


ÉTAT DES CONNAISSANCES

Pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales pour les jeunes de moins de 18 ans présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

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

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale



Pratiques non pharmacologiques et
autres que psychosociales pour les
jeunes de moins de 18 ans présentant
un trouble du déficit de
l'attention/hyperactivité (TDAH)

Rédaction

Ginette D'Auray
Anne-Josée Guimond
Stéphanie Roberge
Priscilla Lam Wai Shun

Collaboration


Joëlle Brassard

Coordination scientifique

Marilyn Fortin
Stéphane Gilbert

Direction

Marie-Claude Sirois
Ann Lévesque



Le présent produit de connaissance a été présenté au Comité délibératif permanent mixte de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 16 juillet 2024.

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

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales (par ordre alphabétique)

Ginette D'Auray, M. A.
Anne-Josée Guimond, Ph. D.
Stéphanie Roberge, Ph. D.
Priscilla Lam Wai Shun, Ph. D.

Collaboratrice interne

Joëlle Brassard, M. Sc.

Coordonnatrice et coordonnateur scientifiques

Marilyn Fortin, Ph. D.
Stéphane Gilbert, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps. éd., M. Sc. adm.

Repérage de l'information scientifique

Vicky Tessier, M.S.I., M.A. litt. comp.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Bureau – Méthodologies et éthique

Yannick Auclair, Ph. D.
Hervé Zomahoun, Ph. D.

Soutien administratif

Julie Dionne
Marie-Michelle Mongeau

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Jonathan Aubin, révision linguistique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN 978-2-555-00533-4 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2025

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales pour les jeunes de moins de 18 ans présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). État des connaissances rédigé par Ginette D'Auray, Anne-Josée Guimond, Stéphanie Roberge et Priscilla Lam Wai Shun. Québec, Qc : INESSS; 2024. 47 p.

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

Le rapport fera l'objet d'une révision linguistique durant la période de moratoire.

Comité consultatif

Pour ce rapport les membres du comité consultatif sont :

M^{me} Florianne Bertozzi, orthopédatrice, Centre de services scolaire de la Pointe-de-l'Île, Montréal

D^r Jean-Benoit Bouchard, pédiatre, Clinique de pédiatrie du Saguenay. Chef régional des départements de pédiatrie et de néonatalogie

M^{me} Annie Bouchard, psychoéducatrice, Centre de services scolaire de Rouyn-Noranda

M^{me} Caroline Chantal, gestionnaire, directrice du programme jeunesse, CISSS des Laurentides (à partir du 28 mars 2024)

M^{me} Marie-Ève Giroux, gestionnaire, directrice des programmes jeunesse, des activités de santé publique et des programmes DI-TSA DP, CLSC d'Ahuntsic (jusqu'au 19 mars 2024)

D^{re} Myriam Gosselin, médecin de famille, Unité de médecine familiale de Gaspé

M^{me} Julie Lessard, professeure titulaire, Faculté des sciences de l'éducation – Fondements et pratiques en éducation, Université Laval

D^{re} Véronique Parent, professeure titulaire, Département de psychologie – Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke

M^{me} Cynthia Perron-Savard, nutritionniste, Clinique médicale familiale de Saguenay

D^{re} Catherine Savard-Woods, médecin de famille, groupe de médecine familiale – universitaire de Gatineau (jusqu'au 13 mai 2024)

D^{re} Katia Sirois, neuropsychologue, Clinique Focus, Saint-Augustin-de-Desmaures

M^{me} Fatimata Sy, infirmière, Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Marie-Hélène Turcotte, pharmacienne communautaire, Pharmacie Vy Ky Linh Le & Dave Larouche, Montréal

M. Patrick Vallières, psychologue scolaire, École primaire Notre-Dame-du-Rosaire, Centre de services scolaire de la région de Sherbrooke

M^{me} Claudine Wilson, gestionnaire, directrice du Programme jeunesse, CISSS de Chaudière-Appalaches

Patients, usagers, proches aidants et citoyens

L'INESSS remercie toutes les personnes qui ont donné généreusement de leur temps en participant à une discussion de groupe ou en répondant aux questionnaires en ligne.

Autres contributions

L'INESSS tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information ou conseils clés :

D^{re} Catherine Savard-Woods : médecin de famille, directrice médicale du groupe de médecine familiale – universitaire de Gatineau

Déclaration d'intérêts

Les membres de l'équipe de projet de l'INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts et de rôles. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet.

Les membres du comité consultatif et du comité de suivi ont déclaré les situations mentionnées ci-dessous.

D^r Jean-Benoit Bouchard a déclaré avoir réalisé des entrevues médiatiques sur le TDAH et être signataire avec d'autres pédiatres d'une lettre d'opinions sur le TDAH.

M^{me} Véronique Parent a contribué à un projet de recherche sur une intervention de rééducation cognitive visant les jeunes ayant des atteintes exécutives (incluant le TDAH), pour lequel elle a obtenu un financement.

M^{me} Cynthia Perron-Savard a offert des conférences liées au TDAH, dont certaines rémunérées.

Les autres membres des comités n'ont déclaré aucune situation qui pourrait potentiellement les placer en conflit d'intérêts.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les constats ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES	VII
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	3
1.1 Question d'évaluation	3
1.2 Stratégies de repérage de l'information scientifique	4
1.3 Critères de sélection des études	5
1.4 Processus de sélection des études.....	5
1.5 Extraction des données	6
1.6 Évaluation de la qualité.....	6
1.7 Consultation des parties prenantes.....	7
1.7.1 Consultations individuelles	7
1.7.2 Consultations de groupe	8
1.7.3 Confidentialité et aspects éthiques	8
1.8 Méthodes d'analyse et de synthèse des données	9
1.9 Processus de validation et autres contributions d'expertises	9
1.9.1 Comité consultatif d'experts	9
1.9.2 Panel des usagers et des proches.....	10
1.9.3 Processus de validation	10
2 RÉSULTATS	11
2.1 Efficacité des pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales.....	11
2.1.1 Activité physique	11
2.1.2 Stimulation magnétique transcrânienne.....	17
2.1.3 Régimes alimentaires.....	19
2.1.4 Suppléments alimentaires	23
2.1.5 Approches assistées par les animaux (chevaux)	29
2.2 Résultats des consultations auprès des parties prenantes	32
2.2.1 Consultation auprès des jeunes et des parents.....	32
2.2.2 Consultation auprès des enseignants, des directeurs et des représentants des associations et des organismes de soutien.....	36
2.2.3 Consultation auprès du comité consultatif d'experts.....	38
FORCES ET LIMITES.....	39
PRINCIPAUX CONSTATS	41
CONCLUSION	43
RÉFÉRENCES.....	44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sommaire des sources d'information selon les questions de recherche	3
Tableau 2	Principales caractéristiques des revues systématiques portant sur l'activité physique	12
Tableau 3	Principales caractéristiques de la revue systématique portant sur la stimulation magnétique transcrânienne	17
Tableau 4	Principales caractéristiques de la revue systématique portant sur les régimes alimentaires.....	20
Tableau 5	Principales caractéristiques des revues systématiques portant sur les suppléments alimentaires.....	24
Tableau 6	Principales caractéristiques des revues systématiques portant sur les approches assistées par les chevaux.....	30
Tableau 7	Profil des jeunes et des parents.....	33
Tableau 8	Perceptions des bienfaits et de la pertinence des pratiques non pharmacologiques selon les jeunes et les parents.....	34
Tableau 9	Effets perçus par les parents de certaines pratiques non pharmacologiques	35

RÉSUMÉ

Introduction

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par un mode persistant d'inattention ou d'hyperactivité et d'impulsivité, qui interfère avec le fonctionnement ou le développement de la personne. Le nombre de personnes diagnostiquées avec le TDAH est plus élevé au Québec que dans les autres provinces canadiennes. De plus, depuis les années 2000, la prévalence annuelle du TDAH et le taux de prescription de médicaments spécifiques au TDAH ont constamment augmenté chez les jeunes de 24 ans ou moins.

Il n'existe à ce jour aucun traitement curatif du TDAH; les interventions existantes visent plutôt à réduire l'intensité des symptômes. Les lignes directrices sur le TDAH recommandent pour la plupart une prise en charge multimodale, soit la combinaison d'interventions non pharmacologiques et pharmacologiques. Les interventions non pharmacologiques comprennent des interventions psychosociales et d'autres pratiques non pharmacologiques. Les interventions psychosociales sont des activités, des techniques ou des stratégies qui visent à influencer la réponse au traitement de la personne par une modification de ses facteurs biologiques, comportementaux, cognitifs, affectifs, interpersonnels et environnementaux. Plusieurs interventions psychosociales ont été reconnues comme efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et les difficultés associées chez les enfants et les adolescents dans des travaux produits antérieurement par l'INESSS. Les autres pratiques non pharmacologiques sont, quant à elles, des interventions qui ne correspondent pas à la définition d'interventions psychosociales et qui ne sont pas basées sur des médicaments. Elles pourraient également être prometteuses pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le bien-être global, la santé et le développement des personnes présentant ces symptômes.

Dans les dernières années, un regroupement de pédiatres a lancé une mise en garde contre la croissance élevée des diagnostics et de la prescription de médicaments pour le TDAH chez les enfants québécois. En 2020, la nécessité d'améliorer l'accès aux services et de favoriser les interventions non pharmacologiques et l'approche multimodale a été soulignée dans un rapport de la Commission de la santé et des services sociaux du Québec.

Dans ce contexte, l'INESSS a réalisé des travaux portant sur la prise en charge du TDAH chez les jeunes. Un avis d'évaluation portant sur l'efficacité des interventions psychosociales et un outil clinique sur la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH ont été publiés en 2024. En complément à ces travaux, le présent rapport visait à documenter l'efficacité et l'innocuité d'autres pratiques non pharmacologiques, de même que la perspective des parties prenantes quant à leur effet, à leur pertinence, à leur acceptabilité et à leur applicabilité pour répondre aux besoins des jeunes de moins de 18 ans ayant un diagnostic de TDAH. Ci-après, les termes « pratiques non pharmacologiques » sont employés en référence aux pratiques ou aux interventions qui ne sont pas basées sur des médicaments et qui ne correspondent pas à la définition d'interventions psychosociales.

Méthodologie et principaux constats

Une recension des écrits basée sur une méthode de revue rapide a été employée pour répondre aux questions d'évaluation qui ont trait à l'efficacité et à l'innocuité des pratiques non pharmacologiques. Les données ont été soumises à une appréciation de la qualité de la preuve scientifique. Des données contextuelles et expérientielles portant sur l'effet, la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des pratiques non pharmacologiques pour répondre aux besoins des jeunes ont été recueillies auprès de jeunes ou de parents de jeunes présentant des symptômes, qui ont reçu un diagnostic de TDAH ou éprouvaient des difficultés apparentées, d'enseignants et de directeurs d'école, et de représentants d'associations et d'organismes de soutien pour les personnes qui présentent un TDAH.

Les travaux ont été accompagnés par un comité consultatif constitué de cliniciens et de professionnels de la santé et des services sociaux, de chercheurs universitaires et de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Dans un souci de mobilisation et d'intégration des connaissances, les données scientifiques, contextuelles et expérientielles ont été intégrées en employant une approche multidimensionnelle.

L'intégration des données a permis de dégager les constats suivants :

Constats portant sur les effets des pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales sur les symptômes du TDAH, le fonctionnement et la qualité de vie

Les données de la littérature scientifique et grise suggèrent que **l'activité physique pourrait être une intervention prometteuse** pour réduire les symptômes du TDAH chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents ayant des symptômes ou un diagnostic de TDAH.

- De plus, les jeunes, les parents, les enseignants et les directeurs d'école ainsi que les représentants d'associations considèrent que la pratique d'**activité physique** est particulièrement aidante pour diminuer les symptômes du TDAH ou les difficultés apparentées chez les jeunes.

Les données de la littérature scientifique et grise repérées **sont limitées ou ne démontrent pas avec un niveau de confiance suffisamment élevé l'efficacité** des pratiques non pharmacologiques suivantes pour réduire les symptômes du TDAH ou améliorer le fonctionnement et la qualité de vie des jeunes :

- La stimulation magnétique transcrânienne;
- Les approches assistées par les chevaux;
- Les diètes d'élimination, l'élimination des colorants artificiels et l'élimination du sucrose et de l'aspartame;
- Les suppléments d'acides gras polyinsaturés (oméga-3 et oméga-6);
- Les suppléments de zinc et de fer.

Constats généraux portant sur l'ensemble des pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales

Globalement, les parties prenantes consultées considèrent que certaines pratiques non pharmacologiques sont utiles et aidantes pour diminuer les symptômes du TDAH ou les difficultés apparentées chez les jeunes. Les principaux effets perçus par les répondants sont notamment l'apaisement, l'amélioration de la concentration et la diminution de l'anxiété. Les parents consultés ont également mentionné dans le cadre de ce rapport être d'avis que les pratiques non pharmacologiques comportent peu de risques et qu'elles ne sont pas nuisibles à la santé ou au bien-être.

Certains experts du comité consultatif ont parallèlement souligné que bien que la capacité des régimes et des suppléments alimentaires à réduire les symptômes du TDAH ne soit pas clairement appuyée par les données de la littérature scientifique et grise, il pourrait être bénéfique d'intégrer à la prise en charge des jeunes une évaluation de l'état nutritionnel puisque des carences alimentaires pourraient exacerber les symptômes du TDAH et qu'une intervention nutritionnelle pourrait y remédier et améliorer l'efficacité des autres interventions visant spécifiquement les symptômes du TDAH.

SUMMARY

Non-pharmacological interventions, other than psychosocial ones, for youth aged under 18 with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

Introduction

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder characterized by a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity, that interferes with functioning or development. The number of individuals diagnosed with ADHD is higher in Quebec compared to other Canadian provinces. Moreover, since the early 2000s, the annual prevalence of ADHD, as well as the prescription rate of ADHD-specific medication, have consistently increased among youth aged 24 and under.

Currently, there is no curative treatment for ADHD; rather, existing interventions aim to reduce symptom intensity. Most ADHD guidelines recommend multimodal care management, that is, a combination of non-pharmacological and pharmacological interventions. Non-pharmacological interventions include psychosocial interventions as well as other non-pharmacological interventions. Psychosocial interventions are activities, techniques, or strategies that aim to influence a person's response to treatment by modifying their biological, behavioural, cognitive, affective, interpersonal or environmental factors. Several psychosocial interventions were found to be effective in reducing ADHD symptoms and associated difficulties in youth in reports previously published by INESSS. Other non-pharmacological interventions include interventions that do not fit the definition of psychosocial interventions and that are not medication-based. They may also hold promise for reducing ADHD symptoms and improving the overall well-being, health, and development of individuals with these symptoms.

In the last few years, a group of pediatricians issued a warning regarding the increase in diagnoses and prescription of ADHD-specific medication among Quebec children. In 2020, the need to improve access to services and to promote non-pharmacological interventions as well as the multimodal treatment approach was highlighted in a report from the Commission de la santé et des services sociaux du Québec.

In that context, INESSS produced work on ADHD care management in youth. A notice that assessed the efficacy of psychosocial interventions and a care management tool to help care for youth under 18 with ADHD were published in 2024. Complementary to this work, the current report aimed at documenting the efficacy and safety of non-pharmacological interventions, as well as stakeholder perspectives on the effect, relevance, acceptability, and applicability of these interventions in meeting the needs of youth under 18 diagnosed with ADHD. Hereinafter, the term "non-pharmacological interventions" is used to refer to approaches or interventions that are not drug-based and do not fit the definition of psychosocial interventions.

Methods and main findings

A literature review based on a rapid review method was used to address the evaluation questions relating to efficacy and safety of non-pharmacological interventions. The quality of the scientific evidence was rated. Contextual and experiential data on the effect, relevance, acceptability, and applicability of non-pharmacological interventions to meet young people's needs were collected among youth and parents of youth with ADHD symptoms or diagnosis or related problems, principals and schoolteachers, as well as representatives of associations and support organizations for individuals with ADHD.

The current work was supported by an expert advisory committee that included clinicians and health and social services professionals, academic researchers, and administrators in the réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). To mobilize and integrate knowledge, scientific, contextual and experiential data were integrated using a multidimensional approach.

The integration of data led to the following findings:

Findings on effects of non-pharmacological interventions, other than psychosocial ones, on ADHD symptoms, functioning, and quality of life

Scientific and grey literature data suggest that physical activity may be a promising intervention to reduce ADHD symptoms in school-aged children and adolescents with symptoms or a diagnosis of ADHD.

- Moreover, youth, parents, schoolteachers and principals, as well as representatives of associations and support organizations, consider that practicing physical activity is particularly helpful in reducing ADHD symptoms or related difficulties in youth.

Identified scientific and grey literature data are limited or do not demonstrate with a sufficiently high level of confidence the effectiveness of the following non-pharmacological interventions in reducing ADHD symptoms or improving functioning and quality of life in youth:

- Transcranial magnetic stimulation;
- Elimination diets, elimination of artificial food colourings, and elimination of sucrose or aspartame;
- Polyunsaturated fatty acids supplementation (Omega-3 and Omega-6);
- Zinc and iron supplementation;
- Equine-assisted approaches.

Global findings related to all non-pharmacological interventions, other than psychosocial ones

Overall, consulted stakeholders consider that certain non-pharmacological interventions are useful and helpful in reducing ADHD symptoms or related difficulties in youth. The main effects perceived by the respondents include calming, improved concentration, and reduced anxiety. Consulted parents also mentioned that they believe non-pharmacological interventions carry few risks and are not harmful to health or well-being.

Some experts on the advisory committee also pointed out that although the ability of diets and dietary supplements to reduce ADHD symptoms is not clearly supported by data from the scientific and grey literature, it could be beneficial to include a nutritional status assessment into the care management of youth since dietary deficiencies could exacerbate ADHD symptoms and a nutritional intervention could address them and improve the effectiveness of other interventions specifically targeting ADHD symptoms.

SIGLES ET ACRONYMES

AADPA	Australian ADHD Professionals Association
AAFP	American Academy of Family Physicians
AAP	American Academy of Pediatrics
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
APA	American Psychiatric Association
CADDRA	Canadian ADHD Resource Alliance
CDP	Comité délibératif permanent
DEP	Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé
DESA	Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale
DMS	Différence moyenne standardisée
DSM 5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ^e édition
ECR	Essai contrôlé randomisé
ETMISSS	Évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé et services sociaux
ETS	Évaluation des technologies de la santé
GPC	Guide de pratique clinique
HAS	Haute Autorité de Santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health Care and Excellence
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PICO	Population, interventions d'intérêt, comparateur, objectif escompté par les interventions ciblées (<i>outcome</i>)
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SDBP	Society for Developmental and Behavioral Pediatrics
TDAH	Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

INTRODUCTION

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par un mode persistant d'inattention ou d'hyperactivité et d'impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement de la personne [APA, 2022; CADDRA, 2020]. Au Canada, il touche de 3 % à 9 % des enfants et des adolescents et de 3 % à 7 % des adultes [Espinet *et al.*, 2022]. Des prévalences semblables sont observées internationalement, soit de 5 % à 10 % [Danielson *et al.*, 2024; Salari *et al.*, 2023; Thomas *et al.*, 2015]. La prévalence du TDAH est toutefois plus élevée au Québec que dans les autres provinces canadiennes [Vasiliadis *et al.*, 2017] et le taux de prescription de médicaments spécifiques au TDAH ne cesse d'augmenter, malgré l'utilisation des mêmes critères diagnostiques qu'ailleurs au Canada [INSPQ, 2019; INESSS, 2017a; 2017b]¹.

Prise en charge non pharmacologique des personnes présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

À ce jour, il n'existe aucun traitement curatif pour le TDAH. Les lignes directrices recommandent pour la plupart une prise en charge multimodale du TDAH, soit la combinaison d'interventions non pharmacologiques et pharmacologiques^{2,3} [CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; NICE, 2018].

Les interventions non pharmacologiques en particulier comprennent des interventions psychosociales⁴ et d'autres pratiques non pharmacologiques. Plusieurs interventions psychosociales ont été reconnues comme efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et les difficultés associées chez les enfants et les adolescents dans deux avis et un état des connaissances produits par l'INESSS [CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; NICE, 2018].

¹ Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Data and Statistics About ADHD-Treatment for ADHD [site Web]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html> (Consulté le 30 mai 2023).

² Au Canada, les médicaments recommandés pour le TDAH incluent les psychostimulants (méthylphénidate et dérivés d'amphétamines), l'atomoxétine et la guanfacine à libération prolongée [CADDRA, 2020; INESSS, 2017b].

³ Malgré la recommandation d'offrir une prise en charge multimodale, les interventions pharmacologiques constituent souvent le seul traitement proposé et accessible pour les enfants et les adolescents présentant un TDAH [INESSS, 2019].

⁴ Les interventions psychosociales sont des activités, des techniques ou des stratégies qui visent à influencer la réponse au traitement de la personne par une modification de ses facteurs biologiques, comportementaux, cognitifs, affectifs, interpersonnels et environnementaux. Elles peuvent inclure des éléments génériques retrouvés dans toutes les interventions ou des éléments associés uniquement à une orientation ou à une approche théorique particulière. Les changements ciblés touchent les symptômes liés à la santé physique ou mentale de la personne, à son fonctionnement et à son bien-être [IOM, 2015].

Parallèlement, dans les dernières années, un nombre croissant d'études suggère que d'autres types de pratiques non pharmacologiques pourraient être prometteuses⁵ pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le bien-être global, la santé et le développement des personnes présentant ces symptômes [Faraone *et al.*, 2021; Shrestha *et al.*, 2020; Chimiklis *et al.*, 2018]. L'activité physique [Montalva-Valenzuela *et al.*, 2022; Sun *et al.*, 2022], les approches assistées par l'animal, l'utilisation de jeux vidéo [Lakes *et al.*, 2022] et l'exposition à des « espaces verts » [Tran *et al.*, 2022; Searight *et al.*, 2012] en sont des exemples. Certains auteurs soulignent que ces pratiques devraient être adaptées en fonction d'objectifs cliniques et tenir compte de l'âge et du développement du jeune, tout en étant accessibles et applicables pour ce dernier et sa famille [Faraone *et al.*, 2021].

Contexte de l'amorce des travaux

En 2019, un regroupement de pédiatres a lancé une mise en garde contre la croissance élevée des diagnostics et de la prescription de médicaments pour le TDAH chez les enfants québécois^{6,7}. En 2020, la nécessité d'améliorer l'accès aux services et, notamment, de favoriser les interventions non pharmacologiques et l'approche multimodale a été soulignée dans un rapport de la Commission de la santé et des services sociaux du Québec.

Dans ce contexte, l'INESSS a réalisé des travaux portant sur la prise en charge du TDAH chez les jeunes. En complément aux travaux publiés en 2024⁸, le présent rapport visait à documenter l'efficacité et l'innocuité des pratiques non pharmacologiques⁹, de même que la perspective des parties prenantes quant à leur effet, à leur pertinence, à leur acceptabilité et à leur applicabilité pour répondre aux besoins des jeunes de moins de 18 ans ayant un diagnostic de TDAH.

⁵ Une pratique prometteuse est une intervention, une méthode ou une technique dont les preuves sont suffisantes pour affirmer qu'elle a efficacement atteint un but ou des objectifs particuliers à ceux attendus par l'intervention, mais dont les preuves sont insuffisantes pour tirer des conclusions généralisables [Canadian Homelessness Research Network, 2013]. Une pratique prometteuse a le potentiel de devenir une pratique exemplaire [Fazal *et al.*, 2017].

⁶ La Presse, *TDAH : des pédiatres dénoncent la surmédication des enfants* [site Web]. Disponible à : <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201901/31/01-5213070-tdah-des-pediatres-denoncent-la-surmedication-des-enfants.php> (Consulté le 8 mai 2023).

⁷ Radio-Canada, *Des médecins dénoncent l'abus de médicaments pour traiter le TDAH* [site Web]. Disponible à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1150178/pediatrie-enfant-trouble-deficit-attention-hyperactivite-traitement-medicament-quebec-canada> (Consulté le 8 mai 2023).

⁸ Un avis d'évaluation portant sur l'efficacité des interventions psychosociales et un outil clinique sur la prise en charge des jeunes présentant un TDAH ont été publiés en 2024 [INESSS, 2024b].

⁹ Ci-après, les termes « pratiques non pharmacologiques » sont employés en référence aux pratiques ou aux interventions qui ne sont pas basées sur des médicaments et qui ne correspondent pas à la définition d'interventions psychosociales.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 Question d'évaluation

Les questions clés d'évaluation ont été formulées en tenant compte des éléments du modèle PICOTS : la population à l'étude (P), l'intervention ou mode d'intervention (I), les comparateurs (C), les résultats d'intérêt (*outcomes*) (O), la temporalité (T) et le milieu de soins ou de services (S).

Deux questions d'évaluation ont été formulées (le [tableau 1](#) présente les sources d'information qui ont servi à y répondre) :

1. Quelles sont les pratiques non pharmacologiques, et leur innocuité, qui pourraient être bénéfiques pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans ayant un diagnostic de TDAH?
2. Quels sont les perceptions et les savoirs expérientiels et contextuels des parties prenantes (parents, prestataires de soins et de services, acteurs du milieu scolaire et communautaire) quant à l'effet, à la pertinence, à l'acceptabilité et à l'applicabilité des pratiques non pharmacologiques pour répondre aux besoins des jeunes de moins de 18 ans ayant un diagnostic de TDAH?

La méthode de la revue rapide a été retenue afin de répondre à ces questions d'évaluation. La méthode employée respecte les normes de production des revues rapides de l'INESSS [INESSS, 2023]¹⁰.

Tableau 1 Sommaire des sources d'information selon les questions de recherche

Questions d'évaluation	Sources d'information		
	Littérature scientifique	Littérature grise	Autres types d'informations
1. Quelles sont les pratiques non pharmacologiques, et leur innocuité, qui pourraient être bénéfiques pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans ayant un diagnostic de TDAH?	X	X	X
2. Quels sont les perceptions et les savoirs expérientiels et contextuels des parties prenantes (parents, prestataires de soins et de services, acteurs du milieu scolaire et communautaire) quant à l'effet, à la pertinence, à l'acceptabilité et à l'applicabilité des pratiques non pharmacologiques pour répondre aux besoins des jeunes de moins de 18 ans ayant un diagnostic de TDAH?	X		X

¹⁰ Une revue rapide suit principalement la même méthodologie qu'une revue systématique. Cependant, tout en conservant une démarche rigoureuse, certaines étapes ont été simplifiées [Haby *et al.*, 2016]. Comme décrit dans les sections [1.3](#), [1.4](#) et [1.5](#), la sélection des documents, l'évaluation de leur qualité méthodologique et l'extraction de leurs données n'ont pas été entièrement réalisées par deux évaluateurs indépendants.

1.2 Stratégies de repérage de l'information scientifique

Le repérage de la littérature a été mené par une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe de projet. Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database) et PsycInfo ont été interrogées en septembre 2024 en tenant compte des concepts suivants : TDAH, jeunes de moins de 18 ans, pratiques non pharmacologiques (activité physique, stimulation magnétique transcrânienne, régimes alimentaires, suppléments d'acides gras polyinsaturés oméga-3 ou oméga-6, suppléments de fer ou de zinc, ou approches assistées par les animaux) et efficacité ou innocuité. La stratégie ciblait soit les revues systématiques, les méta-analyses ou les métarevues (c'est-à-dire les revues des revues de la littérature ou des méta-analyses), soit les études randomisées contrôlées publiées en français ou en anglais de 2014 à 2024^{11,12} (voir l'annexe A du document *Annexes complémentaires* – tableau A-1). Les types de publications suivants ont été exclus : études de cas, commentaires, éditoriaux, lettres, résumés de congrès, réponses, corrections. Les références bibliographiques des publications retenues ont été vérifiées par les membres de l'équipe de projet afin de répertorier d'autres documents potentiellement pertinents.

D'autres sources spécialisées, dont des sources de littérature grise, ont été consultées. Une recherche manuelle de l'information a été effectuée par un membre de l'équipe au moyen du moteur de recherche Google et sur les sites des organisations pertinentes dans le domaine, de sociétés savantes, d'autorités de santé dans des juridictions comparables, d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISS) et d'associations ou d'ordres de professionnels de pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dont les pratiques cliniques et le réseau de la santé s'apparentent à ceux du Québec. Voir l'annexe A du document *Annexes complémentaires* – tableaux A-3 et A-4 pour la liste complète des agences ou des organismes consultés pour la recension de la littérature grise¹³.

¹¹ Le repérage de la littérature scientifique portant sur les perceptions des parties prenantes et de la littérature grise a été réalisé dans le cadre d'un projet plus large qui a également donné lieu à un avis portant sur les interventions psychosociales. La stratégie de repérage incluait donc des termes relatifs aux interventions psychosociales et a respecté la période de référence déterminée pour le projet portant sur les interventions psychosociales, soit 2018 à 2023 (voir l'annexe A du document *Annexes complémentaires* – tableau A-2). Cependant, seuls les résultats portant sur les pratiques non pharmacologiques sont présentés dans le présent rapport. Pour consulter les résultats portant sur les interventions psychosociales, voir l'avis publié par l'INESSS en 2024 [INESSS, 2024b].

¹² Le repérage a été limité aux 10 dernières années afin de cibler des études susceptibles d'être plus représentatives de la période actuelle.

¹³ En septembre 2024, une mise à jour du repérage de la littérature grise a été réalisée. Un rapport d'évaluation des technologies de la santé (ETS) a été ajouté à la sélection.

1.3 Critères de sélection des études

Des critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis en fonction de chaque question d'évaluation ont été utilisés pour sélectionner les articles scientifiques et les documents de littérature grise.

Pour la sélection des articles (voir les tableaux B-1 et B-2 de l'annexe B du document *Annexes complémentaires*), seules les études scientifiques rapportant des données relatives à l'efficacité ou à l'innocuité de pratiques non pharmacologiques pour réduire les symptômes du TDAH ou améliorer le fonctionnement des jeunes, ou à la perception de parties prenantes quant à l'effet, à la pertinence, à l'acceptabilité ou à l'applicabilité des pratiques non pharmacologiques pour répondre aux besoins des jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH, ont été retenues. Pour la question 1, étant donné le nombre élevé de catégories de pratiques non pharmacologiques évaluées dans la littérature recensée, la sélection des types de documents retenus s'est basée sur l'algorithme d'aide à la décision méthodologique visant un choix rapide et judicieux des meilleures données probantes de l'INESSS [INESSS, 2023]. Les revues systématiques récentes, de qualité méthodologique modérée ou élevée, ciblant les résultats d'intérêt du présent rapport, ont été retenues.

Les documents issus de la littérature grise devaient porter sur les pratiques non pharmacologiques utilisées chez les jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH et elles devaient viser à réduire les symptômes du TDAH ou à améliorer le fonctionnement des jeunes. Les documents d'intérêt devaient inclure des recommandations découlant d'un consensus d'experts, d'une position ou d'une méthodologie systématisée, tels que des guides de pratique, des évaluations des technologies et des modes d'intervention ou des lignes directrices élaborées par des personnes reconnues dans leur domaine ou provenant d'organisations savantes.

Les aspects suivants ont été exclus du présent projet :

- La population adulte de plus de 18 ans;
- Les aspects légaux ou juridiques en lien avec les pratiques;
- L'analyse de l'impact budgétaire et de l'efficacité économique des pratiques;
- Les interventions se déroulant en milieu hospitalier ou psychiatrique;
- Les modalités telles que la durée, la fréquence, le lieu et le type de professionnel de la santé offrant l'intervention.

1.4 Processus de sélection des études

La sélection de la littérature scientifique et de la littérature grise a été effectuée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques. Une première sélection a été faite à partir des titres et des résumés des documents et une seconde, à la lecture complète des documents. La sélection finale a été réalisée par une professionnelle et validée par une seconde sur un échantillon aléatoire de 30 %. Les

divergences d'opinions ont été résolues par consensus ou à l'aide d'un troisième évaluateur. Les raisons d'exclusion lors de la deuxième sélection ont été notées et l'ensemble du processus de sélection a été consigné sous forme de diagramme de flux en accord avec les recommandations du Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) [Page *et al.*, 2021].

Les diagrammes de flux pour chacune des questions d'évaluation sont disponibles à l'annexe C du document *Annexes complémentaires*.

Gestion des références

La gestion des références a été faite à l'aide du logiciel EndNote 21. Les études ont été classées par groupes identifiés selon les questions clés ou les résultats d'intérêt (*outcomes*).

1.5 Extraction des données

L'extraction des données des études, des guides ou des autres documents retenus pour répondre aux questions d'évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'extraction propre au projet (pour les données issues de la littérature scientifique et grise) ou du logiciel NVivo (pour les données issues des consultations). Pour chaque document retenu, diverses informations incluant le titre, le premier auteur, l'année, le pays, le type de document (guide, étude, etc.) et les principaux résultats pertinents au projet, comme les caractéristiques des interventions et des participants, ont été colligées.

L'extraction a été faite par une professionnelle scientifique et validée par une seconde sur un échantillon aléatoire d'environ 30 %.

Les désaccords ont été résolus par consensus ou à l'aide d'un troisième évaluateur. Les données compilées sont conservées sur le répertoire commun du serveur de l'INESSS et sont disponibles sur demande.

1.6 Évaluation de la qualité

L'évaluation de la qualité méthodologique des études ou des documents retenus a été réalisée par une professionnelle scientifique et validée par une seconde professionnelle sur un échantillon aléatoire d'environ 30 %, en utilisant les outils validés suivants :

- Études primaires, devis qualitatifs – la liste de vérification CASP (Critical Appraisal Skills Programme Qualitative Studies Checklist) [CASP, 2018];
- Revues systématiques – l'outil ROBIS [Whiting *et al.*, 2018];
- Littérature grise – échelle d'évaluation AGREE II (mis pour Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Global Rating Scale) [Brouwers *et al.*, 2010].

Toute discordance dans l'évaluation de la qualité a été résolue par consensus ou à l'aide d'un troisième évaluateur. Voir l'annexe D pour les résultats sommaires de l'évaluation de la qualité des études de la littérature scientifique et des documents de la littérature grise retenus.

1.7 Consultation des parties prenantes

Des consultations individuelles (questionnaires en ligne) et de groupe (deux groupes de discussion et un comité consultatif d'experts¹⁴) ont été réalisées afin de recueillir de l'information contextuelle et expérientielle complémentaire et essentielle à la compréhension de la problématique dans son ensemble¹⁵.

1.7.1 Consultations individuelles

Des jeunes âgés de 14 à 25 ans¹⁶ présentant des symptômes ou un diagnostic de TDAH ou des difficultés apparentées ainsi que des parents de jeunes de moins de 25 ans présentant un TDAH ou des difficultés apparentées ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne pour recueillir leurs perceptions sur la prise en charge du TDAH et sur les pratiques non pharmacologiques utilisées en contexte clinique et scolaire pour répondre à leurs besoins.

Les jeunes et les parents ont été recrutés par l'entremise de publications faites sur le site Web de l'INESSS et sur les médias sociaux.

Le questionnaire des jeunes et celui des parents^{17,18} comprenaient respectivement 35 et 43 questions, déterminées en fonction des objectifs de la consultation en ligne et des éléments relatifs à la question d'évaluation 2 (c.-à.-d., les effets, la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des interventions). Les questions étaient nominales, catégorielles, ouvertes ou à choix de réponse. Les commentaires et réponses aux questions ouvertes sont présentés dans l'avis [INESSS, 2024b], sous forme qualitative.

¹⁴ Le mandat du comité consultatif était de soutenir l'équipe de projet, notamment pour l'évaluation et l'interprétation de la littérature recensée, mais également pour fournir de l'information contextuelle et expérientielle liée à la prise en charge du TDAH au Québec. Une méthodologie qualitative a été appliquée lorsque pertinent pour recueillir et analyser les données lors des rencontres de comité [Paillé et Mucchielli, 2012]. Voir la [section 1.9.1](#) pour une description détaillée du rôle du comité consultatif.

¹⁵ Les consultations individuelles et de groupe ont abordé conjointement les thèmes des interventions psychosociales et d'autres pratiques non pharmacologiques pour diminuer les symptômes du TDAH chez les jeunes. Cependant, seuls les résultats sur les pratiques non pharmacologiques sont présentés dans le présent rapport. Davantage de détails concernant les consultations, de même que les propos abordant les interventions psychosociales, sont présentés séparément dans un avis [INESSS, 2024b]. Certains résultats des consultations, principalement en lien avec la prise en charge, ont également été présentés dans l'outil d'aide à la prise en charge [INESSS, 2024a].

¹⁶ Bien que la population d'intérêt pour les présents travaux incluait les jeunes de moins de 18 ans, des jeunes âgés de 18 à 25 ans, ainsi que leurs parents, ont été consultés afin d'obtenir leur perspective sur les services et les interventions reçus dans le passé.

¹⁷ Un prétest pour chacun des questionnaires a été réalisé auprès d'un jeune présentant un TDAH et d'un parent.

¹⁸ Les questionnaires ont été présentés dans le document *Annexe complémentaires* de l'avis publié par l'INESSS en 2024 [INESSS, 2024b].

Avant de remplir le questionnaire en ligne, les jeunes et les parents ont préalablement consenti à participer au présent avis et à transmettre à l'INESSS des données anonymes issues de leurs réponses au questionnaire.

1.7.2 Consultations de groupe

Deux groupes de discussion, l'un auprès d'enseignants et de directeurs de niveau primaire et l'autre auprès de représentants d'associations et d'organismes de soutien pour les personnes présentant un TDAH, ont aussi été réalisés pour recueillir de l'information sur le contexte de leur pratique, les besoins et la réalité des jeunes et des parents qu'ils accompagnent et leurs perceptions des pratiques non pharmacologiques offertes en contextes clinique et scolaire pour accompagner les jeunes et leur famille.

Les enseignants et les directeurs ont été recrutés par l'entremise de publications faites sur le site Web de l'INESSS et sur les médias sociaux. Les représentants des associations et des organismes de soutien ont, pour leur part, été sollicités par courriel.

Des guides d'entretien¹⁹ approuvés par l'équipe de projet ont aussi été élaborés en fonction des objectifs de chacune des consultations de groupe et des éléments relatifs à la question d'évaluation 2 (c.-à.-d., les effets, la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des pratiques). Les discussions ont été alimentées par les données compilées par l'équipe en provenance des diverses sources (littérature, consultations, etc.). Les discussions de groupe, d'une durée moyenne de deux heures, ont été enregistrées (avec l'accord des participants) pour capter l'ensemble des propos et faciliter la transcription des discussions.

Un comité consultatif d'experts a également été mis sur pied pour accompagner l'équipe de projet et participer à la consultation (voir la [section 1.9.1](#)).

1.7.3 Confidentialité et aspects éthiques

Toute information de nature personnelle ou médicale recueillie auprès des répondants a été anonymisée pour protéger leur identité. Diverses modalités ont été mises en œuvre pour favoriser un consentement libre et éclairé, assurer la confidentialité et éviter tout conflit d'intérêts potentiel, notamment en signant un document d'entente de participation et un formulaire de déclaration de conflits d'intérêts et de rôles.

¹⁹ Les guides d'entretien ont été présentés dans le document *Annexe complémentaires* de l'avis publié par l'INESSS en 2024 [INESSS, 2024b].

1.8 Méthodes d'analyse et de synthèse des données

Les données quantitatives permettant de répondre à la question 1 ont été analysées et présentées selon les différents résultats d'intérêt identifiés. Les résultats ont été résumés sous la forme d'une synthèse narrative analytique et présentés à l'aide de tableaux. Les données qualitatives (relatives principalement aux perceptions – question 2) et de la littérature grise ont été synthétisées sous la forme d'une synthèse narrative et présentées également à l'aide de tableaux.

Les données issues des consultations ont été analysées à partir d'une analyse thématique de contenu et d'une approche inductive [Paillé et Mucchielli, 2012; Thomas, 2006]²⁰ dans le logiciel NVivo 12. Les données sont présentées par thèmes sous forme de synthèse narrative²¹.

La synthèse et l'interprétation des données quantitatives et qualitatives ont été guidées de façon transversale par le cadre multidimensionnel d'appréciation de la valeur de l'INESSS [INESSS, 2021].

1.9 Processus de validation et autres contributions d'expertises

Deux comités ont accompagné l'équipe de projet : un comité consultatif d'experts et un panel des usagers et des proches. Les pages liminaires du présent document font état de la composition des différents groupes de travail.

1.9.1 Comité consultatif d'experts

Un comité consultatif composé de cliniciens et de professionnels de la santé et des services sociaux (médecin de famille, pédiatre, neuropsychologue, psychologue scolaire, orthopédagogue, psychoéducatrice, nutritionniste, pharmacienne, infirmière), de chercheurs universitaires et de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)²² a été formé pour accompagner l'équipe de projet à différentes étapes de la production scientifique et participer à la consultation. Les membres du comité ont été invités à partager leurs savoirs scientifiques, contextuels et expérientiels avec l'équipe de projet. Spécifiquement, ils ont été appelés à : 1) fournir des informations sur la population cible, les milieux d'intervention concernés, l'évaluation et la prise en charge du TDAH, les enjeux de la pratique; 2) donner une rétroaction à l'égard des résultats aux différentes étapes du projet, y compris les résultats préliminaires de la synthèse des données scientifiques et de la littérature grise; 3) donner une rétroaction sur les données

²⁰ Une approche inductive se définit par un ensemble de procédures systématiques pour analyser les données qualitatives et produire des résultats fiables et valides, en utilisant notamment la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuient sur ces données [Thomas, 2006].

²¹ L'analyse thématique (cotation des données, élaboration de thèmes) a été réalisée par une professionnelle scientifique et validée par un autre membre de l'équipe de projet.

²² « Les services et soins qui assurent le parcours sont nombreux et ont chacun une mission à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Ces divers organismes ou établissements visent à fournir des services de qualité à la population de leur territoire. »

recueillies lors des consultations auprès des autres parties prenantes; 4) contribuer à l'analyse de la pertinence et à l'applicabilité des constats formulés. Les principaux constats découlant de chaque rencontre du comité ont été compilés et analysés par l'équipe de projet. Les propos des membres du comité ont été pris en considération tout au long du projet et ont été intégrés dans le présent rapport. Certains experts *ad hoc* ont aussi été consultés selon les besoins du projet et leur expertise.

1.9.2 Panel des usagers et des proches

Le panel des usagers et des proches est une instance permanente propre à la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale (DESA). Ses membres ont des expériences en tant qu'usagers ou proches aidants dans les programmes-services liés à la DESA. Leur mandat consiste à partager leurs connaissances des services sociaux et de santé mentale ainsi que leur vécu expérientiel au sein de ceux-ci.

Plus spécifiquement, les membres du panel ont eu l'occasion, en octobre 2023, d'alimenter les réflexions de l'équipe de projet sur les façons d'intégrer la perspective des usagers et des proches. Ils ont également soulevé des préoccupations et des enjeux d'acceptabilité et d'applicabilité liés à la prise en charge des jeunes présentant un TDAH. Leurs suggestions ont été prises en considération, en complément aux données issues des autres consultations.

1.9.3 Processus de validation

La validation scientifique a été assurée par l'équipe de projet à chaque étape de l'élaboration de l'état des connaissances. Les différents guides méthodologiques de l'INESSS ont été consultés pour assurer sa qualité scientifique. Le Bureau – Méthodologies et éthique (BME) de l'INESSS a également été invité à réviser le produit de connaissances pour en attester la rigueur méthodologique.

2 RÉSULTATS

2.1 Efficacité des pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales

Des revues systématiques de la littérature ont été répertoriées pour évaluer l'efficacité des pratiques non pharmacologiques suivantes pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement ainsi que la qualité de vie chez les jeunes de moins de 18 ans : l'activité physique, la stimulation magnétique transcrânienne, les régimes alimentaires particuliers, les suppléments alimentaires (acides gras polyinsaturés et suppléments de fer et de zinc) et les approches assistées par les animaux. Lorsque disponibles, les résultats portant sur l'innocuité et les résultats issus de la littérature scientifique portant sur les perceptions des parties prenantes quant à ces interventions sont également présentés.

Dix documents issus de la littérature grise ont également été répertoriés : sept guides de pratique clinique et trois rapports d'évaluation des technologies de la santé (ETS).

Les tableaux synthèses des résultats, des constats de la littérature scientifique sur l'efficacité des pratiques et sur les perceptions des parties prenantes, ainsi que de la littérature grise, sont présentés aux annexes E à G du document *Annexes complémentaires*. Les résultats détaillés des études sont disponibles sur demande.

2.1.1 Activité physique

2.1.1.1 Littérature scientifique

Six revues systématiques avec ou sans méta-analyse (dont trois ayant un risque de biais faible et trois ayant un risque de biais non clair) ont évalué l'efficacité de la pratique d'activité physique sur les symptômes du TDAH, le fonctionnement social ou la qualité de vie chez des enfants d'âge scolaire et des adolescents ayant un diagnostic de TDAH ([Sun *et al.*, 2024; 2023; Jensen et Vamosi, 2023; Li *et al.*, 2023; Seiffer *et al.*, 2022; Sun *et al.*, 2022]; voir le [tableau 2](#) pour les caractéristiques des revues systématiques incluses et le tableau F-1 de l'annexe F du document *Annexes complémentaires* pour une synthèse des résultats et des constats). Dans les revues systématiques répertoriées, l'information disponible suggérait une hétérogénéité élevée dans l'intervention (p. ex., type d'activité physique pratiquée et modalités telles que la fréquence et le nombre de séances). De plus, dans plusieurs des revues systématiques, aucun détail n'était donné sur le contexte d'administration des pratiques, ce qui limite la capacité à contextualiser les résultats observés.

Tableau 2 Principales caractéristiques des revues systématiques portant sur l'activité physique

Source	Qualité méthodologique*	Nombre [†] , devis et qualité méthodologique des études primaires incluses	Population (N)	Intervention	Comparateurs
Huang <i>et al.</i> , [2023]	Risque de biais faible	11 essais contrôlés randomisés (ECR) (2 ayant un risque de biais faible, 6 ayant un risque de biais modéré, et 3 ayant un risque de biais non évalué)	Enfants d'âge scolaire et adolescents ayant un diagnostic de TDAH (N = 514)	Diverses activités physiques (p. ex., course, natation, vélo) pratiquées pour au moins six semaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités sédentaires ▪ Pharmacothérapie ▪ Éducation ▪ Aucune intervention
Jensen [2023]	Risque de biais non clair	1 ECR [†] (qualité méthodologique non précisée)	Enfants et adolescents âgés de 6 à 14 ans ayant un diagnostic de TDAH (N = 30)	Entraînement sur tapis roulant combiné à un entraînement utilisant des vibrations globales du corps [§]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entraînement sur tapis roulant seul
Li [2023]	Risque de biais non clair	10 ECR (dans l'ensemble, risque de biais considéré comme non sérieux)	Enfants d'âge scolaire présentant un TDAH (N = 474)	Interventions comprenant une composante de sport ou d'activité physique (p. ex., natation, jeux physiquement actifs)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités sédentaires ▪ Pharmacothérapie ▪ Éducation ▪ Neurofeedback ▪ Jeu coopératif ▪ Comparateur non spécifié
Seiffer <i>et al.</i> [2022]	Risque de biais faible	11 ECR (2 ayant un risque de biais considéré comme soulevant certains enjeux, et 9 ayant un risque de biais élevé)	Enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans ayant un diagnostic de TDAH (N = 416)	Pratique régulière d'activité physique modérée à vigoureuse (p. ex., course, karaté)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement usuel ▪ Pharmacothérapie ▪ Neurofeedback ▪ Thérapie de soutien ▪ Liste d'attente ▪ Aucune intervention
Sun <i>et al.</i> [2024]	Risque de biais faible	7 études (3 ECR ayant un risque de biais faible, 1 ECR et 2 études quasi expérimentales ayant un risque de biais considéré comme soulevant certains enjeux, et 1 étude quasi expérimentale ayant un risque de biais élevé)	Enfants et adolescents ayant un diagnostic de TDAH (N = 225)	Programme d'activité physique structuré planifié et supervisé (p. ex., natation, entraînement par intervalles à haute intensité)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement usuel ▪ Pharmacothérapie ▪ Activités sédentaires ▪ Activités physiques d'intensité faible à modérée ▪ Entraînement sur tapis roulant seul ▪ Visionnement de vidéos

Source	Qualité méthodologique*	Nombre [†] , devis et qualité méthodologique des études primaires incluses	Population (N)	Intervention	Comparateurs
Sun <i>et al.</i> [2022]	Risque de biais non clair	9 ECR de qualité modérée	Enfants et adolescents âgés de 5 à 15 ans ayant un diagnostic de TDAH (N = 489)	Programme d'activité physique (p. ex., natation, équitation)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de traitement ou d'intervention ▪ Liste d'attente ▪ Activités sédentaires ▪ Activités coopératives ▪ Conte lu ▪ Activités d'enseignement régulières ▪ Pharmacothérapie

* Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil ROBIS.

[†] Plusieurs des revues systématiques incluses dans le présent rapport incluaient des études portant sur des résultats d'intérêt non pertinents pour les présents travaux. Seules les données portant sur les résultats d'intérêt des présents travaux ont été retenues et présentées dans le présent rapport. Dans ce tableau, les nombres d'études primaires représentent les études qui ont évalué des résultats d'intérêt pertinents pour les présents travaux.

[‡] L'étude de Jensen *et al.* [2023] incluait 7 ECR portant sur diverses pratiques non pharmacologiques, dont 1 ECR portant sur l'activité physique. Seuls les résultats de l'ECR portant sur l'activité physique sont présentés dans ce tableau.

[§] Entraînement qui utilise une plate-forme vibratoire²³.

²³ Cochrane *L'entraînement par plate-forme à vibrations globales du corps chez les patients atteints de maladies neurodégénératives* [site Web]. Disponible à : https://www.cochrane.org/fr/CD009097/MOVEMENT_lentrainement-par-plate-forme-vibrations-globales-du-corps-chez-les-patients-atteints-de-maladies (Consulté le 30 octobre 2024).

2.1.1.1.1 Efficacité de l'activité physique sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

Dans une revue systématique incluant des essais contrôlés randomisés (ECR), Huang et ses collaborateurs [2023] ont évalué l'efficacité de différentes activités physiques (p. ex., course, marche, soccer, vélo, taekwondo), pratiquées pour au moins six semaines, pour diminuer les symptômes du TDAH chez des enfants d'âge scolaire et des adolescents ayant un diagnostic de TDAH. Les résultats de la méta-analyse suggéraient que l'activité physique était associée à une diminution statistiquement significative des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées; différence moyenne standardisée (DMS) = -0,39, IC 95 % : -0,64, -0,41, taille d'effet petite) et des symptômes d'inattention (DMS = -0,32, IC 95 % : -0,63, -0,004, taille d'effet petite) rapportés par les parents ou par les professeurs. Par contre, selon les mêmes répondants, l'activité physique n'a pas démontré d'efficacité statistiquement significative pour diminuer les symptômes d'hyperactivité/impulsivité (DMS = -0,41, IC 95 % : -0,92, 0,09).

Dans une revue systématique portant également sur les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées), Seiffer et ses collaborateurs [2022] ont évalué les ECR portant sur l'efficacité de la pratique régulière d'activité physique modérée à vigoureuse chez des enfants et des adolescents. Ils ont observé que ce type d'intervention était associée à une amélioration statistiquement significative des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) ($g = 0,33$; IC 95 % : -0,63, -0,02; $p = 0,037$, taille d'effet petite).

Sun et ses collaborateurs [2024], quant à eux, se sont intéressés à l'efficacité de programmes d'activité physique structurés²⁴ chez des enfants et des adolescents ayant un diagnostic de TDAH. Leur méta-analyse des ECR et des études quasi expérimentales n'a montré aucune différence statistiquement significative entre l'intervention et les comparateurs pour ce qui est des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées; DMS = -0,97, IC 95 % : -2,26, 0,32, $p = 0,14$). Cependant, lorsque seuls les symptômes d'inattention étaient considérés, l'intervention était associée à une amélioration plus importante (DMS = -1,79, IC 95 % : -3,28, -0,30, $p = 0,02$, taille d'effet grande).

Dans une revue systématique portant spécifiquement sur les symptômes d'inattention, Li et ses collaborateurs [2023] ont évalué l'efficacité d'interventions comprenant une composante de sport ou d'activité physique réalisées auprès d'enfants d'âge scolaire. Les résultats de la méta-analyse ont montré une amélioration de l'attention plus importante chez les enfants qui ont reçu une intervention d'activité physique comparativement à ceux qui ont été assignés à l'une des conditions contrôle (DMS = -0,46, IC 95 % : -0,85, -0,07, $p < 0,05$, taille d'effet moyenne).

²⁴ Les programmes d'activité physique structurés sont définis par Sun *et al.* [2024] comme étant des programmes d'activité physique planifiés, supervisés et monitorés.

Enfin, Sun et ses collaborateurs [2022] ont évalué l'effet de programmes d'activité physique sur les symptômes d'hyperactivité et d'inattention mesurés séparément chez des jeunes âgés de 5 à 15 ans. Les résultats de la méta-analyse n'ont montré aucune différence statistiquement significative entre l'intervention et les comparateurs pour ce qui est de l'hyperactivité (DMS = 0,06, IC 95 % : -0,26, 0,37, $p = 0,72$). L'intervention était toutefois associée à une diminution significativement plus élevée des symptômes d'inattention (DMS = -0,60, IC 95 % : -1,10, -0,11, $p < 0,05$).

2.1.1.1.2 Efficacité de l'activité physique sur le fonctionnement social et la qualité de vie

Dans la revue systématique de Seiffer et ses collaborateurs [2022] décrite précédemment qui portait sur la pratique régulière d'activité physique modérée à vigoureuse, les chercheurs ont inclus cinq ECR qui évaluaient l'effet de cette intervention sur le fonctionnement social de jeunes âgés de 6 à 18 ans ayant un diagnostic de TDAH. Les résultats de la méta-analyse ont souligné une amélioration plus importante du fonctionnement social chez les jeunes qui avaient reçu l'intervention ($g = -0,46$; IC 95 % : -0,85, -0,08; $p = 0,017$, taille d'effet petite). Dans une population similaire (jeunes âgés de 5 à 15 ans qui avaient un diagnostic de TDAH), Sun et ses collaborateurs [2022] (revue systématique décrite précédemment) ont observé des résultats contradictoires. Leur méta-analyse de quatre ECR portant sur l'efficacité de programmes d'activité physique pour améliorer le fonctionnement social n'a montré aucune différence entre les jeunes qui avaient suivi un programme d'activité physique et ceux qui avaient été assignés à un groupe témoin (DMS = -0,27, IC 95 % : -0,64, 0,09, $p = 0,14$).

L'effet de l'activité physique sur la qualité de vie des jeunes présentant un diagnostic de TDAH a été évalué dans la revue systématique de Jensen et ses collaborateurs [2023]. Cette revue systématique incluait sept ECR portant sur différentes pratiques non pharmacologiques, dont un ECR portant sur l'activité physique. Dans cette petite étude qui incluait 30 enfants et adolescents âgés de 6 à 14 ans qui avaient un diagnostic de TDAH, une intervention d'entraînement sur tapis roulant combinée à un entraînement effectué avec une plate-forme vibratoire a été comparée à une intervention d'entraînement sur tapis roulant seul. Les comparaisons intragroupes ont montré que la qualité de vie rapportée par les jeunes et par leurs parents a augmenté entre le pré et le post traitement dans chaque groupe, séparément ($p < 0,05$), mais aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les deux interventions. Aucune étude comparant une intervention d'activité physique à l'absence d'intervention (p. ex., liste d'attente) quant à la qualité de vie n'a été répertoriée. Les données disponibles ne permettent donc pas de déterminer si l'effet observé est associé à l'intervention ou simplement au passage du temps.

Aucune étude portant sur les perceptions des parties prenantes quant à l'activité physique n'a été recensée.

Chez les **enfants d'âge scolaire et les adolescents ayant un diagnostic de TDAH**, les données de la littérature scientifique suggèrent que l'activité physique :

- est associée à une diminution des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) et des symptômes d'inattention considérés de façon séparée rapportés par les parents et les enseignants;
- ne semble pas clairement associée à une amélioration du fonctionnement social et de la qualité de vie rapportés par les parents, les enseignants ou les cliniciens;
- ne semble pas associée à une diminution des symptômes d'hyperactivité considérés de façon séparée rapportés par les parents et les enseignants.

2.1.1.2 Littérature grise

Quatre guides de pratique clinique (qualité modérée ou faible) et un rapport d'évaluation des technologies de la santé (ETS; qualité élevée) ont recommandé la pratique régulière d'activité physique chez les jeunes ayant ou non un TDAH et ont rapporté que cette pratique comporte plusieurs avantages sur la santé et le bien-être [HAS, 2024; Krull *et al.*, 2023; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Feldman *et al.*, 2018].

L'Alliance canadienne de ressources sur le TDAH [CADDRA, 2020] a précisé qu'elle « réduit le stress et la frustration, améliore la concentration et les facultés cognitives, augmente les endorphines, améliore l'humeur et restaure un sentiment de bien-être » [CADDRA, 2020, p. 48]. L'activité physique serait pertinente pour améliorer les symptômes du TDAH et pourrait être utile dans la gestion des problèmes comorbides du TDAH [Chang *et al.*, 2020], comme l'anxiété, une problématique associée souvent présente chez les jeunes ayant un TDAH [CADDRA, 2020]. Des études supplémentaires seraient nécessaires pour déterminer les types, la durée, l'intensité et la fréquence des exercices les plus efficaces [Krull *et al.*, 2023].

Selon la littérature grise, la pratique régulière d'activité physique comporte des avantages sur la santé et le bien-être et devrait être proposée à tous les jeunes présentant ou non un TDAH dans le cadre d'un mode de vie équilibré par de bonnes habitudes de vie et de saines routines.

2.1.2 Stimulation magnétique transcrânienne

2.1.2.1 Littérature scientifique

Une revue systématique (risque de biais faible) a évalué l'efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne sur les symptômes du TDAH chez des enfants d'âge scolaire et des adolescents ayant un diagnostic ou présentant des symptômes de TDAH (Westwood *et al.* [2021]; voir le [tableau 3](#) pour les caractéristiques de la revue systématique incluse et l'annexe F, tableau F-2, du document *Annexes complémentaires* pour une synthèse des résultats et des constats). Les modalités des interventions étaient hétérogènes entre les études (p. ex., fréquence et nombre de séances).

Tableau 3 Principales caractéristiques de la revue systématique portant sur la stimulation magnétique transcrânienne

Source	Qualité méthodologique*	Nombre, devis et qualité méthodologique des études primaires incluses	Population (N)	Intervention	Comparateurs
Westwood <i>et al.</i> , [2021]	Risque de biais faible	3 études (2 études avant-après sans groupe témoin et 1 ECR)	Enfants d'âge scolaire et adolescents ayant un diagnostic ou présentant des symptômes de TDAH (N = 34)	<ul style="list-style-type: none">▪ Stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS; une étude)▪ Stimulation magnétique transcrânienne à courant continu (2 études)	<ul style="list-style-type: none">▪ Simulacre (1 étude)▪ Aucun comparateur (2 études)

* Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil ROBIS.

La revue systématique de Westwood et ses collaborateurs [2021] incluait une méta-analyse qui portait uniquement sur des résultats d'intérêt non évalués dans le cadre des travaux actuels. Seuls les résultats de la synthèse qualitative portant sur les résultats d'intérêt du présent avis sont rapportés ici.

2.1.2.1.1 Efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne

Dans leur synthèse narrative, les auteurs rapportent les résultats des trois études primaires séparément. La première étude était une étude avant-après sans groupe témoin évaluant une intervention de stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) chez des enfants d'âge scolaire. Une diminution statistiquement significative des symptômes d'inattention rapportés par les professeurs et des symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par les parents a été observée entre le pré et le post-traitement. La seconde étude était une petite étude avant-après sans groupe témoin évaluant une intervention de stimulation magnétique transcrânienne à courant continu. Au post-traitement, certains parents ont rapporté une amélioration, et un parent a rapporté une dégradation. Dans la dernière étude, une intervention de stimulation magnétique transcrânienne à courant continu offerte à des adolescents a été associée à

une diminution statistiquement significative des symptômes d'inattention rapportés par les parents, mais cet effet s'est atténué après un ajustement statistique pour les comparaisons multiples dans l'étude.

Le fonctionnement, la qualité de vie et l'innocuité n'étaient pas évalués dans cette revue systématique.

2.1.2.1.2 Perceptions des parties prenantes de la stimulation magnétique transcrânienne

Chez huit parents de jeunes âgés de 6 à 14 ans présentant un TDAH ayant fait l'expérience de la stimulation magnétique transcrânienne, Buchanan et ses collaborateurs [2022], ont évalué l'expérience des familles sur l'utilisation et l'acceptabilité de cette intervention par rapport à la médication. Les résultats ont indiqué que la stimulation magnétique transcrânienne est une intervention acceptable, selon les parents interrogés, et que les familles seraient davantage disposées à y recourir si une efficacité comparable à la médication était démontrée et que son accessibilité était soutenue par des organismes de réglementation comme Santé Canada et la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis. L'acceptabilité de l'intervention serait également facilitée lorsque les familles sont bien informées sur le traitement et qu'elles ont confiance dans les prestataires de soins de santé. Les parents ont aussi souligné la sécurité et la tolérabilité de l'intervention et, à cet effet, ils ont indiqué préférer un traitement intensif de courte durée, avec peu ou pas d'effets secondaires, à une médication s'échelonnant sur plusieurs années.

Chez les **enfants d'âge scolaire et les adolescents ayant un diagnostic ou présentant des symptômes de TDAH**, les données de la littérature scientifique suggèrent que les interventions de stimulation magnétique transcrânienne répétée ou à courant continu ne semblent pas être clairement associées à une diminution des symptômes du TDAH (inattention rapportée par les parents ou par les professeurs, hyperactivité/impulsivité rapportée par les parents, et amélioration des symptômes rapportée par les parents).

Selon la littérature scientifique sur les perceptions des parties prenantes, la stimulation magnétique transcrânienne est une intervention acceptable et les familles seraient davantage disposées à y recourir si une efficacité comparable à la médication était démontrée et que son accessibilité était soutenue par des organismes de réglementation comme Santé Canada.

2.1.2.2 Littérature grise

Aucun constat sur la stimulation magnétique transcrânienne n'a été repéré parmi les guides de pratique et les rapports d'évaluation des technologies de la santé retenus.

2.1.3 Régimes alimentaires

2.1.3.1 Littérature scientifique

Une revue systématique (risque de biais élevé)²⁵ a évalué l'efficacité d'interventions ciblant l'alimentation sur les symptômes du TDAH chez des jeunes de moins de 18 ans ayant un diagnostic ou présentant des symptômes de TDAH (Uldall Torp *et al.*, [2020]; voir le [tableau 4](#) pour les caractéristiques de la revue systématique incluse et l'annexe F, tableau F-3, du document *Annexes complémentaires* pour une synthèse des résultats et des constats). Les interventions évaluées dans cette revue systématique incluaient les diètes d'élimination, l'élimination de colorants artificiels ainsi que l'élimination du sucrose et de l'aspartame. Une hétérogénéité élevée a été relevée quant au contenu et aux modalités d'intervention des diètes d'élimination.

²⁵ Cette revue systématique a été retenue malgré le risque de biais évalué comme élevé puisque les autres revues systématiques repérées présentaient des risques de biais équivalents, mais l'interprétabilité des données était plus faible, ou encore elles étaient plus anciennes (publiées avant 2020) et risquaient de ne pas inclure d'études récentes.

Tableau 4 Principales caractéristiques de la revue systématique portant sur les régimes alimentaires

Source	Qualité méthodologique*	Nombre, devis et qualité méthodologique des études primaires incluses	Population (N)	Intervention	Comparateurs
Uldall Torp <i>et al.</i> , [2020]	Risque de biais élevé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 ECR portant sur les diètes d'élimination (dont 4 ECR ayant un risque de biais élevé, 6 ayant un risque de biais non clair et 2 ayant un risque de biais faible) ▪ 6 ECR portant sur la consommation de colorants artificiels, risque de biais non clair ▪ 4 ECR portant sur la consommation de sucrose et d'aspartame (dont 3 ayant un risque de biais non clair et 1 ayant un risque de biais faible) 	<p>Enfants et adolescents de moins de 18 ans ayant un diagnostic ou présentant des symptômes de TDAH</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N total = 640 : <ul style="list-style-type: none"> - ECR portant sur les diètes d'élimination : N = 444 - 6 ECR portant sur la consommation de colorants artificiels : N = 99 - ECR portant sur la consommation de sucrose et d'aspartame : N = 97 	Diètes d'élimination, consommation de colorants artificiels, consommation de sucrose et d'aspartame	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diète contrôle (études sur les diètes d'élimination) ▪ Placebo (autres études)

* Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil ROBIS.

2.1.3.1.1 Efficacité des régimes alimentaires

Pour les études évaluant les diètes d'élimination, les auteurs ont réalisé une synthèse qualitative des résultats des 12 ECR inclus ainsi qu'une synthèse quantitative des résultats d'un sous-groupe de six études qui ont utilisé l'échelle de mesure Conners pour évaluer les résultats d'intérêt. La synthèse qualitative effectuée sur l'ensemble des études suggérait que toutes, sauf une, appuyaient l'efficacité de l'intervention pour diminuer les symptômes du TDAH rapportés par les parents ou les professeurs, ou évalués par observation directe. Les résultats de la synthèse quantitative des 6 ECR ayant utilisé les échelles Conners montraient que les diètes d'élimination étaient associées à une diminution statistiquement significative des symptômes du TDAH rapportés par les parents et les enseignants (parents, $p < 0,0001$; enseignants, $p = 0,010$; scores rapportés par les parents et les enseignants combinés, $p < 0,00001$).

Les auteurs ont présenté les résultats des ECR portant sur les colorants artificiels sous forme de synthèse qualitative. Deux études ont démontré une efficacité statistiquement significative de l'élimination de colorants artificiels sur les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rapportés par les parents et les professeurs, alors que quatre études n'ont pas démontré d'efficacité statistiquement significative sur les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rapportés par les parents, les professeurs ou les cliniciens, ou évalués par observation directe.

Les quatre ECR portant sur le sucrose ou l'aspartame n'ont démontré aucune association statistiquement significative entre la consommation de ces aliments et les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rapportés par les parents ou les professeurs, ou évalués par observation directe.

Le fonctionnement, la qualité de vie et l'innocuité n'étaient pas évalués dans cette revue systématique. Aucun article portant sur les perceptions des parties prenantes quant aux régimes alimentaires n'a été recensé.

Chez les **enfants et les adolescents ayant un diagnostic ou présentant des symptômes de TDAH**, les données de la littérature scientifique suggèrent que :

- les diètes d'élimination pourraient être associées à une diminution des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rapportés par les parents et les professeurs. Toutefois, la littérature recensée était de faible qualité;
- la consommation de colorants artificiels ne semble pas être significativement associée à l'augmentation des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rapportés par les parents, les professeurs ou les cliniciens, ou évalués par observation directe;
- la consommation de sucrose et d'aspartame ne semble pas être significativement associée à l'augmentation des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rapportés par les parents ou les professeurs, ou évalués par observation directe.

2.1.3.2 Littérature grise

Quatre guides de pratique clinique (qualité élevée ou modérée) et trois rapports d'évaluation des technologies de la santé (ETS; qualité élevée ou modérée) ont indiqué que les preuves sur l'efficacité des régimes alimentaires sont insuffisantes ou ont démontré peu ou pas d'effets bénéfiques pour les proposer comme traitement du TDAH [HAS, 2024; Krull *et al.*, 2023; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; Kemper *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Un guide de pratique clinique et deux rapports d'évaluation des technologies de santé (ETS) ont également précisé ne pas proposer l'élimination des colorants artificiels et des additifs du régime alimentaire comme traitement global chez les jeunes ayant un TDAH [HAS, 2024; Krull *et al.*, 2023; NICE, 2018]. Néanmoins, l'essai d'une diète à restrictions alimentaires sur une courte durée pourrait être envisagé si les parents sont inquiets des effets secondaires du traitement pharmacologique [Krull *et al.*, 2023].

Selon la littérature grise :

- les preuves d'efficacité sont insuffisantes pour proposer les régimes alimentaires comme traitement chez les jeunes ayant un TDAH;
- les preuves d'efficacité sont insuffisantes pour proposer l'élimination des colorants artificiels et des additifs du régime alimentaire ainsi que les diètes à restrictions alimentaires comme traitement chez les jeunes présentant un TDAH.

2.1.4 Suppléments alimentaires

2.1.4.1 Littérature scientifique

Quatre revues systématiques portant sur des suppléments alimentaires ont été incluses (voir le [tableau 5](#) pour les principales caractéristiques des revues systématiques incluses et l'annexe F, tableaux F-4 et F-5, du document *Annexes complémentaires* pour une synthèse des résultats et des constats). La première (risque de biais faible) évaluait l'effet de suppléments d'acides gras polyinsaturés (oméga-3 et oméga-6 seuls ou combinés) sur les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rapportés par les parents ou les enseignants [Gillies *et al.*, 2023]. Les auteurs ont évalué le risque de biais total des études primaires comme élevé.

Dans la deuxième revue systématique (risque de biais non clair), Jensen *et al.* ont évalué l'effet de suppléments d'acides gras polyinsaturés (oméga-3) sur la qualité de vie des jeunes présentant un diagnostic de TDAH. Cette revue systématique incluait sept ECR portant sur différentes pratiques non pharmacologiques, dont deux portant sur les oméga-3. Un de ces deux ECR était également inclus dans la revue systématique de Gillies *et al.* [2023] décrite précédemment. Le risque de biais de chaque étude n'était pas précisé.

La troisième revue systématique (risque de biais non clair) évaluait l'effet de la prise de suppléments de fer et de zinc sur les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rapporté par les parents, les enseignants ou les cliniciens [Granero *et al.*, 2021]. Selon Granero *et al.* [2021], le risque de biais des études primaires incluses était généralement considéré comme faible, mais toutes les études étaient à risque modéré de biais d'allocation et à risque élevé de biais lié à la taille d'échantillon.

La quatrième revue systématique (risque de biais faible) portait sur l'effet de la prise de suppléments de zinc sur les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rapporté par les parents, les enseignants ou les cliniciens [Talebi *et al.*, 2022]. Toutes les études primaires incluses, sauf une, se retrouvaient également dans la revue systématique de Granero *et al.* [2021] décrite précédemment. Selon les auteurs, le risque de biais des études primaires était généralement considéré comme non sérieux. Dans quelques études, un risque de biais non clair ou élevé a été attribué en raison d'incertitude quant à la justesse du contrôle du biais d'information et à la possibilité que les résultats aient été rapportés de façon sélective.

Autant dans la revue systématique de Granero [2021] que dans celle de Talebi [2022], peu de détails étaient fournis sur le contexte d'administration des interventions, et l'information disponible suggérait une hétérogénéité élevée dans les modalités d'intervention (p. ex., dose et durée).

Tableau 5 Principales caractéristiques des revues systématiques portant sur les suppléments alimentaires

Source	Qualité méthodologique*	Nombre, devis et qualité méthodologique des études primaires incluses	Population (N)	Intervention	Comparateurs
Gillies <i>et al.</i> , [2023]	Risque de biais faible	Total : N = 37 ECR (risque de biais total élevé) Par résultat d'intérêt : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acides gras polyinsaturés (AGP) vs placebo : <ul style="list-style-type: none"> - Symptômes du TDAH : selon l'analyse : de 3 à 16 ECR - Qualité de vie : 1 ECR - Effets indésirables : 8 ECR ▪ AGP vs psychostimulants : 2 ECR ▪ Oméga-3 versus oméga-6 : 1 ECR 	Enfants ou adolescents de 6 à 18 ans ayant un diagnostic de TDAH <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acides gras polyinsaturés (AGP) vs placebo : <ul style="list-style-type: none"> - Symptômes du TDAH : selon l'analyse : n de 191 à 1 166 participants - Qualité de vie : N = 138 participants - Effets indésirables : N = 591 participants ▪ AGP vs psychostimulants : N = 96 participants ▪ Oméga-3 versus oméga-6 : N = 26 participants 	Suppléments d'acides gras polyinsaturés (oméga-3 ou oméga-6, seuls ou combinés)	Placebo
Granero <i>et al.</i> , [2021]	Risque de biais non clair	Total : N = 8 ECR (risque de biais généralement considéré comme faible) Suppléments de zinc : n = 5 Supplément de fer : n = 2 Multisuppléments contenant zinc et fer : n = 1	Enfants et adolescents âgés de 5 à 15 ans ayant un diagnostic TDAH <ul style="list-style-type: none"> ▪ Études sur le zinc : N = 596 ▪ Études sur le fer : N = 64 ▪ Étude sur les multisuppléments : N = 93 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suppléments de sulfate de zinc ▪ Suppléments de fer ▪ Multisuppléments contenant du zinc et du fer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychostimulants (méthylphénidate ou amphétamine) ▪ Placebo
Jensen <i>et al.</i> , [2023]	Risque de biais non clair	2 ECR [‡] (qualité méthodologique non précisée)	Enfants et adolescents âgés de 6 à 14 ans ayant un diagnostic de TDAH (N = 30)	Suppléments d'acides gras polyinsaturés : oméga-3, seuls ou combinés à de la phosphatidylserine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placebo
Talebi <i>et al.</i> , [2022]	Risque de biais faible	6 ECR (bonne qualité méthodologique)	Enfants d'âge scolaire ayant un diagnostic de TDAH (N = 489)	Suppléments de zinc (10 à 40 mg/jour), seuls ou combinés à du méthylphénidate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placebo

* Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil ROBIS.

‡ L'étude de Jensen *et al.* [2023] incluait 7 ECR portant sur diverses pratiques non pharmacologiques, dont 2 ECR portant sur des suppléments d'oméga-3. Seuls les résultats de ces ECR sont présentés dans le présent tableau.

2.1.4.1.1 Efficacité des suppléments d'acides gras polyinsaturés (oméga-3 et oméga-6)

Pour chacun des résultats d'intérêt évalués, lorsque possible, Gillies et ses collaborateurs [2023] ont réalisé une méta-analyse pour calculer l'effet des acides gras polyinsaturés à court terme (jusqu'à trois mois de traitement), à moyen terme (de trois mois à un an de traitement) et à long terme (un an ou plus de traitement). Comparativement au placebo, sur le plan de l'amélioration des symptômes du TDAH rapportés par les parents, les enseignants et les cliniciens, la prise de suppléments d'acides gras polyinsaturés (oméga-3 et oméga-6 seuls ou combinés) était associée à une amélioration plus probable à moyen terme ($p < 0,00001$), mais pas à court terme ($p = 0,28$) ni à long terme ($p = 0,24$). De plus, la prise de suppléments d'acides gras polyinsaturés était liée à une diminution plus importante de la sévérité des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité combinées) rapportée par les cliniciens à court terme ($p < 0,0001$), mais pas à moyen terme ($p = 0,17$; long terme non disponible). Les groupes ne différaient pas significativement selon les évaluations des parents (p de 0,25 à 0,42) et des enseignants (p de 0,29 à 0,50). Similairement, aucune différence statistiquement significative n'a été relevée pour les symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité séparés rapportés par les parents (inattention, p de 0,13 à 0,95; hyperactivité/impulsivité, p de 0,19 à 0,41), les enseignants (inattention, p de 0,27 à 0,92; hyperactivité/impulsivité, p de 0,11 à 1,00) et les cliniciens (inattention, p de 0,12 à 0,92; hyperactivité/impulsivité, p de 0,19 à 0,27).

La comparaison entre les suppléments d'acides gras polyinsaturés et les psychostimulants a démontré que ces derniers étaient plus efficaces pour diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité combinées et séparées) rapportés par les parents (inattention et hyperactivité combinées, p de 0,0009 à 0,25; inattention séparée, p de 0,001 à 0,07; hyperactivité/impulsivité séparée, p de 0,002 à 0,03). Des analyses supplémentaires n'ont révélé aucune différence significative entre les suppléments d'oméga-3 seuls et un placebo ($p = 0,50$) ni entre les suppléments d'oméga-3 et d'oméga-6 combinés et un placebo ($p = 0,12$) pour diminuer les symptômes du TDAH.

Sur le plan de l'innocuité, la prise de suppléments a été associée à une perte d'appétit plus importante que le placebo. Aucune différence entre les groupes n'a été trouvée pour les autres effets indésirables évalués (p. ex., inconfort gastro-intestinal, maux de tête).

Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée par Gillies et ses collaborateurs [2023] entre les suppléments d'acides gras polyinsaturés et un placebo pour la qualité de vie (valeur p non disponible). Des résultats similaires ont été obtenus par Jensen *et al.* [2023] dans leur revue systématique qui incluait deux ECR comparant la prise d'oméga-3 à un placebo. Dans un ECR, une amélioration statistiquement significative ($p < 0,01$) de la qualité de vie aurait été observée dans le groupe ayant reçu l'intervention, sans différence statistiquement significative entre les deux groupes. Dans l'autre ECR, aucune amélioration de la qualité de vie et aucune différence statistiquement significative entre l'intervention et le placebo n'ont été relevées.

Le fonctionnement n'était pas évalué dans ces revues systématiques. Aucun article portant sur les perceptions des parties prenantes quant aux suppléments d'acides gras polyinsaturés n'a été recensé.

Chez les **enfants et les adolescents ayant un diagnostic de TDAH**, les données de la littérature scientifique suggèrent que la prise d'acides gras polyinsaturés (oméga-3 et oméga-6, seuls ou combinés) :

- ne semble pas être associée à une diminution des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité combinées) et des symptômes d'inattention et d'hyperactivité séparés rapportés par les parents, les enseignants et les cliniciens;
- ne semble pas être associée à une amélioration de la qualité de vie;
- ne semble pas être associée à des effets indésirables outre la perte d'appétit.

2.1.4.1.2 Efficacité des suppléments de fer et de zinc

La revue systématique de Granero et ses collaborateurs [2021] incluait des ECR portant sur des suppléments de zinc, des suppléments de fer ou sur un multisolplément contenant du zinc et du fer. En raison de l'hétérogénéité élevée entre les études, les auteurs n'ont pas effectué de méta-analyse et ont présenté les résultats des ECR inclus sous forme de synthèse narrative, sans rapporter les valeurs p pour chaque résultat. Les tailles d'effet spécifiques n'ont pas été présentées, mais pour toutes les interventions, Granero et ses collaborateurs [2021] mentionnent que lorsque des différences significatives étaient observées, les tailles d'effet étaient généralement petites.

Également dans la revue systématique de Granero et ses collaborateurs [2021], l'effet de suppléments de fer a été évalué dans deux ECR. Dans le premier, un supplément de fer a été utilisé comme thérapie adjuvante au méthylphénidate, et une diminution statistiquement plus grande des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité rapportés par les parents a été observée dans le groupe ayant reçu le supplément. Dans la seconde, une diminution statistiquement plus grande des symptômes du TDAH (particulièrement des symptômes d'inattention) rapportés par les parents et les enseignants de même qu'auto-rapportés a été relevée dans le groupe ayant reçu l'intervention. L'effet d'un multisolplément contenant du zinc et du fer a été évalué dans un ECR. Les résultats ont démontré une diminution significativement plus élevée des symptômes d'inattention rapportés par les cliniciens dans le groupe ayant reçu l'intervention. Les deux groupes ne différaient pas significativement pour les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité.

Pour ce qui est de suppléments de zinc, Granero et ses collaborateurs [2021] rapportent trois ECR qui ont évalué des suppléments de zinc utilisés en complément au méthylphénidate. Dans la première étude, une diminution des symptômes d'inattention statistiquement plus grande dans le groupe ayant reçu le supplément de zinc a été observée. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre l'intervention et le comparateur pour les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité, et pour les symptômes d'inattention et d'hyperactivité combinés. Dans la deuxième étude, la prise du supplément de zinc a été associée à une diminution statistiquement plus importante des symptômes d'inattention et d'hyperactivité combinés rapportés par les enseignants, mais pas par les parents. Dans la troisième étude, une diminution significativement plus importante des symptômes d'inattention et d'hyperactivité combinés rapportés par les enseignants et les parents a été observée dans le groupe ayant reçu le supplément de zinc. Un autre ECR a évalué l'effet d'un supplément de zinc utilisé comme thérapie adjuvante à l'amphétamine. Les résultats ont démontré une amélioration des symptômes rapportés par les enseignants en faveur du groupe ayant reçu le supplément; cependant, selon les parents, les symptômes se seraient davantage améliorés chez les enfants assignés au groupe témoin. Enfin, les résultats d'un ECR ayant évalué la prise d'un supplément de zinc seul démontrent une diminution plus grande des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité, et une amélioration statistiquement plus grande du fonctionnement social chez les participants ayant reçu le supplément. Aucune différence statistiquement significative entre les groupes n'a été observée pour les symptômes d'inattention.

Dans une autre revue systématique portant aussi sur les suppléments de zinc, Talebi et ses collaborateurs [2022] rapportent des résultats similaires. Les résultats de la méta-analyse de six ECR montrent que la prise de suppléments de zinc, seuls ou combinés avec du méthylphénidate, est associée à une diminution plus élevée des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) comparée à un placebo ($g = -0,62$, IC 95 % : $-1,24, -0,002$, $p = 0,04$, taille d'effet moyenne). Par contre, pour ce qui est des symptômes d'inattention et d'hyperactivité considérés séparément, aucune différence significative n'a été observée entre l'intervention et le placebo (inattention : $g = 0,21$ IC 95 % : $-0,09, 0,51$, $p = 0,17$; hyperactivité : $g = -0,93$, IC 95 % : $-3,31, 1,45$, $p = 0,44$).

Sur le plan de l'innocuité, Granero et ses collaborateurs [2021] rapportent qu'aucun effet indésirable sévère n'aurait été relevé dans les ECR évalués et que les effets indésirables notés étaient similaires entre les groupes intervention et les groupes comparateurs. Un faible nombre de participants aurait rapporté de la douleur physique, des nausées, des vomissements, de la constipation ou un goût métallique dans la bouche. L'innocuité n'a pas été rapportée dans l'étude de Talebi et ses collaborateurs [2022].

Le fonctionnement et la qualité de vie n'étaient pas évalués dans ces revues systématiques. Aucun article portant sur les perceptions des parties prenantes quant aux suppléments de zinc et de fer n'a été recensé.

Chez les **enfants et les adolescents ayant un diagnostic de TDAH**, les données de la littérature scientifique suggèrent que :

- des suppléments de zinc, administrés seuls ou comme adjuvants à un psychostimulant :
 - pourraient être associés à une diminution des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité combinées) rapportés par les parents et les enseignants;
 - ne semblent pas être clairement associés à une diminution des symptômes d'inattention et des symptômes d'hyperactivité considérés séparément et rapportés par les parents et les enseignants;
- des suppléments de fer, administrés seuls ou comme adjuvants à un psychostimulant, pourraient être associés à une diminution des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité combinées), des symptômes d'inattention, des symptômes d'hyperactivité et des symptômes d'impulsivité rapportés par les parents et les enseignants, et autorapportés;
- des multisoluppléments contenant du fer et du zinc pourraient être associés à une diminution des symptômes d'inattention rapportés par les cliniciens. Cependant, ces multisoluppléments ne semblent pas être associés à une diminution des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité rapportés par les cliniciens;
- les suppléments de zinc, les suppléments de fer et les multisoluppléments contenant du fer et du zinc ne semblent pas être associés à des effets indésirables sévères.

2.1.4.2 Littérature grise

Quatre guides de pratique clinique (qualité modérée) et trois rapports d'évaluation des technologies de la santé (ETS) (qualité élevée ou modérée) ont souligné que les preuves sur l'efficacité des suppléments alimentaires, notamment les acides gras polyinsaturés (oméga-3 et oméga-6), sont insuffisantes pour les proposer dans le traitement du TDAH [HAS, 2024; Krull *et al.*, 2023; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Feldman *et al.*, 2018; Kemper *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Les études sont peu nombreuses et ont démontré peu ou pas d'effets bénéfiques [Krull *et al.*, 2023; CADDRA, 2020; Feldman *et al.*, 2018; Kemper *et al.*, 2018].

Selon la littérature grise, les preuves sont insuffisantes pour proposer les suppléments alimentaires comme traitement chez les jeunes ayant un TDAH.

2.1.5 Approches assistées par les animaux (chevaux)

2.1.5.1 Littérature scientifique

Deux revues systématiques portant sur des approches assistées par les chevaux²⁶ ont été incluses (voir le [tableau 6](#) pour les caractéristiques des revues systématiques incluses et l'annexe F, tableau F-6, du document *Annexes complémentaires* pour une synthèse des résultats, et des constats). La première revue systématique (risque de biais non clair) a évalué l'efficacité d'approches assistées par les chevaux sur les symptômes du TDAH et sur la qualité de vie chez des jeunes de moins de 18 ans ayant un diagnostic de TDAH [Perez-Gomez *et al.*, 2021]. Elle incluait neuf études primaires, dont sept portaient sur des résultats d'intérêt du présent rapport. Peu de détails étaient fournis sur le contexte d'administration des interventions, et l'information disponible suggérait une hétérogénéité élevée dans le contenu de l'intervention (durée, fréquence et nombre de séances).

La deuxième revue systématique (risque de biais non clair) portait sur l'efficacité de différentes pratiques non pharmacologiques pour améliorer la qualité de vie des jeunes présentant un diagnostic de TDAH [Jensen et Vamosi, 2023]. Cette revue systématique incluait sept ECR, dont un portant sur une approche assistée par les chevaux. Cet ECR était également inclus dans la revue systématique de Perez-Gomez et ses collaborateurs [2021] décrite précédemment. Le risque de biais de chaque étude n'était pas précisé.

²⁶ Les revues systématiques évaluées incluaient des études portant sur des approches dont la principale composante était l'interaction avec le cheval. Les revues systématiques comprenaient très peu d'information sur le contenu des approches et sur leurs modalités, et ne précisait pas quel type d'intervenant ou de professionnel offrait les approches.

Tableau 6 Principales caractéristiques des revues systématiques portant sur les approches assistées par les chevaux

Source	Qualité méthodologique*	Nombre, devis et qualité méthodologique des études primaires incluses	Population (N)	Intervention	Comparateurs
Perez-Gomez <i>et al.</i> , [2021]	Risque de biais non clair	9 études primaires, dont 7 portaient sur des résultats d'intérêt du présent avis, dont : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 études comparatives de bonne qualité méthodologique selon les auteurs ▪ 5 études non comparatives avant-après de qualité moyenne selon les auteurs 	Enfants ayant un diagnostic de TDAH (N = 127)	Approche assistée par les chevaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de groupe témoin (3 études) ▪ Activités quotidiennes courantes (1 étude) ▪ Approche assistée par les chevaux avec neurofeedback (1 étude) ▪ Pharmacothérapie (1 étude) ▪ Non décrit (3 études)
Jensen <i>et al.</i> , [2023]	Risque de biais non clair	1 ECR [†] (qualité méthodologique non précisée)	Enfants et adolescents âgés de 6 à 14 ans ayant un diagnostic de TDAH (N = 34)	Approche assistée par les chevaux	Pharmacothérapie

* Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil ROBIS.

[†] L'étude de Jensen *et al.* [2023] incluait 7 ECR portant sur diverses pratiques non pharmacologiques, dont 1 ECR portant sur une approche assistée par les chevaux. Seuls ces résultats sont présentés dans ce tableau.

2.1.5.1.1 Efficacité des approches assistées par les chevaux

Les auteurs ont présenté les résultats sous forme de synthèse narrative. Six des études primaires incluses ont évalué l'effet de l'intervention sur les symptômes d'inattention ou d'hyperactivité rapportés par les parents et les enseignants, ou autorapportés. Dans une étude qui incluait un groupe témoin, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre l'intervention et le groupe témoin. Dans trois études sans groupe témoin, une diminution statistiquement significative des symptômes d'inattention et d'hyperactivité combinés rapportés par les parents et les enseignants, ou autorapportés, a été observée entre le début et la fin de l'intervention (tailles d'effet petites à grandes). Une diminution statistiquement significative des symptômes d'inattention et d'hyperactivité séparés a été observée dans deux études (tailles d'effet grandes), et une diminution de la sévérité globale des symptômes a été observée dans une étude (taille d'effet grande).

Trois des études primaires incluses ont évalué l'effet d'approches assistées par les chevaux sur la qualité de vie rapportée par les parents ou autorapportée. Dans une étude sans groupe témoin, la qualité de vie liée à la santé, rapportée par les parents, s'est significativement améliorée entre le début et la fin de l'intervention. Dans une étude avec groupe témoin, plusieurs dimensions de la qualité de vie ont été évaluées. Une différence statistiquement significative entre le groupe ayant reçu l'intervention et le groupe témoin a été trouvée pour la dimension des relations interpersonnelles (taille d'effet grande). Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée entre les groupes sur les dimensions du bien-être émotionnel, du développement personnel, du bien-être physique, de l'autodétermination, de l'inclusion sociale, du bien-être familial et de la qualité de vie totale. Dans une autre étude avec groupe témoin, également évaluée par Jensen *et al.* [2023], une amélioration de la qualité de vie aurait été observée dans le groupe ayant reçu l'intervention et dans le groupe témoin entre le début et la fin de l'intervention, sans différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Le fonctionnement et l'innocuité n'étaient pas évalués dans ces revues systématiques. Aucun article portant sur les perceptions des parties prenantes quant aux approches assistées par les chevaux n'a été recensé.

Chez les **enfants ayant un diagnostic de TDAH**, les données de la littérature scientifique suggèrent que les approches assistées par les chevaux :

- pourraient être associées à une diminution des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité combinées) et des symptômes d'inattention et d'hyperactivité séparés rapportés par les parents et les professeurs, et autorapportés;
- ne semblent pas être associées à une amélioration de la qualité de vie liée à la santé rapportée par les parents ou autorapportée.

2.1.5.2 Littérature grise

Un guide de pratique clinique [Barbaresi *et al.*, 2020] (qualité modérée) a indiqué qu'il y avait peu ou pas de preuves pour proposer les approches assistées par les chevaux dans le traitement du TDAH.

Selon la littérature grise, il y a peu ou pas de preuves pour proposer les approches assistées par les chevaux dans le traitement du TDAH.

2.2 Résultats des consultations auprès des parties prenantes

Dans le but de mieux comprendre les effets, la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des pratiques non pharmacologiques (et autres que psychosociales) employées chez les jeunes présentant des symptômes de TDAH, des consultations ont été menées auprès de parties prenantes. Cette section présente les résultats d'analyse descriptive et thématique de la consultation : a) des jeunes et des parents; et b) des enseignants et des directeurs ainsi que des représentants des associations et des organismes de soutien des personnes présentant un TDAH.

2.2.1 Consultation auprès des jeunes et des parents²⁷

La consultation auprès des jeunes et des parents a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne. Au total, 21 jeunes et 30 parents ont répondu au questionnaire en provenance de 11 régions administratives du Québec. Les lignes qui suivent présentent les résultats des questionnaires qui ont été combinés pour présenter une synthèse commune de la perspective des jeunes et des parents. Des précisions sont apportées

²⁷ Les données descriptives sur les jeunes et les parents ont également été présentées dans un avis publié par l'INESSS en 2024 [INESSS, 2024b] dans lequel sont rapportés les propos portant sur les interventions psychosociales. Certaines informations sont de nouveau mentionnées dans le présent rapport pour faciliter la compréhension des lecteurs.

selon les répondants, lorsque nécessaire. Les résultats sont aussi présentés par ordre d'occurrence, s'il y a lieu.

Profil des répondants

Tableau 7 Profil des jeunes et des parents

Jeunes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées (N = 21)	Parents de jeunes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées (N = 30)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 62 % des jeunes sont âgés de 18 à 25 ans (n = 13) et 38 % sont âgés de 14 à 18 ans (n = 8) ▪ La majorité des jeunes s'identifie à un genre féminin (67 %, n = 14) ▪ Issus de 8 régions du Québec 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 80 % des parents ont un jeune âgé de moins de 18 ans (n = 24) et 20 % ont un jeune adulte âgé de 18 à 25 ans (n = 6) ▪ La majorité des parents s'identifie à un genre féminin (93 %) ▪ Issus de 10 régions du Québec

Selon les réponses des jeunes et des parents, presque tous les jeunes (98 %) ont reçu un diagnostic officiel de TDAH, dont les principales difficultés sont les symptômes d'inattention, d'impulsivité et/ou d'hyperactivité ainsi que des difficultés scolaires et des problèmes de comportement. En moyenne, les jeunes (N = 16) présentent trois manifestations cliniques ou plus. Selon les réponses des jeunes et des parents, la majorité des jeunes (77 %) vit d'autres difficultés qui nécessitent une aide ou un suivi professionnel, telles que l'anxiété, les troubles d'apprentissage et le trouble du spectre de l'autisme.

Pratiques non pharmacologiques autres que psychosociales

Selon les réponses des jeunes et des parents, un peu plus de la moitié des jeunes (60 %) ont recours ou ont déjà eu recours à des pratiques non pharmacologiques pour les aider avec leur TDAH ou leurs difficultés apparentées. Les autres pratiques qu'ils utilisent ou ont déjà utilisées sont, par ordre d'importance :

- l'activité physique (N = 24);
- les suppléments alimentaires (N = 11);
- la méditation (N = 7);
- le yoga (N = 5);
- les régimes alimentaires ou les diètes particulières (N = 4)^{28,29}.

²⁸ En sus de ces pratiques, un jeune a mentionné faire appel à la spiritualité et à la pratique des arts.

²⁹ D'autres pratiques non pharmacologiques ont été mentionnées par les parents, mais seulement à une reprise. Ces autres pratiques sont les techniques de respiration, les huiles essentielles, la massothérapie, l'ostéopathie, l'hypnothérapie et l'ordinateur.

Selon les répondants, les motifs pour lesquels les jeunes ont choisi de recourir à d'autres pratiques sont pour : se calmer ou s'apaiser, canaliser ou dépenser son énergie, être plus actif, réduire le stress ou l'anxiété, améliorer la concentration, le sommeil et le bien-être, par plaisir ou par intérêt.

Les jeunes ont aussi mentionné qu'ils ont recours ou ont déjà eu recours à ces autres pratiques parce qu'elles sont souvent citées dans la littérature pour gérer les symptômes du TDAH (p. ex., le sport) ou parce qu'elles ont été recommandées par un professionnel de la santé. De leur côté, les parents ont aussi mentionné comme motifs d'utilisation le développement des compétences d'organisation ou de l'autonomie de leur jeune ainsi que l'utilisation de stratégies et de moyens autres que la médication pour aider leur jeune.

Perceptions des bienfaits et de la pertinence des pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales

Selon les jeunes et les parents, l'utilisation des pratiques non pharmacologiques comporte des bénéfices. Le [tableau 8](#) rapporte les bienfaits et la pertinence mentionnés par ces derniers.

Tableau 8 Perceptions des bienfaits et de la pertinence des pratiques non pharmacologiques selon les jeunes et les parents

Selon les jeunes, l'utilisation des autres pratiques a entraîné :	Selon les parents, l'utilisation des autres pratiques a entraîné pour leur jeune :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ un apaisement ▪ une diminution de l'impulsivité, de l'hyperactivité et de l'anxiété ▪ une augmentation de la concentration ▪ une attention sur le moment présent ▪ la création d'une routine de vie ▪ le développement d'un sentiment de bien-être 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ une diminution de l'anxiété ou de l'impulsivité ▪ une augmentation de la concentration ▪ un état plus calme et attentif ▪ une canalisation de l'énergie ▪ un meilleur sommeil ▪ le développement des habiletés sociales, de la confiance et de l'estime de soi ▪ de meilleurs résultats scolaires ▪ une meilleure acceptation et la prise de conscience de son potentiel

Pour les parents, les pratiques non pharmacologiques comportent peu de risques et ne sont pas nuisibles à la santé ou au bien-être. Pour certaines pratiques, ils ont spécifiquement identifié les bénéfices qu'ils ont observés chez leur jeune. Le [tableau 9](#) résume les effets perçus par les parents, selon la pratique utilisée par leur jeune.

Tableau 9 Effets perçus par les parents de certaines pratiques non pharmacologiques

Types de pratiques non pharmacologiques ³⁰	Effets perçus par les parents
Activité physique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surplus d'énergie dépensé / énergie canalisée ▪ Plus grande concentration ▪ Développement des habiletés sociales ▪ Développement de la compétence de planification ▪ Meilleure santé et équilibre de vie ▪ Confiance en soi ▪ Plaisir à réaliser l'activité
Régimes alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentiment de bien-être
Suppléments nutritionnels (oméga-3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apaisement ▪ Plus grande concentration ▪ Doutes sur l'efficacité par un parent, mais préfère que son jeune en prenne ▪ Absence de résultats selon un autre parent
Yoga	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apaisement

Préférences en matière de services

La majorité des parents (74 %) estime que toutes les interventions ont été aidantes pour le TDAH de leur jeune, que ce soit le suivi avec un professionnel de la santé, les interventions psychosociales, les autres pratiques non pharmacologiques ou la médication.

³⁰ Un autre parent a aussi mentionné que son jeune bénéficie d'un meilleur fonctionnement depuis qu'il utilise l'activité physique, les suppléments nutritionnels et la massothérapie pour l'aider avec son TDAH, sans préciser à quelle pratique il attribue cette amélioration.

En bref

Selon les jeunes et les parents consultés, plusieurs jeunes ont recours ou ont déjà eu recours à des pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales pour les aider avec leur TDAH ou leurs difficultés apparentées :

- Les pratiques utilisées sont l'activité physique, la méditation, le yoga, les suppléments alimentaires (p. ex., oméga-3) et les régimes alimentaires ou diètes particulières;
- Les effets perçus par les jeunes et les parents sont l'apaisement, la diminution de l'impulsivité, de l'hyperactivité ou de l'anxiété ainsi qu'une meilleure concentration;
- Les parents considèrent aussi que les pratiques non pharmacologiques comportent peu de risques et qu'elles ne sont pas nuisibles à la santé ou au bien-être.

2.2.2 Consultation auprès des enseignants, des directeurs et des représentants des associations et des organismes de soutien

Afin d'explorer les pratiques non pharmacologiques employées en contexte clinique et scolaire pour accompagner les jeunes et leur famille, deux groupes de discussion ont été réalisés : un groupe auprès de trois enseignants et d'un directeur, tous de régions différentes du Québec, et un autre groupe auprès de huit représentants d'associations et d'organismes de soutien en provenance de cinq régions différentes du Québec. La section qui suit présente les résultats de cette consultation.

Selon les représentants des associations, en plus d'être centrées sur les besoins, les pratiques non pharmacologiques doivent être fondées sur des données probantes. Ils indiquent s'appuyer sur les connaissances scientifiques pour guider les jeunes et les parents sur les interventions à utiliser. Ils vont aussi les vulgariser pour les rendre plus accessibles et applicables.

Effets perçus des pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales

Les pratiques non pharmacologiques employées auprès des jeunes ayant un TDAH sont perçues par les répondants comme aidantes pour prendre en charge leurs symptômes. Elles sont considérées comme utiles et pertinentes lorsqu'elles sont centrées sur les besoins du jeune et adaptées à sa situation.

- Les pratiques non pharmacologiques les plus fréquemment employées en contexte scolaire sont l'activité physique, les activités inspirées de la méditation et du yoga ainsi que les activités à l'extérieur ou dans la nature³¹.

³¹ Pour certaines de ces approches, aucune information issue de la littérature scientifique ou grise correspondant aux critères d'inclusion des présents travaux n'a été répertoriée.

Selon les enseignants et les directeurs, les élèves qui emploient ces pratiques sont plus calmes et sont davantage motivés et disposés à travailler. Ils observent une augmentation de l'attention et de la concentration des jeunes. L'activité physique aurait également un impact positif sur leur fonctionnement général et leur bien-être.

Pour les associations et les organismes de soutien, les autres pratiques mises en œuvre dans leur milieu sont l'activité physique, le yoga, les activités basées sur les arts ou les approches assistées par les chevaux. Ils offrent également d'autres activités, comme des activités familiales, des camps de jour, d'été ou d'hiver et des ateliers de lecture ou de cuisine. Selon les représentants des associations, les jeunes sont plus calmes et ont une meilleure gestion de leurs émotions. Ils peuvent aussi durant ces activités développer leurs habiletés sociales.

En bref

Selon les représentants des milieux scolaires, les pratiques non pharmacologiques employées dans leur milieu sont l'activité physique, les activités de méditation ou de yoga et les activités dans la nature ou à l'extérieur :

- Les effets perçus sont : l'apaisement, une plus grande motivation et disposition à travailler, l'amélioration de l'attention et de la concentration;
- L'activité physique aurait aussi un effet positif sur le fonctionnement global et le bien-être.

Selon les représentants des milieux communautaires, les pratiques non pharmacologiques employées dans leur milieu sont l'activité physique, les activités basées sur le yoga ou les arts et les approches assistées par les chevaux :

- Les effets perçus sont l'apaisement et une meilleure gestion des émotions.

2.2.3 Consultation auprès du comité consultatif d'experts

L'ensemble des résultats issus des travaux a été présenté au comité consultatif d'experts qui accompagnait l'équipe de projet³². Il était composé de cliniciens, de professionnels de la santé et des services sociaux et de gestionnaires autres que ceux rencontrés dans les précédentes consultations³³.

Les membres du comité consultatif ont été invités à commenter la littérature recensée ainsi que les constats élaborés pour chacune des pratiques évaluées dans le cadre de ce rapport, et de fournir de l'information contextuelle et expérientielle liée à la prise en charge du TDAH au Québec. L'ensemble des commentaires et des informations additionnelles pertinentes au projet a été intégré avec les autres données en tout ou en partie, notamment dans la formulation des constats globaux.

Dans leur ensemble, les experts consultés se sont dits en faveur des résultats présentés et des constats élaborés par l'équipe de projet concernant les pratiques non pharmacologiques : 1) susceptibles d'améliorer les symptômes des jeunes présentant un TDAH; et 2) qui nécessitent plus de recherche avant d'être proposées pour traiter spécifiquement les symptômes du TDAH ou dont l'effet pour diminuer les symptômes du TDAH n'est pas soutenu par les données.

Les membres du comité n'avaient pas de commentaires sur les résultats des consultations des autres parties prenantes rencontrées dans le cadre de cet état des connaissances. Les propos de toutes les parties prenantes ont alors été intégrés afin d'élaborer les constats finaux.

Les membres du comité ont toutefois apporté quelques nuances concernant les régimes et suppléments alimentaires. En effet, bien que l'efficacité de ces pratiques pour réduire les symptômes du TDAH ne soit pas clairement démontrée, les cliniciens et professionnels consultés ont proposé d'intégrer à la prise en charge des jeunes une évaluation de leur état nutritionnel, puisque des carences alimentaires pourraient exacerber les symptômes du TDAH et qu'une intervention nutritionnelle pourrait y remédier et améliorer l'efficacité des autres interventions visant spécifiquement les symptômes du TDAH.

³² Les rencontres d'une durée de trois heures ont eu lieu le 27 mars 2024 et le 13 mai 2024. Lors de ces rencontres, les résultats portant sur les interventions psychosociales et rapportées dans l'avis publié par l'INESSS en 2024 [INESSS, 2024b] ont également été présentés. Certains experts ont aussi été consultés *ad hoc* selon les besoins du projet et leur expertise.

³³ Comme présenté à la [section 1.9.1](#), le comité était composé précisément de médecins de famille et spécialistes en pédiatrie, d'une infirmière, d'une neuropsychologue, d'un psychologue scolaire, d'une orthopédagogue, d'une psychoéducatrice, d'une nutritionniste, d'une pharmacienne, de chercheurs universitaires et de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

FORCES ET LIMITES

L'intégration de différentes sources de données comprenant l'efficacité clinique, les recommandations de guides de pratique clinique et de rapports d'évaluation des technologies de la santé (ETS) ainsi que la perspective de parties prenantes (jeunes ayant un TDAH et leurs parents, représentants d'associations, enseignants et directeurs d'école) renforcent la confiance envers les résultats et les constats dégagés. Une autre force porte sur les recommandations des guides de pratique clinique sur les pratiques non pharmacologiques. Ils sont majoritairement de qualité modérée ou élevée, augmentant ainsi le niveau de confiance des constats formulés. Seul un guide était de faible qualité.

En contrepartie, la méthodologie et les données incluses comportent certaines limites. Premièrement, l'évaluation de l'efficacité des pratiques non pharmacologiques s'appuyait sur des revues systématiques, ce qui n'a pas permis de relever autant de nuances qu'une revue des études primaires. De plus, pour certaines catégories de pratiques, les revues systématiques recensées présentaient un risque de biais élevé ou incertain, mais constituaient les seules preuves disponibles pour évaluer l'efficacité des pratiques. Également, il n'a pas été possible d'évaluer l'innocuité de certaines pratiques non pharmacologiques étant donné l'absence de données documentant cet aspect. Une autre limite est inhérente aux revues systématiques de la littérature incluses dans les présents travaux, dont les résultats de l'évaluation de la qualité n'ont pas toujours été rapportés pour chacune des études primaires évaluées. L'absence d'appréciation formelle de la qualité de la preuve constitue une autre limite.

Par ailleurs, les pratiques non pharmacologiques sont des approches complexes. Dans les études recensées, une hétérogénéité élevée a été observée dans le contenu et les modalités des interventions, y compris au sein d'une même catégorie de pratiques. Les échelles de mesure utilisées pour mesurer l'efficacité des pratiques étaient également hétérogènes entre les études. Cette hétérogénéité limite la comparabilité des données entre elles, et pourrait réduire la généralisabilité des résultats et des constats dégagés.

Concernant la revue narrative de la littérature scientifique sur les perceptions des parties prenantes, une seule étude a été répertoriée. Les perceptions et les expériences rapportées risquent de ne représenter que partiellement le vécu des jeunes, des parents ou des professionnels et limitent leur transférabilité au contexte québécois.

La méthodologie utilisée pour les consultations individuelles et de groupe avait pour but de recueillir des données contextuelles et expérientielles auprès des jeunes, des parents, des enseignants, des directeurs ainsi que des représentants des associations et des organismes de soutien sur les pratiques non pharmacologiques au Québec. Un nombre restreint de personnes a été rejoint, limitant la représentativité et la généralisabilité des résultats. Aucune personne du milieu scolaire de niveau secondaire ou collégial n'a été recrutée, ce qui limite également la prise en compte de ces secteurs. Ainsi, le nombre de répondants limite la portée des propos issus des consultations aux personnes et aux groupes de personnes rencontrées pour réaliser les présents travaux, et ne permet pas

de rendre compte de la diversité des perceptions et des expériences de l'ensemble de la population touchée par le TDAH. Malgré cela, le nombre de participants a permis d'obtenir une certaine diversité d'opinions et de perceptions à l'égard du TDAH et de dégager un consensus de constats et d'idées [Creswell, 1998; Morse, 1994].

Enfin, la portée des présents travaux n'incluait pas les aspects de la population adulte de plus de 25 ans, les aspects légaux ou juridiques en lien avec les pratiques non pharmacologiques, l'analyse de l'impact budgétaire et de l'efficacité économique des pratiques, certains contextes d'intervention (milieu hospitalier ou psychiatrique) ainsi que la comparaison de l'efficacité des pratiques en fonction de leurs modalités (p. ex., durée, fréquence, lieu, type de professionnel de la santé offrant l'intervention). D'autres travaux pourraient être nécessaires pour approfondir ces éléments.

PRINCIPAUX CONSTATS

L'intégration de l'ensemble des données scientifiques, contextuelles et expérientielles évaluées dans le cadre des présents travaux a permis de formuler les constats suivants.

Constats portant sur les effets des pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales sur les symptômes du TDAH, le fonctionnement et la qualité de vie

Les données de la littérature scientifique et grise suggèrent que **l'activité physique pourrait être une intervention prometteuse** pour réduire les symptômes du TDAH chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents ayant des symptômes ou un diagnostic de TDAH.

- De plus, les jeunes, les parents, les enseignants et les directeurs ainsi que les représentants d'associations considèrent que la pratique d'**activité physique** est particulièrement aidante pour diminuer les symptômes du TDAH ou les difficultés apparentées chez les jeunes.

Les données de la littérature scientifique et grise repérées **sont limitées ou ne démontrent pas clairement l'efficacité** des pratiques non pharmacologiques suivantes pour réduire les symptômes du TDAH ou améliorer le fonctionnement et la qualité de vie des jeunes :

- La stimulation magnétique transcrânienne;
- Les approches assistées par les chevaux;
- Les diètes d'élimination, l'élimination des colorants artificiels et l'élimination du sucre et de l'aspartame;
- Les suppléments d'acides gras polyinsaturés (oméga-3 et oméga-6);
- Les suppléments de zinc et de fer.

Constats généraux portant sur l'ensemble des pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales

Globalement, les jeunes, les parents, les enseignants et les directeurs ainsi que les représentants des associations considèrent que certaines pratiques non pharmacologiques sont utiles et aidantes pour diminuer les symptômes du TDAH ou les difficultés apparentées chez les jeunes. Les principaux effets perçus par les répondants sont notamment l'apaisement, l'amélioration de la concentration et la diminution de l'anxiété.

Les parents consultés ont également mentionné dans le cadre de ce rapport que les pratiques non pharmacologiques comportent peu de risques et qu'elles ne sont pas nuisibles à la santé ou au bien-être.

L'ensemble des experts consultés se sont dits en faveur avec les résultats présentés et les constats élaborés par l'équipe de projet concernant les pratiques non

pharmacologiques susceptibles d'améliorer les symptômes des jeunes présentant un TDAH et celles qui nécessitent plus de recherche avant d'être proposées pour traiter spécifiquement les symptômes du TDAH ou dont la capacité à diminuer les symptômes du TDAH n'est pas soutenue par les données.

Enfin, les experts ont souligné que bien que la capacité des régimes et des suppléments alimentaires à réduire les symptômes du TDAH ne soit pas clairement appuyée par les données de la littérature scientifique et grise, il pourrait être bénéfique d'intégrer à la prise en charge des jeunes une évaluation de l'état nutritionnel puisque des carences alimentaires pourraient exacerber les symptômes du TDAH et qu'une intervention nutritionnelle pourrait y remédier et améliorer l'efficacité des autres interventions visant spécifiquement les symptômes du TDAH.

CONCLUSION

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble fréquent qui peut toucher différentes sphères du fonctionnement des personnes, et ce, tout au long de la vie. Une prise en charge individualisée, intégrant des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques, peut aider à diminuer la sévérité des symptômes du TDAH et réduire leur impact sur le fonctionnement des jeunes et de leurs familles. Les présents travaux ont permis de formuler des constats appuyés sur les données scientifiques et sur les expériences de différentes parties prenantes, qui visent à éclairer les professionnels de la santé, les cliniciens et les intervenants des milieux scolaires et communautaires sur les meilleures pratiques à utiliser. Plus spécifiquement, l'activité physique a été reconnue comme une pratique prometteuse pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents présentant des symptômes ou un diagnostic de TDAH. Les présents travaux, de même que ceux de l'INESSS portant sur l'efficacité des interventions psychosociales [INESSS, 2024b], permettront d'alimenter la réflexion concernant la diversification de l'offre d'interventions non pharmacologiques pour les jeunes présentant un TDAH.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). 2022.
- Barbarese WJ, Campbell L, Diekroger EA, Froehlich TE, Liu YH, O'Malley E, *et al.* Society for developmental and behavioral pediatrics clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with complex attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of developmental and behavioral pediatrics* : JDBP 2020;41 Suppl 2S:S35-S57.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, *et al.* AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Cmaj* 2010;182(18):E839-E42.
- Buchanan DM, D'Angiulli A, Samson A, Maisonneuve AR, Robaey P. Acceptability of transcranial direct current stimulation in children and adolescents with ADHD: The point of view of parents. *Journal of health psychology* 2022;27(1):36-46.
- Canadian ADHD Resources Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. Toronto (Ontario) : 2020:128.
- CASP. CASP qualitative checklist. Critical Appraisal Skills Programme 2018;
- Chang JG, Cimino FM, Gossa W. ADHD in children: common questions and answers. *American family physician* 2020;102(10):592-602.
- Chimiklis AL, Dahl V, Spears AP, Goss K, Fogarty K, Chacko A. Yoga, mindfulness, and meditation interventions for youth with ADHD: systematic review and meta-analysis. *Journal of child and family studies* 2018;27(10):3155-68.
- Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA, US : Sage Publications, Inc; 1998.
- Danielson ML, Claussen AH, Bitsko RH, Katz SM, Newsome K, Blumberg SJ, *et al.* ADHD prevalence among U.S. children and adolescents in 2022: diagnosis, severity, co-occurring disorders, and treatment. *Journal of clinical child & adolescent psychology* 2024;53(3):343-60.
- Espinete SD, Graziosi G, Toplak ME, Hesson J, Minhas P. A review of Canadian diagnosed ADHD prevalence and incidence estimates published in the past decade. *Brain sciences* 2022;12(8):1051.
- Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, *et al.* The World Federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & biobehavioral reviews* 2021;128:789-818.
- Feldman ME, Charach A, Belanger SA. ADHD in children and youth: Part 2-Treatment. *Paediatrics & Child Health* 2018;23(7):462-72.

- Gillies D, Leach MJ, Perez Algorta G. Polyunsaturated fatty acids (PUFA) for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews 2023;4:CD007986.
- Granero R, Pardo-Garrido A, Carpio-Toro IL, Ramirez-Coronel AA, Martinez-Suarez PC, Reivan-Ortiz GG. The role of iron and zinc in the treatment of ADHD among children and adolescents: a systematic review of randomized clinical trials. *Nutrients* 2021;13(11)
- Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review. *Health research policy and systems* 2016;14:1-12.
- Haute Autorité de santé (HAS). Recommandation - Trouble du neurodéveloppement / TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents. France : HAS; 2024.
- Huang H, Jin Z, He C, Guo S, Zhang Y, Quan M. Chronic exercise for core symptoms and executive functions in ADHD: a meta-analysis. *Pediatrics* 2023;151(1)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Lignes directrices de revues rapides. Québec, QC : INESSS; 2023:40 p.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Énoncé de principes et fondements éthiques. Cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux. Québec, QC : INESSS; 2021.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins. Québec, QC : INESSS; 2017a:80 p.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins. Québec, QC : INESSS; 2017b:21p.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Prise en charge des jeunes de moins de 18 ans présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Québec, QC : INESSS; 2024a.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Interventions psychosociales chez les jeunes de moins de 18 ans présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Québec, QC : INESSS; 2024b:98 p.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Mémoire présenté dans le cadre des travaux de la Commission parlementaire sur la santé et les services sociaux : Mandat d'initiative - Augmentation préoccupante de la consommation de psychostimulants chez les enfants et les jeunes en lien avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Québec, QC : INESSS; 2019.

- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec. Québec, QC : INSPQ; 2019.
- Jensen ML et Vamosi M. The association between nonpharmacological interventions and quality of life in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc* 2023;36(2):114-23.
- Kemper AR, Maslow GR, Hill S, Namdari B, Allen LaPointe NM, Goode AP, *et al.* Attention deficit hyperactivity disorder : diagnosis and treatment in children and adolescents. 2018;
- Krull KR, Chan E, Augustyn M, Blake D. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *UpToDate*; 2023.
- Lakes KD, Cibrian FL, Schuck SEB, Nelson M, Hayes GR. Digital health interventions for youth with ADHD: a mapping review. *Computers in human behavior reports* 2022;6
- Li D, Li L, Zang W, Wang D, Miao C, Li C, *et al.* Effect of physical activity on attention in school-age children with ADHD: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in physiology* 2023;14:1189443.
- Montalva-Valenzuela F, Andrades-Ramirez O, Castillo-Paredes A. Effects of physical activity, exercise and sport on executive function in young people with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *European journal of investigation in health, psychology and education* 2022;12(1):61-76.
- Morse JM. Designing funded qualitative research. Dans : Denzin NK et Lincoln YS, réd. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications; 1994 : 220-35.
- National Institute for Health Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder : diagnosis and management. Londres, Angleterre : NICE; 2018.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71.
- Paillé P et Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 3e édition éd. Paris : A. Colin; 2012.
- Perez-Gomez J, Amigo-Gamero H, Collado-Mateo D, Barrios-Fernandez S, Munoz-Bermejo L, Garcia-Gordillo MA, *et al.* Equine-assisted activities and therapies in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2021;28(6):1079-91.
- Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, *et al.* The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian journal of pediatrics* 2023;49(1):48.
- Searight HR, Robertson K, Smith T, Perkins S, Searight BK. Complementary and alternative therapies for pediatric attention deficit hyperactivity disorder: a descriptive review. *ISRN psychiatry* 2012;2012:804127.

- Seiffer B, Hautzinger M, Ulrich R, Wolf S. The Efficacy of Physical Activity for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of attention disorders* 2022;26(5):656-73.
- Shrestha M, Lautenschleger J, Soares N. Non-pharmacologic management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a review. *Translational pediatric* 2020;9:114-24.
- Sun F, Fang Y, Chan CKM, Poon ETC, Chung LMY, Or PPL, *et al.* Structured physical exercise interventions and children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Child: care, health and development* 2024;50(1):e13150.
- Sun W, Yu M, Zhou X. Effects of physical exercise on attention deficit and other major symptoms in children with ADHD: a meta-analysis. *Psychiatry research* 2022;311:114509.
- Talebi S, Miraghajani M, Ghavami A, Mohammadi H. The effect of zinc supplementation in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and dose-response meta-analysis of randomized clinical trials. *Critical reviews in food science and nutrition* 2022;62(32):9093-102.
- Thomas DR. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American journal of evaluation* 2006;27(2):237-46.
- Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015;135(4):e994-e1001.
- Tran I, Sabol O, Mote J. The relationship between greenspace exposure and psychopathology symptoms: a systematic review. *Biological psychiatry global open science* 2022;2(3):206-22.
- Uldall Torp NM et Thomsen PH. The use of diet interventions to treat symptoms of ADHD in children and adolescents - a systematic review of randomized controlled trials. *Nordic journal of psychiatry* 2020;74(8):558-68.
- Vasiliadis HM, Diallo FB, Rochette L, Smith M, Langille D, Lin E, *et al.* Temporal trends in the prevalence and incidence of diagnosed ADHD in children and young adults between 1999 and 2012 in Canada: a data linkage study. *Canadian journal of psychiatry* 2017;62(12):818-26.
- Westwood SJ, Radua J, Rubia K. Noninvasive brain stimulation in children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN* 2021;46(1):E14-E33.
- Whiting P, Savović J, Higgins JP, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, *et al.* ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Recenti progressi in medicina* 2018;109(9):421-31.
- Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, *et al.* Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2019;144(4)

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

Québec 

Siège social

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

Bureau de Montréal

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

inesss.qc.ca

