour les relations amicales. La solitude aurait un impact encore plus important pour les étudiants qui ont un TDAH, pour qui elle serait également liée aux inquiétudes de manière générale de même qu'à la difficulté de concentration et à l'irritabilité.

Le maintien des liens sociaux des jeunes adultes semble primordial afin de préserver leur santé mentale et diminuer l'anxiété. Ceci est encore plus important chez les collégiens ayant un TDAH.

Les symptômes de TDAH et la réussite scolaire. De manière surprenante, les résultats scolaires des étudiants se sont améliorés entre 2019 et 2020 et sont restés stables entre 2020 et 2021. Les mesures mises en œuvre pour s'adapter au mode d'enseignement virtuel et à la réalité pandémique ont probablement nécessité un allègement du cursus de cours et des évaluations associées.

Il serait pertinent de monitorer l'impact de la fin des mesures d'atténuation COVID sur les résultats des étudiants.

Pour les étudiants neurotypiques, les résultats scolaires ne sont pas liés aux symptômes rapportés de TDAH, ni aux capacités cognitives. Pour ceux qui présentent un TDAH cependant, les résultats scolaires augmenteraient avec la vitesse de traitement de l'information et les capacités d'attention sélective et soutenue. Sur le plan des symptômes rapportés de TDAH, plus ils sont élevés, plus les résultats scolaires sont élevés. Ce résultat surprenant pourrait être dû au fait que ces étudiants qui perçoivent chez eux davantage de difficultés attentionnelles sont également plus anxieux et, en conséquence, investissent davantage dans leurs études et ont de meilleurs résultats scolaires.

Ainsi, les symptômes rapportés de TDAH sont directement reliés à l'anxiété alors qu'ils ne sont pas directement liés aux capacités mesurées plus objectivement par l'intermédiaire de tests standardisés. Ce serait donc davantage la perception des difficultés attentionnelles qui serait associée à l'obtention de meilleurs résultats scolaires

Pour les étudiants ayant un TDAH, il pourrait être pertinent de mettre en place des ressources permettant d'entraîner certaines fonctions attentionnelles et des fonctions cognitives reliées, de manière à ce que les difficultés s'estompent et que les perceptions des symptômes du TDAH diminuent.

Fonctionnement académique. De manière générale, les attitudes et comportements liés aux études sont en lien avec les résultats scolaires chez les neurotypiques alors que ce n'est pas le cas chez les étudiants qui ont un TDAH, pour qui les résultats sont davantage en lien avec les symptômes rapportés de TDAH.

Pour les collégiens neurotypiques, l'importance de travailler, les attitudes et les comportements liés aux études s'imposent pour favoriser la réussite scolaire. Il importe de questionner les étudiants et de mettre en place des ressources personnalisées pour outiller ceux qui sont plus à risque dans leur cheminement académique. Ce besoin risque d'émerger chez les étudiants qui ont un TDAH, une fois que les difficultés attentionnelles perçues seront mieux comprises et que des stratégies personnalisées et efficaces auront été mises en place en visant l'amélioration du sentiment d'efficacité et la diminution de l'anxiété.

Utilisation des services d'aide aux étudiants. Une proportion considérable des collégiens s'inscrit au SAE. Chez les étudiants qui ont un TDAH, la majorité est inscrite au service. Ces derniers présentent plus de symptômes anxieux de manière générale. La majorité d'entre eux reçoit, comme seule mesure d'aide, du temps supplémentaire pour les évaluations. On ne remarque cependant pas de différence au niveau des résultats scolaires ni du taux de réussite entre ceux qui sont inscrits aux Services d'aide ou pas, et peu importe les mesures utilisées.

Ces résultats semblent confirmer que les ressources mises en place ont un impact limité. La mise en place de mesures personnalisées devrait faire partie des bonnes pratiques pour maximiser leur impact sur la réussite scolaire. Il semble qu'une meilleure compréhension du fonctionnement émotionnel, comportemental et cognitif des étudiants pourrait mener à une prise en charge plus ciblée et à des mesures d'aide plus efficaces en étant plus en lien avec les problématiques.

Afin de mettre en place ces propositions, il importe :

1. D'évaluer à plus large échelle les étudiants de manière à identifier ceux étant à risque.

L'évaluation devrait cibler notamment la dimension émotionnelle et plus spécifiquement

l'anxiété, les attitudes et comportements reliés à l'école de même que les difficultés neuropsychologiques, notamment celles attentionnelles.

2. Les étudiants à risque devraient être rencontrés afin de cibler leurs difficultés, leurs besoins et les outils à mettre en place de manière personnalisée pour les aider à améliorer leur fonctionnement scolaire.
3. Étant donné les liens étroits entre les symptômes émotionnels et le fonctionnement cognitif, notamment attentionnel, de même qu'avec le fonctionnement et la réussite scolaire, il va de soi qu'un travail de collaboration entre les différentes instances des établissements d'enseignement s'impose afin de répondre de manière concertée et efficace aux besoins des étudiants et pour leur permettre de se développer à leur plein potentiel. Ainsi, les neuropsychologues, les intervenants psychosociaux, les orthopédagogues et le corps professoral devraient tous être mis à contribution pour offrir un suivi personnalisé et s'adapter aux besoins des étudiants.
4. À noter l'importance de l'évaluation personnalisée à la base de la mise en place des ressources. La neuropsychologie scolaire est peu introduite dans les institutions d'enseignement collégiales alors qu'elle fait partie des services offerts au primaire, au secondaire et même à l'université. Il s'agit d'une recommandation fondamentale de ce rapport de recherche.

Nouvelles pistes ou questions de recherche

Bien que cette étude ait permis de générer nombre de nouvelles connaissances, elle a également soulevé plusieurs questions.

Dans un premier temps, il semble évident qu'un suivi longitudinal des participants ayant été rencontrés serait tout à fait pertinent afin d'investiguer de quelle manière leurs trajectoires évoluent, notamment en ce qui a trait aux symptômes anxiodépressifs, aux résultats scolaires, à la perception des symptômes du TDAH et aux inquiétudes liées à la pandémie de COVID-19. En effet, sachant que les symptômes anxieux non-traités donnent souvent lieu à des symptômes dépressifs, il serait pertinent de savoir si cette trajectoire est observée dans l'échantillon. Les résultats scolaires, le fonctionnement académique et les symptômes du TDAH pourraient également évoluer avec le temps, il serait donc très intéressant de suivre ceux-ci durant les prochaines années.

De plus, les services, mesures et accommodements fournis par les SAE semblent insuffisants pour la population des étudiants collégiens ayant un TDAH. Cependant, les données collectées dans cette étude à ce sujet sont limitées. Dans une étude future, il serait intéressant d'investiguer les impacts perçus par les étudiants et mesurés via les résultats scolaires des différents types de mesures fournies, et ce, de manière longitudinale.

Enfin, des différences notables ont été observées quant à la perception des symptômes de TDAH des participants et leur mesure via des tests objectifs. Ces perceptions seraient d'une certaine manière associée à l'intensité des symptômes anxieux vécus et aux résultats scolaires. Il serait très pertinent d'investiguer la question plus en profondeur afin de déterminer de quelle manière ces variables interagissent entre elles.

Références pertinentes

- Abecassis, M., Isquith, P. K., & Roth, R. M. (2017). Characteristics of ADHD in the Emerging Adult : An Overview. *Psychological Injury and Law, 10*(3), 197-208. <https://doi.org/10.1007/s12207-017-9293-7>
- Arim, R., & Frenette, M. (2019). Are Mental Health and Neurodevelopmental Conditions Barriers to Postsecondary Access? Analytical Studies Branch Research Paper Series. In *Statistics Canada*. Statistics Canada. <https://eric.ed.gov/?id=ED594930>
- Arnett, J. J. (2007). Emerging Adulthood : What Is It, and What Is It Good For? *Child Development Perspectives, 1*(2), 68-73. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional Impairments in Adults With Self-Reports of Diagnosed ADHD : A Controlled Study of 1001 Adults in the Community. *The Journal of Clinical Psychiatry, 67*(4), 7488.
- Caci, H., Doepfner, M., Asherson, P., Donfrancesco, R., Faraone, S. V., Hervas, A., & Fitzgerald, M. (2014). Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of diagnosis and treatment : Results from the European Lifetime Impairment Survey. *European Psychiatry, 29*(5), 316-323. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.10.007>
- Ceroni, M., Rossi, S., Zerboni, G., Biglia, E., Soldini, E., Izzo, A., Morellini, L., & Sacco, L. (2022). Attentive-executive functioning and compensatory strategies in adult ADHD : A retrospective case series study. *Frontiers in Psychology, 13*, 1015102. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1015102>
- Ducharme, D., & Montminy, K. (2015). *Rapport de suivi sur l'accommodement des étudiants et étudiantes en situation de handicap dans les établissements d'enseignement collégial*. <https://policycommons.net/artifacts/2241354/rapport-de-suivi-sur-laccommodement-des-etudiants-et-etudiantes-en-situation-de-handicap-dans-les-etablissements-denseignement-collegial/2999407/>
- Green, A. L., & Rabiner, D. L. (2012). What do we really know about ADHD in college students? *Neurotherapeutics: The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics, 9*(3), 559-568. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0127-8>
- Gropper, R. J., Gotlieb, H., Kronitz, R., & Tannock, R. (2014). Working memory training in college students with ADHD or LD. *Journal of Attention Disorders, 18*(4), 331-345. <https://doi.org/10.1177/1087054713516490>
- Hesson, J., & Fowler, K. (2018). Prevalence and Correlates of Self-Reported ADD/ADHD in a Large National Sample of Canadian Adults. *Journal of Attention Disorders, 22*(2), 191-200. <https://doi.org/10.1177/1087054715573992>
- Kim, S., Liu, Z., Glizer, D., Tannock, R., & Woltering, S. (2014). Adult ADHD and working memory : Neural evidence of impaired encoding. *Clinical Neurophysiology, 8*(125), 1596-1603. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2013.12.094>
- Lewandowski, L. J., Lovett, B. J., Coddington, R. S., & Gordon, M. (2008). Symptoms of ADHD and academic concerns in college students with and without ADHD diagnoses. *Journal of Attention Disorders, 12*(2), 156-161. <https://doi.org/10.1177/1087054707310882>

- Lovett, B. J., & Leja, A. M. (2015). ADHD symptoms and benefit from extended time testing accommodations. *Journal of Attention Disorders, 19*, 167-172. <https://doi.org/10.1177/1087054713510560>
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD : A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 942-948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, J., Hoyle, R. H., & Swartzwelder, H. S. (2008). Adjustment to College in Students with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 11*(6), 689-699. <https://doi.org/10.1177/1087054707305106>
- Reaser, A., Prevatt, F., Petscher, Y., & Proctor, B. (2007). The learning and study strategies of college students with ADHD. *Psychology in the Schools, 44*(6), 627-638. <https://doi.org/10.1002/pits.20252>
- Weyandt, L. L., Oster, D. R., Gudmundsdottir, B. G., DuPaul, G. J., & Anastopoulos, A. D. (2017). Neuropsychological functioning in college students with and without ADHD. *Neuropsychology, 31*, 160-172. <https://doi.org/10.1037/neu0000326>
- Weyandt, L. L., Rice, J. A., Linterman, I., Mitzlaff, L., & Emert, E. (1998). Neuropsychological performance of a sample of adults with ADHD, developmental reading disorder, and controls. *Developmental Neuropsychology, 14*(4), 643-656. <https://doi.org/10.1080/87565649809540734>
- Wolf, L. E. (2001). College Students with ADHD and Other Hidden Disabilities. *Annals of the New York Academy of Sciences, 931*(1), 385-395. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05792.x>

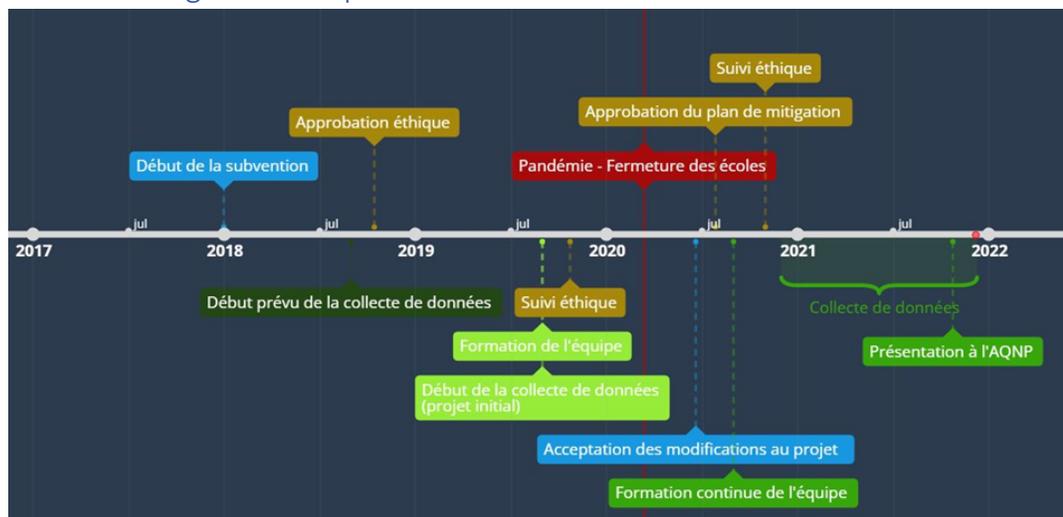
Annexes

Annexe 1- Descriptions des questionnaires et tests utilisés

Questionnaires	Description	Symptômes/mesures	Fiabilité/validité
Conners Adult ADHD Rating Scales Self-Report : Long Version	Questionnaire autorapportés de 66 items portant sur les symptômes de TDAH.	<ul style="list-style-type: none"> - Inattention/mémoire - Hyperactivité/agitation - Impulsivité/labilité émotionnelle - Problème avec le concept de soi - Score total de symptômes 	Coéfficients de corrélations test-retest des sous échelles : 0,8 à 0,92 (Conners, Pitkanen & Rzepa, 2008); ADHD INDEX : sensibilité : 71%, spécificité : 75%, prédiction : 74% (Conners, Pitkanen & Rzepa, 2008)
Corona Virus Health Impact Survey (CRISIS V0.3)	Questionnaire autorapportés de 42 items portant sur les impacts de la COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> - Inquiétudes liées à l'infection - Inquiétudes liées à l'infection de sa famille - Inquiétudes pour sa santé physique - Inquiétudes pour sa santé mentale - Inquiétudes pour les relations familiales - Inquiétudes pour les relations amicales - Sentiment heureux - Anxiété - Agitation - Fatigue - Concentration - Irritabilité - Solitude 	Fiabilité test-retest des <i>Mood States</i> et <i>Covid Worry Factor</i> : 0,79 à 0,87; Omega > 0,9 (Nikolaidis et al., 2020)
Échelle Hospitalière d'Anxiété et Dépression (ÉHAD)	Questionnaire autorapporté de 14 items portant sur les symptômes d'anxiété et de dépression.	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Dépression 	Corrélation avec l'évaluation par entrevue de 0,54 (anxiété) et de 0,79 (dépression) (Zigmond & Snaith, 1983)
Test of Reaction and Adaptation to College (TRAC)	Questionnaire autorapportés de 33 items portant sur les émotions, croyances et comportements scolaires.	<ul style="list-style-type: none"> - Peur de l'échec - Recours aux pairs - Recours aux enseignants - Qualité de l'attention - Croyance en des méthodes efficaces - Croyance en la facilité - Priorité accordée aux études 	Alpha de Cronbach des échelles entre 0,64 et 0,89 (Larose & Roy, 1995)

Test	Description	Fonctions mesurées	Fiabilité/validité
Weschler Abbreviated Scale of Intelligence 2e édition (WASI-II)	Batterie standardisée de tests neuropsychologiques. Les sous-tests utilisés (Vocabulaire et Matrices) permettent l'estimation du QI global.	- Vocabulaire - Raisonnement visuo-spatial	Fiabilité <i>split-half</i> de 0,85 à 0,95 (Weschler, 2011)
Integrated Visual- Auditory Continuous Performance Task II (IVA- II)	Tâche informatisée d'attention soutenue et de d'inhibition motrice dans laquelle les participants cliquent en présence d'un « 1 » auditif ou visuel et ignorent les « 2 » auditifs ou visuels, durant 15 minutes.	- Quotient attentionnel - Quotient de contrôle moteur (inhibition motrice)	Corrélations test-retest de 0,37 à 0,75; Prédiction du diagnostic clinique : sensibilité 92%, spécificité 90% (Sandford & Turner, 2000)
Delis-Kaplan Executive Functions System (D- KEFS)	Batterie standardisée de tests mesurant les fonctions cognitives. Les sous-tests utilisés sont Tours et Tâche d'interférence couleur-mot (Stroop).	- Planification - Inhibition cognitive - Flexibilité cognitive	Corrélations test-retest de 0,41 à 0,9; Consistances internes de 0,6 à 0,82 (Delis, Kaplan & Kraemer, 2001)
Blocs de Corsi informatisé	Tâche informatisée durant laquelle des séquences visuelles doivent être mémorisées et répétées à l'endroit ou à l'envers.	- Mémoire de travail visuelle	Fiabilité <i>split-half</i> de 0,7 à 0,79 (Orsini, 1994); La version informatisée ne diffère pas de la version originale (Robinson & Brewer, 2016)
Weschler Adult Intelligence Scale – 4e édition (WAIS-IV)	Batterie standardisée de tests neuropsychologiques. Les sous tests-utilisés sont Repérage de symboles, Codes et Séquences de chiffres.	- Attention sélective - Vitesse de traitement de l'information - Mémoire de travail	Corrélations test-retest de 0,69 à 0,83 (Weschler, 2008)

Annexe 2 - Ligne du temps de la recherche



Le projet initial portait sur l'implantation d'un programme d'entraînement des fonctions attentionnelles et d'intégration au collégial via des rencontres d'informations pour les élèves de secondaire 5 ayant un TDAH et désirant s'inscrire dans un établissement collégial après leur graduation. Suite à plusieurs embûches liées à l'obtention des autorisations éthiques des divers établissements impliqués, les programmes ont démarré et la collecte de données a enfin pu débuter à l'automne 2019.

Malheureusement, à peine 6 mois après le début du travail, la pandémie a forcé la fermeture des établissements d'enseignement et a limité les contacts sociaux, arrêtant pour une durée indéterminée la possibilité de rencontrer les participants. Étant donné le temps qui avançait, le projet a été modifié. Sa nouvelle version porte maintenant sur les objectifs énoncés dans le texte du présent rapport et était plus réaliste en temps de pandémie. La collecte de données a duré de décembre 2020 à juin 2022. Des présentations ont été effectuées dans plusieurs congrès et colloques et les analyses statistiques se poursuivent afin d'approfondir les éléments soulevés dans le rapport.

Annexe 3 - Comparaison inter-groupe des variables descriptives, des programmes d'études et des services d'aide utilisés

Comparaisons inter-groupe des variables descriptives

Variables descriptives	Contrôle		TDAH		F (1, 133)	p	η^2
	M	É.T.	M	É.T.			
Âge	18,94	1,85	19,09	2,57	0,165	0,686	0,001
Nombre d'heures de sommeil par nuit	7,07	1,27	7,17	1,34	0,177	0,733	0,001
Qualité du sommeil	3,21	0,9	3,09	0,83	0,581	0,447	0,004
Qi estimé	104,15	11,39	103,45	10,78	0,122	0,727	0,001

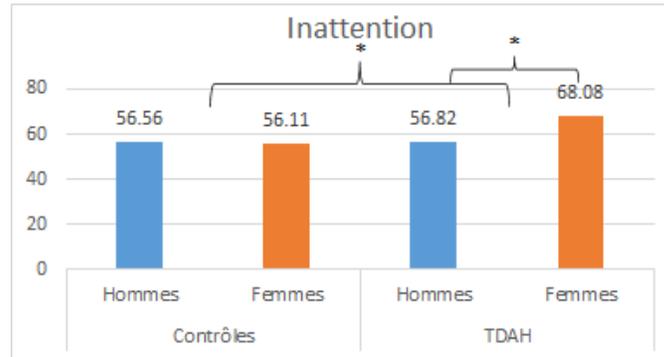
Les variables descriptives continues ont été comparées à l'aide d'une ANOVA à un facteur Groupe à deux niveaux (TDAH, contrôle)

Comparaison inter-groupe des fréquences des types de programme d'étude et de l'utilisation des services d'aide aux étudiants

Variables académiques	Contrôle	TDAH	$\chi^2(1, N = 135)$	<i>p</i>
	M	M		
Programme technique	19	22	4,577	0,032
Programme pré-universitaire	59	28	6,228	0,013
Programme tremplin DEC	3	2	0	1
Programme AEC	0	2	3,045	0,081
Inscription SAE	13	40	45,75	<0,001
Orthopédagogue	5	34	50,87	<0,001
Psychologue	5	5	0,45	0,502
Tutorat	5	4	0,08	0,778
Temps supp. Examens	3	39	70,97	<0,001
Preneur notes	2	0	1,353	0,245
Ordinateur	2	17	22,55	<0,001
Correcteur	0	13	21,578	<0,001
Examens isolés	2	18	24,46	<0,001
Smart pen	0	1	1,51	0,219

Les variables académiques ont été comparées à l'aide d'un test Chi-2

Annexe 4 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des symptômes d'inattention autorapportés



Comparaison des symptômes d'inattention autorapportés entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	342141,01	1	342141,01	3122,486	<0,001	0,961
Groupe	907,126	1	907,126	9,279	0,005	0,061
Genre	708,121	1	708,121	6,463	0,012	0,048
Groupe*Genre	831,354	1	831,354	7,587	0,007	0,056
Erreur	14025,38	128	109,573			

R-deux = 0,206 (R-deux ajusté = 0,187)

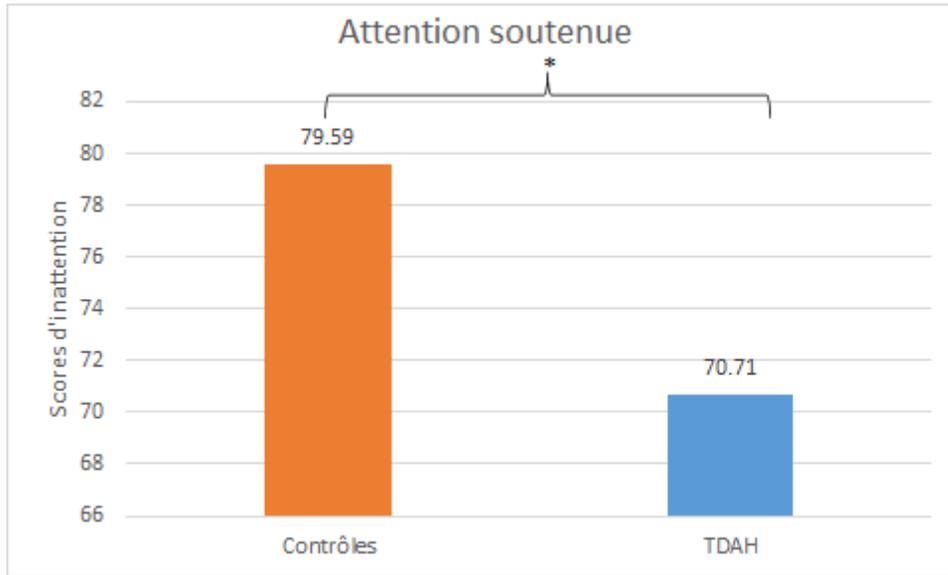
Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Comparaisons appariées de l'interaction Groupe*Genre des scores d'inattention autorapportés

Groupe	(I) Genre	(J) Genre	Différence de moyenne (I-J)	Erreur std.	<i>p</i>	Intervalle de confiance à 95% pour la différence	
						Borne inférieure	Borne supérieure
Contrôles	Hommes	Femmes	0,451	2,93	0,878	-5,347	6,25
	Femmes	Hommes	-0,451	2,93	0,878	-6,25	5,347
TDAH	Hommes	Femmes	-11,26	3,08	<0,001	-17,355	-5,165
	Femmes	Hommes	11,26	3,08	<0,001	5,165	17,355

Basé sur les moyennes marginales estimées

Annexe 5 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des scores d'attention soutenue



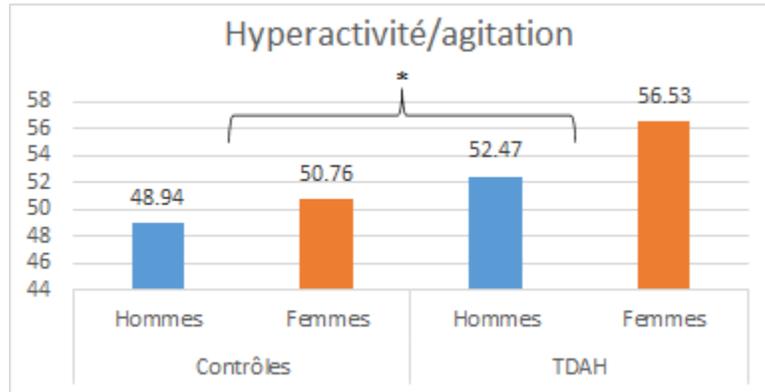
Comparaison de l'attention soutenue entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	554655,963	1	554655,963	553,898	<0,001	0,815
Groupe	4558,022	1	4558,022	4,552	0,035	0,035
Genre	141,143	1	141,143	0,141	0,708	0,001
Groupe*Genre	3402,806	1	3402,806	3,398	0,068	0,026
Erreur	126172,315	128	1001,368			

R-deux = 0,045 (R-deux ajusté = 0,022)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Annexe 6 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des symptômes d'hyperactivité/agitation autorapportés



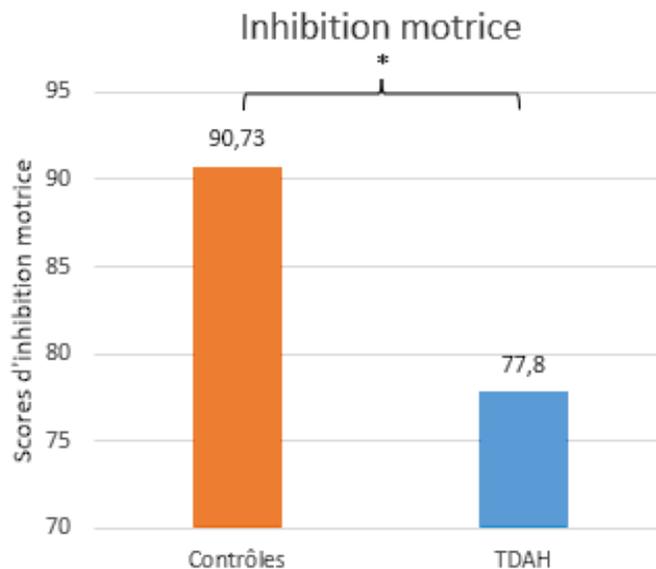
Comparaison des symptômes d'hyperactivité autorapportés entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	263009,324	1	263009,324	2917,841	<0,001	0,958
Groupe	524,146	1	524,146	5,793	0,018	0,043
Genre	209,688	1	209,688	2,317	0,13	0,018
Groupe*Genre	30,219	1	30,219	0,334	0,564	0,003
Erreur	11581,574	128	90,481			

R-deux = 0,078 (R-deux ajusté = 0,056)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Annexe 7 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des scores d'inhibition motrice



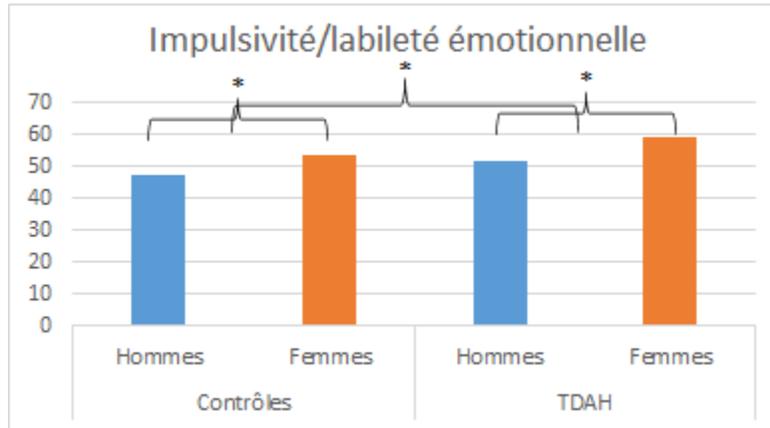
Comparaison d'inhibition motrice entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	718851,806	1	718851,806	1549,473	<0,001	0,925
Groupe	5546,692	1	5546,692	11,956	<0,001	0,087
Genre	1005,188	1	1005,188	2,167	1,33	0,017
Groupe*Genre	175,831	1	175,831	0,379	0,539	0,003
Erreur	58455,576	128	463,933			

R-deux = 0,099 (R-deux ajusté = 0,077)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Annexe 8 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des symptômes d'impulsivité/labilité émotionnelle autorapportés



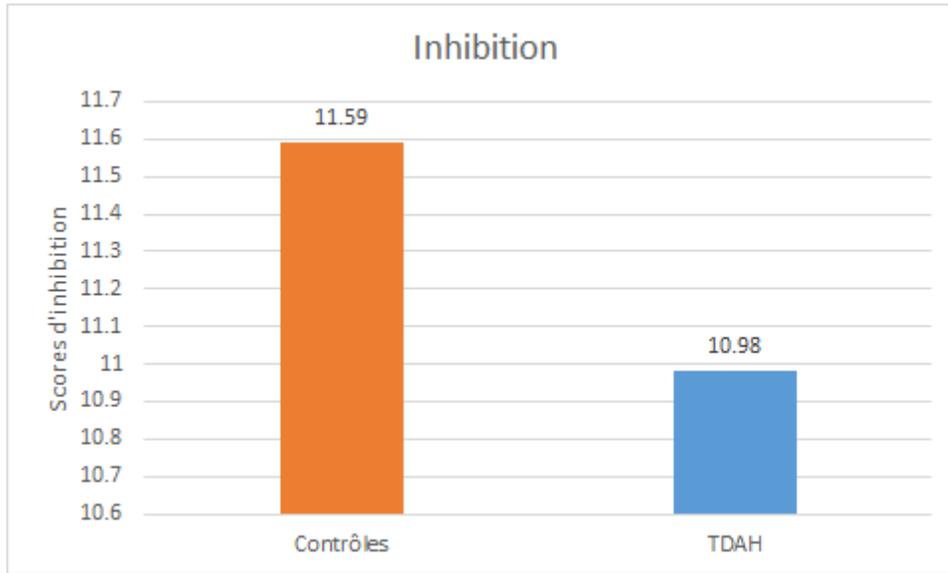
Comparaison des symptômes d'impulsivité autorapportés entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	<i>df</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	269503,622	1	269503,622	2305,016	<0,001	0,947
Groupe	568,869	1	568,869	4,865	0,029	0,037
Genre	1151,797	1	1151,797	9,851	0,002	0,071
Groupe*Genre	7,523	1	7,523	0,064	0,8	0,001
Erreur	14965,824	128	116,92			

R-deux = 0,104 (R-deux ajusté = 0,083)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Annexe 9 - Indices statistiques des comparaisons inter-groupe et genrées des scores d'inhibition cognitive



Comparaison de l'inhibition cognitive entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	12716,237	1	12716,237	1742,577	<0,001	0,931
Groupe	4,233	1	4,233	0,58	0,448	0,004
Genre	0,017	1	0,017	0,000	0,998	0,000
Groupe*Genre	5,154	1	5,154	0,706	0,402	0,005
Erreur	941,361	128	7,927			

R-deux = 0,028 (R-deux ajusté = -0,005)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Annexe 10 - Comparaison inter-groupe des autres fonctions cognitives connexes

Comparaison inter-groupe des fonctions cognitives connexes

Variables descriptives	Contrôle		TDAH		F (1, 130)	p	η^2
	M	É.T.	M	É.T.			
Vitesse de traitement de l'information (CODES)	10,07	2,32	9,51	2,56	1,575	0,212	0,013
Mémoire de travail auditivo-verbale (Séquences de chiffres; total)	9,49	2,48	9,27	1,93	0,288	0,592	0,014
Mémoire de travail auditivo-verbale (Séquences de chiffres; ordre direct)	8,06	3,29	7,67	2,32	0,559	0,456	0,004
Mémoire de travail auditivo-verbale (Séquences de chiffres; ordre indirect)	9,77	3,02	8,98	2,83	2,246	0,136	0,017
Mémoire de travail auditivo-verbale (Séquences de chiffres; ordre croissant)	9,57	2,84	9,02	3,32	1,037	0,31	0,008
Planification (Tours)	10,38	2,29	10,07	2,13	0,53	0,53	0,005
Mémoire de travail visuelle (Blocs de Corsi; total)	10,4	2,73	10,46	2,57	0,014	0,906	0,00
Mémoire de travail visuelle (Blocs de Corsi, ordre direct)	10,35	2,97	10,9	2,63	1,095	0,297	0,009
Mémoire de travail visuelle (Blocs de Corsi, ordre indirect)	10,31	2,55	9,81	2,83	1,011	0,317	0,008
Flexibilité (Interférence couleur-mot, D-KEFS)	10,05	2,46	9,92	2,74	0,076	0,783	0,001

Les variables descriptives ont été comparées à l'aide d'une ANOVA à un facteur Groupe à deux niveaux (TDAH, contrôle)

Annexe 11 - Comparaisons inter-groupe et genrées des performances académiques

Performance académique à travers les groupes et les genres

Variables		Contrôles		TDAH	
		M	É.T.	M	É.T.
Moyenne des résultats scolaires (%)	Hommes	79,59	12,79	71,43	13,09
	Femmes	78,96	12,56	81,25	9,06
Taux de réussite des cours	Hommes	0,93	0,09	0,85	0,22
	Femmes	0,91	0,18	0,95	0,12

Comparaison des résultats scolaires à travers les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	dl	Carré moyen	F	p	η^2
Constante	396760,722	1	396760,722	2833,826	<0,001	0,969
Groupe	140,839	1	140,839	1,006	0,319	0,0101
Genre	346,148	1	346,148	2,472	0,119	0,026
Groupe*Genre	446,776	1	446,776	3,191	0,077	0,034
Erreur	12740,805	91	140,009			

R-deux = 0,060 (R-deux ajusté = 0,029)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

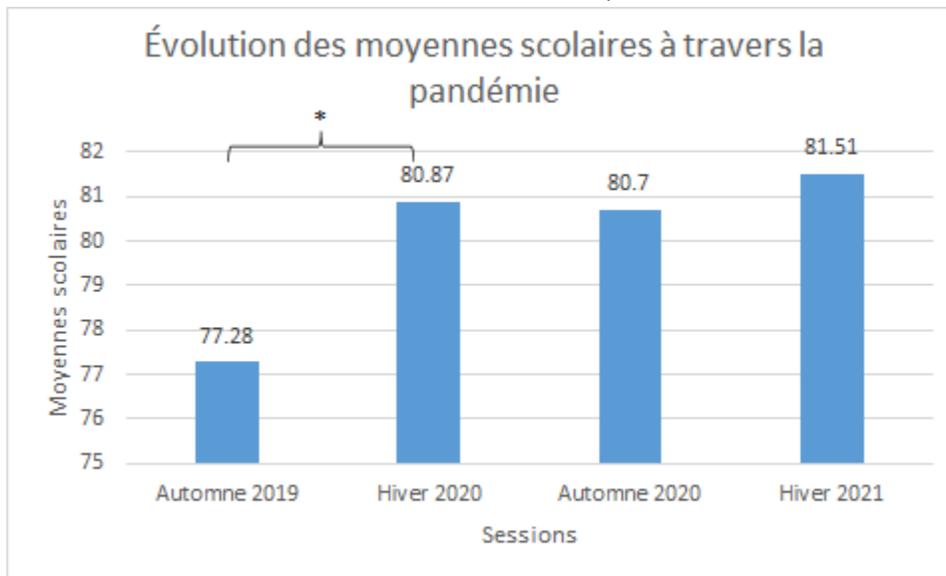
Comparaison du taux de réussite des cours à travers les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	dl	Carré moyen	F	p	η^2
Constante	54,116	1	54,116	1939,96	<0,001	0,955
Groupe	0,007	1	0,007	0,265	0,608	0,003
Genre	0,027	1	0,027	0,980	0,325	0,011
Groupe*Genre	0,063	1	0,063	2,264	0,136	0,024
Erreur	2,538	91	0,028			

R-deux = 0,034 (R-deux ajusté = 0,002)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Annexe 12 - Évolution des résultats scolaires à travers la pandémie de COVID-19



Résultats scolaires à travers la pandémie selon le groupe

Sessions	Contrôles		TDAH	
	M	É.T.	M	É.T.
Automne 2019	78,9	9,89	75,03	11,78
Hiver 2020	80,96	8,8	80,74	9,4
Automne 2020	81,74	8,68	79,22	11,39
Hiver 2021	83,12	8,67	79,25	14,08

Comparaison des résultats scolaires à travers les groupes et selon l'inscription aux Services d'aide aux Étudiants (SAE)

Prédicteur		Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Session	Hypothèse de sphéricité	536,281	3	178,76	7,655	<0,001	0,143
	Greenhouse-Geisser	536,281	2,279	235,36	7,655	<0,001	0,143
	Huynh-Feldt	536,281	2,456	218,375	7,655	<0,001	0,143
	Borne inférieure	536,281	1	536,281	7,655	0,008	0,143
Session * Groupe	Hypothèse de sphéricité	103,947	3	34,649	0,484	0,222	0,031
	Greenhouse-Geisser	103,947	2,279	45,62	0,484	0,23	0,031
	Huynh-Feldt	103,947	2,456	42,327	0,484	0,028	0,031
	Borne inférieure	103,947	1	103,947	0,484	0,029	0,031
Erreur (Session)	Hypothèse de sphéricité	3222,5	138	23,352			
	Greenhouse-Geisser	3222,5	104,813	30,746			
	Huynh-Feldt	3222,5	112,966	28,527			
	Borne inférieure	3222,5	46	70,055			

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA mesure répétée à deux facteurs Temps (A19, H20, A20, H21) et Groupe (TDAH, Contrôles)

Comparaisons appariées des différences de moyennes à travers les sessions

Session (I)	Session (J)	Différence de moyenne (I-J)	Erreur std.	<i>p</i>	Intervalle de confiance à 95% pour la différence	
					Borne inférieure	Borne supérieure
1	2	-3,882	0,963	<0,001	-5,82	-1,944
	3	-3,519	1,131	0,003	-5,795	-1,242
	4	-4,217	1,276	0,002	-6,785	-1,649
2	1	3,882	0,963	<0,001	1,944	5,82
	3	0,364	0,731	0,621	-1,108	1,835
	4	-3,335	0,992	0,737	-2,331	1,661
3	1	3,519	1,131	0,003	1,242	5,795
	2	-0,364	0,731	0,621	-1,835	1,108
	4	-0,669	0,808	0,392	-2,325	0,928
4	1	4,217	1,276	0,002	1,649	6,785
	2	0,335	0,992	0,737	-1,661	2,331
	3	0,669	0,808	0,392	-0,928	2,325

Annexe 13 - Comparaisons inter-groupes et genrées des comportements et attitudes scolaires

Scores de comportements et attitudes liés aux études entre les groupes et les genres

Variables		Contrôles		TDAH	
		M	É.T.	M	É.T.
Peur de l'échec	Hommes	3,52	1,29	3,66	4,34
	Femmes	4,12	1,3	4,34	1,42
Recours aux pairs	Hommes	3,21	1,32	4,25	1,27
	Femmes	3,96	1,36	3,49	1,53
Recours aux enseignants	Hommes	3,89	1,42	4,36	1,38
	Femmes	3,99	1,47	3,67	1,59
Qualité de l'attention	Hommes	3,35	0,91	3,73	0,89
	Femmes	3,58	1,25	3,12	0,94
Croyance en des méthodes efficaces	Hommes	5,51	1,09	5,58	0,83
	Femmes	5,57	0,83	5,36	1,11
Croyance en la facilité	Hommes	3,82	0,92	3,82	1,4
	Femmes	3,62	1,28	3,73	1,33
Priorité accordée aux études	Hommes	4,12	1,48	4,15	1,13
	Femmes	4,7	1,29	4,76	1,38
	Hommes	5,47	0,77	5,15	0,78
Engagement cognitif	Femmes	5,35	0,97	5,21	0,93

Comparaison des scores de peur de l'échec entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	1502,778	1	1502,778	857,516	<0,001	0,871
Groupe	0,762	1	0,762	0,435	0,511	0,003
Genre	10,031	1	10,031	5,724	0,018	0,043
Groupe*Genre	0,027	1	0,027	0,015	0,902	0,000
Erreur	222,565	127	1,752			

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, femmes)

Comparaison des scores de recours aux pairs entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
------------	------------------	-----------	-------------	---	----------	----------

Constante	1365,666	1	1365,666	705,68	<0,001	0,847
Groupe	1,984	1	1,984	1,025	0,313	0,008
Genre	0,000	1	0,000	0,000	0,993	0,000
Groupe*Genre	14,175	1	14,175	7,325	0,008	0,055
Erreur	245,777	127	1,935			

R-deux = 0,055 (R-deux ajusté = 0,033)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, femmes)

Comparaisons appariées de l'interaction Groupe*Genre des scores de recours aux pairs

Groupe	(I) Genre	(J) Genre	Différence de moyenne (I-J)	Erreur std.	<i>p</i>	Intervalle de confiance à 95% pour la différence	
						Borne inférieure	Borne supérieure
Contrôles	Hommes	Femmes	-0,762	0,38	0,047	-1,515	-0,01
	Femmes	Hommes	0,762	0,38	0,047	0,01	-1,515
TDAH	Hommes	Femmes	0,757	0,413	0,069	-0,06	-1,575
	Femmes	Hommes	-0,757	0,413	0,069	-1,575	0,06

Basé sur les moyennes marginales estimées

Comparaison des scores de recours aux enseignants entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	<i>df</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	1577,349	1	1577,349	703,813	<0,001	0,847
Groupe	0,155	1	0,155	0,07	0,792	0,001
Genre	2,211	1	2,211	0,999	0,319	0,008
Groupe*Genre	3,755	1	3,755	1,697	0,195	0,013
Erreur	281,017	127	2,213			

R-deux = 0,02 (R-deux ajusté = -0,003)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Comparaison des scores de qualité de l'attention entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	dl	Carré moyen	F	p	η ²
Constante	1163,619	1	1163,619	971,508	<0,001	0,884
Groupe	0,06	1	0,06	0,05	0,824	0,000
Genre	0,09	1	0,09	0,802	0,372	0,006
Groupe*Genre	4,45	1	4,45	3,716	0,056	0,028
Erreur	152,114	127	1,198			

R-deux = 0,042 (R-deux ajusté = 0,019)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Comparaison des scores de croyance en des méthodes efficaces entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	dl	Carré moyen	F	p	η ²
Constante	2978,8863	1	2978,8863	3319,251	<0,001	0,963
Groupe	0,11	1	0,11	0,122	0,727	0,001
Genre	0,188	1	0,188	0,21	0,648	0,002
Groupe*Genre	0,484	1	0,484	0,539	0,464	0,004
Erreur	113,976	127	0,897			

R-deux = 0,009 (R-deux ajusté = -0,014)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Comparaison des scores de croyance en la facilité entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	dl	Carré moyen	F	p	η ²
Constante	1379,85	1	1379,85	858,627	<0,001	0,871
Groupe	0,073	1	0,073	0,045	0,832	0,000
Genre	0,553	1	0,553	0,344	0,559	0,003
Groupe*Genre	0,073	1	0,073	0,045	0,832	0,000
Erreur	204,094	127	1,607			

R-deux = 0,005 (R-deux ajusté = -0,019)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Comparaison des scores de priorité accordée aux études entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	1928,879	1	1928,879	1106,4	<0,001	0,897
Groupe	0,056	1	0,056	0,032	0,858	0,000
Genre	8,815	1	8,815	5,056	0,026	0,038
Groupe*Genre	0,008	1	0,008	0,005	0,945	0,000
Erreur	221,41	127	1,743			

R-deux = 0,038 (R-deux ajusté = 0,016)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Comparaison des scores d'engagement cognitif entre les groupes et les genres

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	2754,094	1	2754,094	3289,328	<0,001	0,963
Groupe	1,302	1	1,302	1,555	0,215	0,012
Genre	0,22	1	0,22	0,026	0,871	0,000
Groupe*Genre	0,194	1	0,194	0,232	0,631	0,002
Erreur	106,335	127	0,837			

R-deux = 0,012 (R-deux ajusté = -0,11)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Annexe 14 - Comparaison inter-groupes des performances académiques selon l'inscription aux Services d'Aide aux Étudiants (SAE)

Performance académique à travers les groupes et selon l'inscription aux Services d'Aide aux Étudiants (SAE)

Variables		Contrôles		TDAH	
		M	É.T.	M	É.T.
Moyenne des résultats scolaires (%)	Inscrits	74,18	12,48	79,1	11,51
	Non-inscrits	79,97	12,91	73,66	10,24
Taux de réussite des cours	Inscrits	0,86	0,19	0,93	0,15
	Non-inscrits	0,92	0,17	0,86	0,19

Comparaison des résultats scolaires à travers les groupes et selon l'inscription aux Services d'aide aux Étudiants (SAE)

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	306116,689	1	306116,689	2126,021	<0,001	0,959
Groupe	6,313	1	6,313	0,044	0,835	0,000
Genre	0,395	1	0,395	0,003	0,958	0,000
Groupe*Genre	410,05	1	410,05	2,848	0,095	0,030
Erreur	13102,702	91	143,986			

R-deux = 0,033 (R-deux ajusté = 0,001)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Inscription aux SAE (Inscrit, Non-inscrit)

Comparaison du taux de réussite des cours à travers les groupes et selon l'inscription aux Services d'aide aux Étudiants (SAE)

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	41,442	1	41,442	1466,726	<0,001	0,942
Groupe	23,67	1	23,67	0,001	0,972	0,000
Genre	0,001	1	0,001	0,021	0,886	0,000
Groupe*Genre	0,057	1	0,057	2,012	0,159	0,022
Erreur	2,571	91	0,028			

R-deux = 0,022 (R-deux ajusté = -0,01)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Inscription aux SAE (Inscrit, Non-inscrit)

Annexe 15 - Comparaison des résultats scolaires selon les services et accommodements reçus des Services d'Aide aux Étudiants (SAE)

Moyenne des résultats scolaires en selon l'utilisation des services du Services d'Aide aux étudiants (SAE)

Variables	Service reçu		Service non-reçu		F(1, 95)	p	η ²
	M	É.T.	M	É.T.			
Orthopédagogue	78,43	11,72	78,79	12,22	0,018	0,894	0,00
Temps supplémentaire aux examens	80,21	10,34	77,97	12,71	0,707	0,403	0,008
Ordinateur	82,55	5,95	78,07	12,62	1,571	0,213	0,017
Évaluations isolées	79,86	8,26	78,53	12,44	0,119	0,731	0,001

Les variables ont été comparées à l'aide d'une ANOVA à un facteur Service à deux niveaux (utilisation du service, non utilisation du service)

Taux de réussite des cours selon l'utilisation des services du Services d'Aide aux étudiants (SAE)

Variables	Service reçu		Service non-reçu		F(1, 95)	p	η ²
	M	É.T.	M	É.T.			
Orthopédagogue	0,92	0,15	0,91	0,17	0,075	0,784	0,001
Temps supplémentaire aux examens	0,95	0,12	0,089	0,18	2,107	0,15	0,022
Ordinateur	0,98	0,04	0,9	0,18	2,059	0,155	0,022
Évaluations isolées	0,95	0,17	0,91	0,18	0,52	0,472	0,006

Les variables ont été comparées à l'aide d'une ANOVA à un facteur Service à deux niveaux (utilisation du service, non utilisation du service)

Comparaison des symptômes anxiodépressifs selon l'inscription aux Services d'Aide aux Étudiants (SAE)

Variables	Inscrits aux SAE		Non-inscrits aux SAE		F(1, 132)	p	η ²
	M	É.T.	M	É.T.			
Anxiété	9,63	4,1	7,9	4,55	4,849	0,029*	0,036
Dépression	5,29	3,22	5,01	3,74	0,197	0,658	0,002

Les variables ont été comparées à l'aide d'une ANOVA à un facteur Inscription aux SAE à deux niveaux (Inscrits, non inscrits)

Annexe 16 - Comparaison inter-groupes et genres des symptômes anxiodépressifs

Symptômes anxiodépressifs selon le groupe et le genre

Variables		Contrôles		TDAH	
		M	É.T.	M	É.T.
Symptômes anxieux	Hommes	5,59	4,52	7,78	3,57
	Femmes	8,14	4,5	10,33	4,43
Symptômes dépressifs	Hommes	5,29	2,97	4,72	2,89
	Femmes	5,27	4,07	4,97	3,09

Comparaison des symptômes anxieux selon le groupe et le genre

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	7143,436	1	7143,436	373,773	<0,001	0,745
Groupe	35,402	1	35,402	1,852	0,176	0,014
Genre	60,255	1	60,255	3,153	0,078	0,024
Groupe*Genre	25,031	1	25,031	1,31	0,255	0,010
Erreur	2446,296	128	19,112			

R-deux = 0,055 (R-deux ajusté = 0,033)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Comparaison des symptômes de dépression selon le groupe et le genre

Prédicteur	Somme des carrés	<i>dl</i>	Carré moyen	F	<i>p</i>	η^2
Constante	2558,401	1	2558,401	200,34	<0,001	0,61
Groupe	4,698	1	4,698	0,368	0,545	0,003
Genre	0,299	1	0,299	0,023	0,879	0,000
Groupe*Genre	0,475	1	0,475	0,037	0,847	0,000
Erreur	1634,595	128	12,770			

R-deux = 0,003 (R-deux ajusté = -0,020)

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide d'une ANOVA à deux facteurs Groupe (TDAH, Contrôle) et Genre (Hommes, Femmes)

Annexe 17 - Inquiétudes et émotions vécues durant la pandémie de COVID-19

Comparaisons inter-groupe des inquiétudes liées à la COVID-19

Variable	Contrôles		TDAH		F(1, 126)	p	η ²
	M	É.T.	M	É.T.			
Infection COVID-19	1,75	0,93	1,81	1	0,141	0,708	0,001
Famille infectée de COVID-19	2,24	1,33	2,13	1,24	0,215	0,643	0,002
Santé physique	1,92	1,14	1,96	1,24	0,04	0,842	0,000
Santé mentale	2,77	1,44	3,08	1,44	1,369	0,244	0,011
Relations familiales	2,12	1,23	2,13	1,32	0,003	0,958	0,000
Relations amicales	2,36	1,35	2,66	1,37	1,513	0,221	0,012

Les variables ont été comparées à l'aide d'une ANOVA à un facteur Groupe à deux niveaux (TDAH, Contrôle)

Comparaisons inter-groupe des sentiments vécus dans les deux dernières semaines

Variable	Contrôles		TDAH		F(1, 126)	p	η ²
	M	É.T.	M	É.T.			
Heureux	2,67	0,92	2,81	0,96	0,739	0,392	0,06
Anxiété	3,29	1,08	3,57	1,07	2,013	0,158	0,016
Agitation	2,32	1,08	2,43	0,95	0,381	0,538	0,003
Fatigue	3,27	0,99	3,15	1,01	0,418	0,519	0,003
Concentré	3,32	1,16	3,43	1,05	0,323	0,571	0,003
Irritable	2,75	1,12	2,62	1,11	0,384	0,536	0,003
Solitude	2,85	1,31	3,06	1,29	0,755	0,387	0,006

Les variables ont été comparées à l'aide d'une ANOVA à un facteur Groupe à deux niveaux (TDAH, Contrôle)

Annexe 18 - Corrélations entre l'anxiété et les symptômes autorapportés et manifestations cognitives du TDAH

Corrélations entre l'anxiété et les symptômes du TDAH chez les participants TDAH

Variable	n	M	E.T.	Anxiété	Inattention/mémoire	Hyperactivité/agitation	Impulsivité/labilité émotionnelle
Anxiété	51	9,43	4,29	-			
Inattention/mémoire	51	64,47	11,78	0.43**	-		
Hyperactivité/agitation	51	55,23	8,6	.32**	.41**	-	
Impulsivité/labilité émotionnelle	51	56,47	12,41	.62***	.64***	.49***	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Corrélations entre l'anxiété et les symptômes du TDAH chez les participants neurotypiques

Variable	n	M	E.T.	Anxiété	Inattention/mémoire	Hyperactivité/agitation	Impulsivité/labilité émotionnelle
Anxiété	79	8,02	4,51	-			
Inattention/mémoire	79	56,2	10,3	.39***	-		
Hyperactivité/agitation	79	50,39	10,12	.45***	.48***	-	
Impulsivité/labilité émotionnelle	79	52,18	10,2	.41***	.58***	.48***	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Corrélations entre l'anxiété et les manifestations du TDAH chez les participants TDAH

Variable	n	M	E.T.	Anxiété	Attention soutenue	Inhibition motrice	Inhibition cognitive
Anxiété	50	9,43	4,29	-			
Attention soutenue	50	70,71	30,66	.31*	-		
Inhibition motrice	50	77,8	25,09	.01	.48***	-	
Inhibition cognitive	50	11	2,8	-.29*	.05	.09	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Corrélations entre l'anxiété et les manifestations du TDAH chez les participants neurotypiques

Variable	n	M	E.T.	Anxiété	Attention soutenue	Inhibition motrice	Inhibition cognitive
Anxiété	79	9,43	4,29	-			
Attention soutenue	79	79,49	32,55	-.24*	-		
Inhibition motrice	79	90,73	19,02	-.003	.4***	-	
Inhibition cognitive	79	11,59	2,62	-.13	-.14	.13	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Comparaisons intergroupe des corrélations entre
l'anxiété et les symptômes et manifestations du TDAH
via la transformation Z de Fisher

Variable	Indices statistiques	
	Score Z	<i>p</i>
Inattention/mémoire	0,878	0,19
Hyperactivité/agitation	-0,829	0,204
Impulsivité/labileté émotionnelle	1,568	0,058
Attention soutenue	3,084	0,001***
Inhibition motrice	00,236	0,407
Inhibition cognitive	-0,922	0,178

p* < .05; *p* < .01; ****p* < .001

Annexe 19 - Corrélations entre l'anxiété et les fonctions cognitives autres

Corrélations entre l'anxiété et les fonctions cognitives/exécutives chez les participants TDAH

Variable	n	M	E.T.	Anxiété	Flexibilité cognitive	Planification	Mémoire de travail auditivo-verbale	Mémoire de travail visuelle	Vitesse de traitement de l'information	Attention sélective
Anxiété	50	9,43	4,29	-						
Flexibilité cognitive	52	9,92	2,74	.38**	-					
Planification	45	10,07	2,13	.01	.14	-				
Mémoire de travail auditivo-verbale	52	7,87	2,66	.00	.69	.08	-			
Mémoire de travail visuelle	48	10,46	2,57	.05	.01	.2	-.09	-		
Vitesse de traitement de l'information	49	9,51	2,56	-.04	.11	.18	.17	.36*	-	
Attention sélective	49	9,96	3,48	.11	.18	.01	.25	.47***	.5***	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Corrélations entre l'anxiété et les fonctions cognitives/exécutives chez les participants neurotypiques

Variable	n	M	E.T.	Anxiété	Flexibilité cognitive	Planification	Mémoire de travail auditivo-verbale	Mémoire de travail visuelle	Vitesse de traitement de l'information	Attention sélective
Anxiété	79	9,43	4,29	-						
Flexibilité cognitive	80	10,05	2,46	-.04	-					
Planification	72	10,38	2,29	-.04	.04	-				
Mémoire de travail auditivo-verbale	81	8,6	3,28	-.09	.08	.18	-			
Mémoire de travail visuelle	75	10,4	2,73	.05	-.05	.17	.31***	-		
Vitesse de traitement de l'information	75	10,07	2,31	.04	.01	.09	.07	0,2	-	
Attention sélective	75	10,09	2,64	-.15	.16	.15	.12	0,12	.45***	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Comparaisons intergroupe des corrélations entre l'anxiété et les fonctions cognitives et exécutives via la transformation Z de Fisher

Variable	Indices statistiques	
	Score Z	<i>p</i>
Flexibilité cognitive	2,408	0,008**
Planification	0,256	0,399
Mémoire de travail auditivo-verbale	0,495	0,31
Mémoire de travail visuelle	0,00	0,5
Vitesse de traitement de l'information	-0,424	0,336
Attention sélective	1,386	0,083

p* < .05; *p* < .01; ****p* < .001

Annexe 20 - Corrélations entre l'anxiété, les résultats scolaires et les symptômes et manifestations du TDAH ainsi que les fonctions cognitives connexes

Corrélations entre les résultats scolaires et les symptômes de TDAH chez les participants TDAH

Variable	n	M	E.T.	Anxiété	Moyenne scolaire	Inattention/mémoire	Hyperactivité/agitation	Impulsivité/labilité émotionnelle	Attention soutenue	Inhibition motrice	Inhibition cognitive
Anxiété	51	9,43	4,29	-							
Moyenne scolaire	37	78,07	11,35	.32	-						
Inattention/mémoire	51	64,47	11,78	0.43**	.48**	-					
Hyperactivité/agitation	51	55,23	8,6	.32**	.47**	.41**	-				
Impulsivité/labilité émotionnelle	51	56,47	12,41	.62***	.48**	.64***	.49***	-			
Attention soutenue	50	70,71	30,66	.31*	.29	.27	.19	0,15	-		
Inhibition motrice	79	90,73	19,02	.01	.15	-.15	.09	-0,11	.48***	-	
Inhibition cognitive	79	11,59	2,62	-.29*	-0,07	-0,09	-0,16	-0,08	.05	.09	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Corrélations entre les résultats scolaires et les symptômes de TDAH chez les participants neurotypiques

Variable	n	M	E.T.	Anxiété	Moyenne scolaire	Inattention/mémoire	Hyperactivité/agitation	Impulsivité/labilité émotionnelle	Attention soutenue	Inhibition motrice	Inhibition cognitive
Anxiété	79	8,02	4,51	-							
Moyenne scolaire	58	79,07	12,49	-0.15	-						
Inattention/mémoire	79	56,2	10,3	.39***	-.16	-					
Hyperactivité/agitation	79	50,39	10,12	.45***	-.18	.48***	-				
Impulsivité/labilité émotionnelle	79	52,18	10,2	.41***	-.19	.58***	.48***	-			
Attention soutenue	50	70,71	30,66	-.24*	.17	-.23*	-.28*	-0,09	-		
Inhibition motrice	50	77,8	25,09	-.003	.06	-.29*	-.18	-0,22	.48***	-	
Inhibition cognitive	50	10,98	2,8	-.13	-0,14	0,01	0,15	-0,03	.05	.09	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Comparaisons intergroupe des corrélations entre les résultats scolaires, l'anxiété et les manifestations du TDAH via la transformation Z de Fisher

Variable	Indices statistiques	
	Score Z	<i>p</i>
Anxiété	2,213	0,013*
Inattention/mémoire	3,151	0,001**
Hyperactivité/agitation	3,138	0,001**
Impulsivité/labilité émotionnelle	3,282	0,001**
Attention soutenue	0,585	0,279
Inhibition motrice	0,434	0,332
Inhibition cognitive	0,329	0,371

p* < .05; *p* < .01; ****p* < .001

Corrélations entre les résultats scolaires et les fonctions cognitives/exécutives chez les participants TDAH

Variable	n	M	E.T.	Moyenne scolaire	Flexibilité cognitive	Planification	Mémoire de travail auditivo-verbale	Mémoire de travail visuelle	Vitesse de traitement de l'information	Attention sélective
Moyenne scolaire	37	78,07	11,35	-						
Flexibilité cognitive	52	9,92	2,74	.29	-					
Planification	45	10,07	2,13	.28	.14	-				
Mémoire de travail auditivo-verbale	52	7,87	2,66	.16	.69	.08	-			
Mémoire de travail visuelle	48	10,46	2,57	.1	.01	.2	-.09	-		
Vitesse de traitement de l'information	49	9,51	2,56	.39**	.11	.18	.17	.36*	-	
Attention sélective	49	9,96	3,48	.45**	.18	.01	.25	.47***	.5***	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Corrélations entre les résultats scolaires et les fonctions cognitives/exécutives chez les participants neurotypiques

Variable	n	M	E.T.	Moyenne scolaire	Flexibilité cognitive	Planification	Mémoire de travail auditivo-verbale	Mémoire de travail visuelle	Vitesse de traitement de l'information	Attention sélective
Moyenne scolaire	58	79,07	12,49	-						
Flexibilité cognitive	52	9,92	2,74	-0.7	-					
Planification	45	10,07	2,13	.04	.04	-				
Mémoire de travail auditivo-verbale	52	7,87	2,66	.04	.08	.18	-			
Mémoire de travail visuelle	48	10,46	2,57	.08	-.05	.17	.31***	-		
Vitesse de traitement de l'information	49	9,51	2,56	.03	.01	.09	.07	0,2	-	
Attention sélective	49	9,96	3,48	.23	.16	.15	.12	0,12	.45***	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Comparaisons intergroupe des corrélations entre l'anxiété et les fonctions cognitives et exécutives via la transformation Z de Fisher

Variable	Indices statistiques	
	Score Z	<i>p</i>
Flexibilité cognitive	1,72	0,043*
Planification	1,173	0,12
Mémoire de travail auditivo-verbale	0,552	0,291
Mémoire de travail visuelle	0,092	0,463
Vitesse de traitement de l'information	1,784	0,037*
Attention sélective	1,124	0,13

p* < .05; *p* < .01; ****p* < .001

Annexe 21 - Corrélations entre les résultats scolaires et les attitudes et comportements scolaires

Corrélations entre les résultats scolaires et les comportements et attitudes à l'école chez les participants TDAH

Variable	n	M	E.T.	Moyenne scolaire	Peur de l'échec	Recours aux pairs	Recours aux enseignants	Qualité de l'attention	Croyance en des méthodes efficaces	Croyance en la facilité	Priorité accordée aux études	Engagement cognitif
Moyenne scolaire	37	78,07	11,35	-								
Peur de l'échec	51	4,11	1,38	-.05	-							
Recours aux pairs	51	3,74	1,48	-.1	-.19	-						
Recours aux enseignants	51	3,9	1,54	-.12	-.26	.65***	-					
Qualité de l'attention	51	3,31	1,54	0	-.44***	.43***	.41**	-				
Croyance en des méthodes efficaces	51	5,36	1,11	-.09	.14	.14	.16	.37**	-			
Croyance en la facilité	51	3,73	1,33	.12	-.19	-.19	-.16	-.22	-0,07	-		
Priorité accordée aux études	51	4,56	1,32	.32	.14	.14	.25	.37**	0,21	-0,19	-	
Engagement cognitif	51	5,19	0,88	-0,09	.28*	.28*	.41**	.55***	0,22	-0,21	.39**	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Corrélations entre les résultats scolaires et les comportements et attitudes à l'école chez les participants neurotypiques

Variable	n	M	E.T.	Moyenne scolaire	Peur de l'échec	Recours aux pairs	Recours aux enseignants	Qualité de l'attention	Croyance en des méthodes efficaces	Croyance en la facilité	Priorité accordée aux études	Engagement cognitif
Moyenne scolaire	58	79,07	12,49	-								
Peur de l'échec	80	3,99	1,32	-.42**	-							
Recours aux pairs	80	3,21	1,32	.43***	-.16	-						
Recours aux enseignants	80	3,96	1,45	.38**	-.26*	.56***	-					
Qualité de l'attention	80	3,53	1,19	.29*	.35**	.35**	.48***	-				
Croyance en des méthodes efficaces	80	5,56	0,88	-.05	.24*	.02	.03	.07	-			
Croyance en la facilité	80	3,66	1,2	-.01	.31**	-.12	-.08	-.29**	-.22*	-		
Priorité accordée aux études	80	4,57	1,34	.39**	.29**	.27*	.38***	.42***	.14	-.21	-	
Engagement cognitif	80	5,37	0,93	.35**	-.5***	.33**	.56***	.64***	.15	-.05	.4***	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Comparaisons intergroupe des corrélations entre les résultats scolaires et comportements et attitudes à l'école via la transformation Z de Fisher

Variable	Indices statistiques	
	Score Z	<i>p</i>
Peur de l'échec	1,814	0,035*
Recours aux pairs	-2,527	0,006**
Recours aux enseignants	-2,319	0,01*
Qualité de l'attention	-1,361	0,087
Croyance en des méthodes efficaces	-0,173	0,431
Croyance en la facilité	0,551	0,291
Priorité accordée aux études	-0,374	0,354
Engagement cognitif	-2,09	0,018*

p* < .05; *p* < .01; ****p* < .001

Annexe 22 – Corrélations entre les impacts ressentis durant la pandémie de COVID-19

Corrélations entre les sentiments et les inquiétudes vécus durant la pandémie de COVID-19 chez les participants TDAH

Variable	n	M	E.T.	Inq. Infection	Inq. Famille	Inq. Santé physique	Inq. Santé mentale	Inq. Relations famille	Inq. Relations amis	Content	Anxiété	Agitation	Fatigue	Difficulté de concentration	Irritabilité	Solitude
Inq. Infection	53	1,81	1	-												
Inq. Famille	53	2,13	1,24	.73***	-											
Inq. Santé physique	53	1,96	1,24	.83***	.78***	-										
Inq. Santé mentale	53	3,08	1,44	.49***	.48***	.45***	-									
Inq. Relations famille	53	2,13	1,32	-.08	-.03	.06	.3*	-								
Inq. Relations amis	53	2,66	1,37	.26	.28*	.31*	.45***	.45***	-							
Content	53	2,8	0,96	-.1	-.03	.01	-.16	-.16	-.18	-						
Anxiété	53	3,57	1,07	.12	.2	.12	.5***	.32*	.21	.34*	-					
Agitation	53	2,43	0,95	-.07	.05	.13	.06	.34*	.00	-.01	.3*	-				
Fatigue	53	3,15	1	.14	.18	.31*	.42**	.35*	.36**	-.19	.49***	.17	-			
Difficulté de concentration	53	3,43	1,05	-.01	.16	.01	.17	-.09	.16	-.18	.47***	.21	.37**	-		
Irritabilité	53	2,62	1,11	-.19	-.08	-.09	.2	.35*	.31*	-.36**	.23	.07	.45***	0,21	-	
Solitude	53	3,06	1,3	.23	.25	.18	.33*	.15	.42**	-.24	.38**	.09	.29*	.39**	.44***	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Note : Le diminutif "Inq." signifie "Inquiétudes"

Corrélations entre les sentiments et les inquiétudes vécus durant la pandémie de COVID-19
chez les participants neurotypiques

Variable	n	M	E.T.	Inq. Infection	Inq. Famille	Inq. Santé physique	Inq. Santé mentale	Inq. Relations famille	Inq. Relations amis	Content	Anxiété	Agitation	Fatigue	Difficulté de concentration	Irritabilité	Solitude
Inq. Infection	75	1,75	0,93	-												
Inq. Famille	75	2,24	1,33	.49***	-											
Inq. Santé physique	75	1,92	1,14	.47***	.44***	-										
Inq. Santé mentale	75	2,77	1,44	.44***	.24*	.49***	-									
Inq. Relations famille	75	2,23	1,23	.22	.09	.28*	.19	-								
Inq. Relations amis	75	2,36	1,35	.44***	.12	.19	.47***	.4***	-							
Content	75	2,67	0,92	-.07	-.15	.27*	-.72*	-.12	.23*	-						
Anxiété	75	3,29	1,07	.04	.14	.39***	.4***	.08	.19	-.41***	-					
Agitation	75	2,32	1,1	-.12	.13	.33**	.05	-.02	.03	-.07	.27*	-				
Fatigue	75	3,27	1,01	.00	.27*	.36**	.29*	.16	.12	-.33**	.59***	.22	-			
Difficulté de concentration	75	3,32	1,16	.03	.05	.09	.17	-.015	-.12	-.36**	.32**	.2	.35**	-		
Irritabilité	75	2,75	1,12	-.05	.12	.22	.16	.13	-.02	-.31**	.4***	.32**	.42***	.31**	-	
Solitude	75	2,85	1,31	.14	.13	.05	.26*	.19	.35**	0.49***	.18	.01	0,22	0,05	.27*	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Note : Le diminutif "Inq." signifie "Inquiétudes"

Variable	Inq. Infection	Inq. Famille	Inq. Santé physique	Inq. Santé mentale	Inq. Relations famille	Inq. Relations amis	Content	Anxiété	Agitation	Fatigue	Diff. Concentration	Irritabilité	Solitude	
Inq. Infection	Score													
	Z	-												
	p	-												
Inq. Famille	Score													
	Z	2,706	-											
	p	0,003**	-											
Inq. Santé physique	Score													
	Z	3,729	3,079	-										
	p	<0,001***	<0,001***	-										
Inq. Santé mentale	Score													
	Z	0,347	1,504	-0,216	-									
	p	0,364	0,066	0,414	-									
Inq. Relations famille	Score													
	Z	-1,644	-0,67	-1,214	0,625	-								
	p	0,05	0,252	0,112	0,226	-								
Inq. Relations amis	Score													
	Z	1,106	0,856	0,713	-0,096	0,364	-							
	p	0,134	0,196	0,238	0,462	0,358	-							
Content	Score													
	Z	-0,164	0,697	1,565	0,661	-0,388	0,267	-						
	p	0,435	0,243	0,059	0,254	0,349	0,395	-						
Anxiété	Score													
	Z	0,465	0,364	-1,638	0,655	1,369	0,1477	0,386	-					
	p	0,321	0,458	0,051	0,256	0,085	0,042	0,35	-					
Agitation	Score													
	Z	0,252	-0,471	-1,163	0,071	2,008	-0,185	0,294	0,213	-				
	p	0,4	0,319	0,122	0,472	0,022*	0,427	0,384	0,416	-				
Fatigue	Score													
	Z	0,777	-0,481	-0,257	0,79	1,079	1,44	0,835	-0,713	-0,288	-			
	p	0,219	0,315	0,399	0,215	0,14	0,075	0,202	0,238	0,387	-			
Difficulté de concentration	Score													
	Z	-0,012	0,638	-0,425	-0,022	0,287	-0,227	0,993	0,916	0,091	0,169	-		
	p	0,026*	0,262	0,335	0,491	0,387	0,41	0,16	0,18	0,464	0,433	-		
Irritabilité	Score													
	Z	-0,75	-1,08	-1,716	0,23	1,269	1,814	-0,293	-0,932	-1,407	0,2	-0,607	-	
	p	0,226	0,14	0,043*	0,409	0,102	0,035*	0,385	0,176	0,08	0,421	0,272	-	
Solitude	Score													
	Z	0,54	0,671	0,744	0,405	-0,185	0,476	1,581	1,219	0,458	0,412	1,996	1,082	-
	p	0,295	0,251	0,227	0,343	0,427	0,32	0,057	0,111	0,324	0,23	0,023*	0,14	-

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Note : Le diminutif "Inq." signifie "Inquiétudes"

Annexe 23 – Références bibliographiques complètes

- Abecassis, M., Isquith, P. K., & Roth, R. M. (2017). Characteristics of ADHD in the Emerging Adult : An Overview. *Psychological Injury and Law*, 10(3), 197-208. <https://doi.org/10.1007/s12207-017-9293-7>
- Anastopoulos, A. D., & King, K. A. (2015). A Cognitive-Behavior Therapy and Mentoring Program for College Students With ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 141-151. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.01.002>
- Arim, R., & Frenette, M. (2019). Are Mental Health and Neurodevelopmental Conditions Barriers to Postsecondary Access? Analytical Studies Branch Research Paper Series. In *Statistics Canada*. Statistics Canada. <https://eric.ed.gov/?id=ED594930>
- Arnett, J. J. (2007). Emerging Adulthood : What Is It, and What Is It Good For? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68-73. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>
- Avisar, A., & Shalev, L. (2011). Sustained Attention and Behavioral Characteristics Associated with ADHD in Adults. *Applied Neuropsychology*, 18(2), 107-116. <https://doi.org/10.1080/09084282.2010.547777>
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions : What they are, how they work, and why they evolved* (p. xi, 244). The Guilford Press.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional Impairments in Adults With Self-Reports of Diagnosed ADHD : A Controlled Study of 1001 Adults in the Community. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 7488.
- Caci, H., Doepfner, M., Asherson, P., Donfrancesco, R., Faraone, S. V., Hervas, A., & Fitzgerald, M. (2014). Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of diagnosis and treatment : Results from the

European Lifetime Impairment Survey. *European Psychiatry*, 29(5), 316-323.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.10.007>

Ceroni, M., Rossi, S., Zerboni, G., Biglia, E., Soldini, E., Izzo, A., Morellini, L., & Sacco, L. (2022).

Attentive-executive functioning and compensatory strategies in adult ADHD : A retrospective case series study. *Frontiers in Psychology*, 13, 1015102.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1015102>

Conners, C. K., Pitkanen, J., & Rzepa, S. R. (2008). Conners 3rd Edition (Conners 3; Conners 2008).

In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 675–678). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3_1534

Dan, O., & Raz, S. (2015). The relationships among ADHD, self-esteem, and test anxiety in young adults. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 231-239.

<https://doi.org/10.1177/1087054712454571>

Dehili, V. M., Prevatt, F., & Coffman, T. P. (2017). An Analysis of the Barkley Deficits in Executive Functioning Scale in a College Population : Does It Predict Symptoms of ADHD Better Than a Visual-Search Task? *Journal of Attention Disorders*, 21(7), 567-574.

<https://doi.org/10.1177/1087054713498932>

Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E., & Holdnack, J. (2004). Reliability and validity of the Delis-Kaplan Executive Function System: An update. *Journal of the International*

Neuropsychological Society, 10(2), 301–303. <https://doi.org/10.1017/S1355617704102191>

Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 135-168.

<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

Doyle, A. E., Faraone, S. V., Seidman, L. J., Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Waldman, I. D., Pennington, B. F., Peart, J., & Biederman, J. (2005). Are endophenotypes based on measures of executive

functions useful for molecular genetic studies of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 774-803. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01476.x>

Ducharme, D., & Montminy, K. (2015). *Rapport de suivi sur l'accommodement des étudiants et étudiantes en situation de handicap dans les établissements d'enseignement collégial*. <https://policycommons.net/artifacts/2241354/rapport-de-suivi-sur-laccommodement-des-etudiants-et-etudiantes-en-situation-de-handicap-dans-les-etablissements-denseignement-collegial/2999407/>

Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W. (2007). ADHD and Achievement : Meta-Analysis of the Child, Adolescent, and Adult Literatures and a Concomitant Study with College Students. *Journal of Learning Disabilities*, 40(1), 49-65.

Friedman-Hill, S. R., Wagman, M. R., Gex, S. E., Pine, D. S., Leibenluft, E., & Ungerleider, L. G. (2010). What does distractibility in ADHD reveal about mechanisms for top-down attentional control? *Cognition*, 115(1), 93-103. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2009.11.013>

Gray, S. A., Fettes, P., Woltering, S., Mawjee, K., & Tannock, R. (2016). Symptom manifestation and impairments in college students with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 49, 616-630. <https://doi.org/10.1177/0022219415576523>

Green, A. L., & Rabiner, D. L. (2012). What do we really know about ADHD in college students? *Neurotherapeutics: The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 9(3), 559-568. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0127-8>

Gropper, R. J., Gotlieb, H., Kronitz, R., & Tannock, R. (2014). Working memory training in college students with ADHD or LD. *Journal of Attention Disorders*, 18(4), 331-345. <https://doi.org/10.1177/1087054713516490>

- Hesson, J., & Fowler, K. (2018). Prevalence and Correlates of Self-Reported ADD/ADHD in a Large National Sample of Canadian Adults. *Journal of Attention Disorders*, 22(2), 191-200.
<https://doi.org/10.1177/1087054715573992>
- Jarrett, M. A. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, anxiety symptoms, and executive functioning in emerging adults. *Psychological Assessment*, 28, 245-250.
<https://doi.org/10.1037/pas0000190>
- Kim, S., Liu, Z., Glizer, D., Tannock, R., & Woltering, S. (2014). Adult ADHD and working memory : Neural evidence of impaired encoding. *Clinical Neurophysiology*, 8(125), 1596-1603.
<https://doi.org/10.1016/j.clinph.2013.12.094>
- Larose, S., & Roy, R. (1995). Test of Reactions and Adaptation in College (TRAC): A new measure of learning propensity for college students. *Journal of Educational Psychology*, 87(2), 293–306.
<https://doi.org/10.1037/0022-0663.87.2.293>
- Lee, K. S., Osborne, R. E., & Carpenter, D. N. (2010). Testing Accommodations for University Students with AD/HD : Computerized vs. Paper-Pencil/Regular vs. Extended Time. *Journal of Educational Computing Research*, 42(4), 443-458.
- Lewandowski, L. J., Lovett, B. J., Coddling, R. S., & Gordon, M. (2008). Symptoms of ADHD and academic concerns in college students with and without ADHD diagnoses. *Journal of Attention Disorders*, 12(2), 156-161. <https://doi.org/10.1177/1087054707310882>
- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643-654. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl054>
- Lovett, B. J., & Leja, A. M. (2015). ADHD symptoms and benefit from extended time testing accommodations. *Journal of Attention Disorders*, 19, 167-172.
<https://doi.org/10.1177/1087054713510560>

- Lundervold, A. J., Stickert, M., Hysing, M., Sørensen, L., Gillberg, C., & Posserud, M.-B. (2016). Attention deficits in children with combined autism and ADHD : A CPT study. *Journal of Attention Disorders*, 20, 599-609. <https://doi.org/10.1177/1087054712453168>
- McAvinue, L. P., Vangkilde, S., Johnson, K. A., Habekost, T., Kyllingsbæk, S., Bundesen, C., & Robertson, I. H. (2015). A Componential Analysis of Visual Attention in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19(10), 882-894. <https://doi.org/10.1177/1087054712461935>
- McGillivray, J. A., & Baker, K. L. (2009). Effects of Comorbid ADHD with Learning Disabilities on Anxiety, Depression, and Aggression in Adults. *Journal of Attention Disorders*, 12(6), 525-531. <https://doi.org/10.1177/1087054708320438>
- Mostert, J.C., Onnink, A.M.H., Klein, M., Dammers, J.T., Harneit, A., Schulten, T., Hulzen, K.J.E. van, Kan, C.C., Slaats-Willemse, D.I.E., Buitelaar, J.K., Franke, B., & Hoogman, M. (2015). Cognitive heterogeneity in adult attention deficit/hyperactivity disorder : A systematic analysis of neuropsychological measurements. *European Neuropsychopharmacology*, 25, 2062-2074. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.08.010>
- Nikolaidis, A., Paksarian, D., Alexander, L., DeRosa, J., Dunn, J., Nielson, D. M., Droney, I., Kang, M., Douka, I., Bromet, E., Milham, M. P., Stringaris, A., & Merikangas, K. R. (2020). The Coronavirus Health and Impact Survey (CRISIS) reveals reproducible correlates of pandemic-related mood states across the Atlantic. *medRxiv : the preprint server for health sciences*. <https://doi.org/10.1101/2020.08.24.20181123>
- Orsini, A. (1994). Corsi's Block-Tapping Test: Standardization and Concurrent Validity with WISC—R for Children Aged 11 to 16. *Perceptual and Motor Skills*, 79(3_suppl), 1547–1554. <https://doi.org/10.2466/pms.1994.79.3f.1547>

- Perrault, A.-C., Parent, V., & Guay, M.-C. (2019). Utilité des tests cognitifs pour prédire le diagnostic de TDAH présentation mixte chez des jeunes âgés de 8 à 15 ans. [Usefulness of cognitive tests to predict the diagnosis of ADHD presentation mixed in young people aged 8 to 15 years.]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 51, 61-69. <https://doi.org/10.1037/cbs0000117>
- Plumer, P. J., & Stoner, G. (2005). The Relative Effects of Classwide Peer Tutoring and Peer Coaching on the Positive Social Behaviors of Children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(1), 290-300. <https://doi.org/10.1177/1087054705280796>
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD : A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, J., Hoyle, R. H., & Swartzwelder, H. S. (2008). Adjustment to College in Students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 689-699. <https://doi.org/10.1177/1087054707305106>
- Reaser, A., Prevatt, F., Petscher, Y., & Proctor, B. (2007). The learning and study strategies of college students with ADHD. *Psychology in the Schools*, 44(6), 627-638. <https://doi.org/10.1002/pits.20252>
- Robinson, S. J., & Brewer, G. (2016). Performance on the traditional and the touch screen, tablet versions of the Corsi Block and the Tower of Hanoi tasks. *Computers in Human Behavior*, 60, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.02.047>
- Robinson, E., Sutin, A. R., Daly, M., & Jones, A. (2022). A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *Journal of Affective Disorders*, 296, 567-576. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.098>

- Sandford, J. A., & Turner, A. (2000). Integrated visual and auditory continuous performance test manual. Richmond, VA: Brain Train.
- Semrud-Clikeman, M., & Harder, L. (2011). Neuropsychological Correlates of Written Expression in College Students with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 15*(3), 215-223.
<https://doi.org/10.1177/1087054709359169>
- Tucha, L., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., Buggenthin, R., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., Thome, J., Lange, K. W., & Tucha, O. (2017). Sustained attention in adult ADHD : Time-on-task effects of various measures of attention. *Journal of Neural Transmission, 124*(1), 39-53.
<https://doi.org/10.1007/s00702-015-1426-0>
- Wechsler, D. (2011). Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence–Second Edition (WASI-II). San Antonio, TX: NCS Pearson.
- Wechsler, D. (2008). Wechsler Adult Intelligence Scale–Fourth Edition (WAIS-IV). San Antonio, TX: NCS Pearson.
- Wetherell, J. L., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2001). A longitudinal analysis of anxiety and depressive symptoms. *Psychology and Aging, 16*, 187-195. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.2.187>
- Weyandt, L. L., Mitzlaff, L., & Thomas, L. (2002). The relationship between intelligence and performance on the test of variables of attention (TOVA). *Journal of Learning Disabilities, 35*(2), 114-120. <https://doi.org/10.1177/002221940203500203>
- Weyandt, L. L., Oster, D. R., Gudmundsdottir, B. G., DuPaul, G. J., & Anastopoulos, A. D. (2017). Neuropsychological functioning in college students with and without ADHD. *Neuropsychology, 31*, 160-172. <https://doi.org/10.1037/neu0000326>

- Weyandt, L. L., Rice, J. A., Linterman, I., Mitzlaff, L., & Emert, E. (1998). Neuropsychological performance of a sample of adults with ADHD, developmental reading disorder, and controls. *Developmental Neuropsychology*, 14(4), 643-656. <https://doi.org/10.1080/87565649809540734>
- Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D., & Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD Symptoms, Subtypes, and Comorbid Disorders in Clinically Referred Adults With ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 15333. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04785pur>
- Wolf, L. E. (2001). College Students with ADHD and Other Hidden Disabilities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 385-395. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05792.x>
- Zigmond A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70