


## ÉTAT DES PRATIQUES

### 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

Revue systématique sur les recommandations de bonne pratique quant à l'usage optimal des médicaments spécifiques au traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et annexes complémentaires

Une production de l'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

Revue systématique sur les recommandations de bonne pratique  
quant à l'usage optimal des médicaments spécifiques au traitement  
du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité  
(TDAH) et annexes complémentaires

*Rédigé par*  
Mélanie Turgeon  
Marie-Claude Breton  
Hélène Guay

*Coordination scientifique*  
Marie-Claude Breton

*Sous la direction de*  
Sylvie Bouchard



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

Ce document et ses annexes peuvent être consultés en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

### **Équipe de projet**

#### **Auteurs**

Mélanie Turgeon, B. Pharm., M. Sc.

Marie-Claude Breton, Ph. D.

Hélène Guay, Ph. D.

#### **Coordination scientifique**

Marie-Claude Breton, Ph. D.

#### **Direction**

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., M.B.A.

#### **Repérage d'information scientifique**

Lysanne St-Amour, MBSI

#### **Soutien documentaire**

Flavie Jouandon

### **Équipe éditoriale**

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

#### **Sous la coordination de**

Renée Latulippe, M. A.

#### **Avec la collaboration de**

Révision Littera Plus, révision linguistique

Mark Wickens, traduction

---

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-79575-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

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

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). 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. Revue systématique sur les recommandations de bonne pratique quant à l'usage optimal des médicaments spécifiques au traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) rédigé par Mélanie Turgeon, Marie-Claude Breton et Hélène Guay, Québec, Qc : INESSS; 27p.

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

---

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	I
SUMMARY.....	III
SIGLES ET ACRONYMES.....	V
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE .....	2
1.1 Revue systématique de la littérature .....	2
1.1.1 Question clé de recherche .....	2
1.1.2 Stratégie de recherche d'information.....	2
1.1.3 Critères de sélection des documents.....	3
1.1.4 Sélection des documents .....	3
1.1.5 Extraction des recommandations .....	4
1.1.6 Évaluation de la qualité méthodologique des documents .....	4
1.1.7 Méthodes d'analyse et de synthèse des données.....	4
1.1.8 Processus d'appréciation de la preuve des documents retenus .....	4
2 RÉSULTATS .....	5
2.1 Revue systématique de la littérature .....	5
2.1.1 Description des documents repérés .....	5
2.1.2 Recommandations de bonnes pratiques cliniques .....	5
2.2 Données contextuelles .....	7
DISCUSSION .....	8
CONCLUSION.....	11
ANNEXE A STRATÉGIES DE LA RECHERCHE D'INFORMATION .....	12
ANNEXE B SÉLECTION DE DOCUMENTS .....	15
ANNEXE C LISTE DES DOCUMENTS EXCLUS ET RAISONS DE L'EXCLUSION.....	16
ANNEXE D RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES DOCUMENTS .....	17
RÉFÉRENCES.....	25

# RÉSUMÉ

## Introduction

Les médicaments approuvés par Santé Canada pour le traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) incluent les psychostimulants, l'atomoxétine et la guanfacine à libération prolongée. Selon les données présentées dans la dernière édition du *Canadian Rx Atlas*, au Québec, le total des dépenses par personne associées aux médicaments spécifiques au TDAH est le double de ce qu'il est dans le reste du Canada [Smolina et Morgan, 2014]. L'INESSS a été sollicité par le ministre de la Santé et des Services sociaux afin de fournir un éclairage sur cette situation, qualifiée de préoccupante. Le ministre a précisé qu'il souhaitait obtenir un portrait de l'usage des médicaments spécifiques au traitement du TDAH au Québec. L'INESSS a choisi de réaliser une recension systématique des recommandations de bonne pratique associées au traitement pharmacologique optimal de ce trouble, afin d'ultimement les comparer aux résultats du portrait de l'usage des médicaments.

## Méthodes

Une revue systématique des guides de pratique clinique, des conférences de consensus et des rapports d'évaluation des technologies de la santé publiés entre 2010 et 2015 a été menée. Cet exercice visait le repérage des recommandations quant au traitement pharmacologique optimal du TDAH publiées par différentes autorités nationales et internationales. La recherche documentaire a été effectuée à partir des bases de données MEDLINE (PubMed) et Embase (OvidSP) et de la littérature grise. La méthodologie employée pour mener cette revue systématique respecte les normes de production de l'INESSS.

## Résultats

### Revue systématique des recommandations pour la pratique clinique

La recherche de l'information a permis de répertorier trois guides de pratique clinique de bonne qualité méthodologique : un guide français, un guide espagnol et un guide américain. Le guide américain mentionne que les médecins de première ligne sont habilités à établir un diagnostic de TDAH, tandis que les guides français et espagnol spécifient que seuls des professionnels spécialisés en TDAH peuvent formuler ce diagnostic. En France, à cet égard, on parle même de médecins spécialistes [HAS, 2014]. Dans les trois guides, il est spécifié que le même type de médecin que celui qui établit le diagnostic peut prescrire la médication. En France, bien que l'ordonnance initiale et les renouvellements annuels soient réservés aux médecins spécialistes, les autres renouvellements peuvent être faits par tout médecin, avec possibilité d'adapter les posologies. Les guides américain et espagnol recommandent un traitement pharmacologique spécifique au TDAH ou des interventions comportementales en première intention chez les 6 à 18 ans. En Espagne, les approches non pharmacologiques semblent tout de même être favorisées chez les patients avec un TDAH léger. Selon un document français publié après le guide de pratique clinique, le traitement pharmacologique devrait être appliqué en deuxième intention en France. La disponibilité des médicaments spécifiques au TDAH et leur place dans la thérapie sont bien différentes d'un pays à l'autre. Dans les guides européens, on mentionne le méthylphénidate (et l'atomoxétine en Espagne). Aux États-Unis, on ne privilégie pas un médicament par rapport à un autre parmi les médicaments approuvés – psychostimulants et non psychostimulants. Les enfants de moins de 6 ans ont fait l'objet d'un seul guide, soit le guide

américain. Seuls les enfants de 4 et 5 ans y sont mentionnés, et on y indique que le méthylphénidate pourrait être utilisé en deuxième intention en cas d'échec des thérapies comportementales. Les guides américain et français spécifient que le suivi de la pharmacothérapie pourrait être effectué par un médecin de première ligne. Parmi les éléments de suivi associés à la pharmacothérapie, l'efficacité du traitement, la présence d'effets indésirables, la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la taille et le poids du patient sont mentionnés dans les guides français et espagnol.

### **Données contextuelles**

Au Canada, les cliniciens travaillent avec le guide de la Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Ce document a été reconnu par la stratégie de recherche documentaire, mais il a été jugé de moins bonne qualité méthodologique; c'est pourquoi il n'a pas été retenu dans le cadre de la revue systématique. Pour l'INESSS, il est important de prendre connaissance des outils locaux avec lesquels travaillent les cliniciens québécois. C'est selon cette perspective que les recommandations contenues dans le guide de la CADDRA ont été consultées.

Le guide canadien mentionne que les professionnels qui établissent le diagnostic de TDAH, commencent le traitement pharmacologique et en assurent le suivi peuvent être des médecins de première ligne ou des médecins spécialistes. Concernant la place de la pharmacothérapie dans l'arsenal thérapeutique, le guide de la CADDRA recommande un traitement pharmacologique spécifique au TDAH ou des interventions comportementales en première intention, en mentionnant les avantages du traitement multimodal. Plus précisément, pour les enfants de 6 à 12 ans, les médicaments recommandés en première intention sont les psychostimulants à longue durée d'action. Les psychostimulants à courte et moyenne durée d'action de même que l'atomoxétine et la guanfacine représentent des options de deuxième intention. Chez les adolescents et les adultes, les recommandations sont les mêmes, sauf en ce qui concerne la guanfacine dont l'utilisation n'est pas recommandée dans ces groupes d'âge. Comme éléments de suivi associés à la pharmacothérapie, le guide canadien recommande, entre autres, le suivi de l'efficacité du traitement, de la santé physique, des signes vitaux, des effets indésirables, du fonctionnement familial, du bien-être personnel et familial ainsi que la mise en place de stratégies de gestion et de thérapies comportementales.

### **Conclusions**

Au terme de la collecte de l'information contenue dans les recommandations de bonne pratique clinique et dans les données contextuelles, l'INESSS conclut que la place de la thérapie pharmacologique dans l'arsenal thérapeutique du TDAH varie beaucoup d'un guide clinique à un autre (donc d'un pays à un autre), tout comme l'action du médecin de première ligne dans l'établissement du diagnostic de TDAH ainsi que dans le début et le suivi du traitement.

# SUMMARY

## Introduction

The drugs approved by Health Canada for the treatment of attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD) include psychostimulants, atomoxetine and guanfacine extended release. According to the data presented in the latest edition of the *Canadian Rx Atlas*, in Québec, total per-person expenditures associated with drugs specific to ADHD are twice what they are in the rest of Canada [Smolina and Morgan, 2014]. The Minister of Health and Social Services asked INESSS to shed light on this situation, which is described as troubling. The Minister indicated that he wanted to obtain an overview of the use of drugs specific to the treatment of ADHD in Québec. INESSS chose to carry out a systematic review of the good practice recommendations regarding the optimal pharmacological treatment of this disorder with the ultimate objective of comparing them with the overview's findings.

## Methods

A systematic review of the clinical practice guidelines, consensus conferences and health technology assessment reports published between 2010 and 2015 was conducted for the purpose of identifying recommendations regarding the optimal pharmacological treatment of ADHD published by different national and international authorities. The literature search was performed in the MEDLINE (PubMed) and Embase (OvidSP) databases and in the grey literature. The methodology used to carry out this systematic review is in accordance with INESSS's production standards.

## Results

### Systematic review of the clinical practice recommendations

The information search led to the identification of three clinical practice guidelines of good methodological quality: a French guideline, a Spanish guideline and an American guideline. The American guideline states that primary care physicians are authorized to diagnose ADHD, while the French and Spanish guidelines stipulate that only professionals specializing in ADHD may diagnose this disorder. In this regard, in France, the recommendations even mention referring to a medical specialist [HAS, 2014]. All three guidelines state that the type of physician who makes the diagnosis may also prescribe medication. In France, although the initial prescription and the annual renewals are reserved for medical specialists, the other renewals can be made by any physician, who can also modify the dosages. The Spanish and American guidelines recommend either a pharmacological treatment specific to ADHD or behavioural interventions as first-line therapy in 6- to 18-year-olds. In Spain, the nonpharmacological approaches nonetheless seem to be preferred for patients with mild ADHD. According to a French document published after the clinical practice guideline, pharmacological therapy should be used on a second-line basis in France. The availability of drugs specific to ADHD and their therapeutic role differ considerably from one country to another. The European guidelines mention methylphenidate (and atomoxetine in Spain). In the United States, there is no preference among the approved drugs – psychostimulants and non-psychostimulants. Children under 6 years of age are covered in only one guideline, the American guideline, which mentions only 4- and 5-year-olds and which states that methylphenidate could be used on a second-line basis if behavioural therapies fail. The French and American guidelines state that the pharmacotherapy could be monitored by a

primary care physician. Some of the components of this monitoring mentioned in the Spanish and French guidelines are the treatment's effectiveness, the presence of adverse effects, and the patient's heart rate, blood pressure, height and weight.

### **Contextual data**

In Canada, clinicians use the Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA) guideline. It was identified through the literature search strategy but was considered to be of less good methodological quality and was therefore not selected for the systematic review. For INESSS, it is important to examine the local tools used by Québec clinicians. It was from this perspective that the recommendations in the CADDRA guideline were consulted.

The Canadian guideline states that the professionals who diagnose ADHD, start pharmacological treatment and monitor it can be primary care physicians or medical specialists. On the subject of the role of pharmacotherapy in the therapeutic arsenal, the CADDRA guideline recommends a pharmacological treatment specific to ADHD or behavioural interventions on a first-line basis and mentions the advantages of multimodal therapy. More specifically, for children aged 6 to 12 years, the drugs recommended on a first-line basis are long-acting psychostimulants. Short- and medium-acting psychostimulants and atomoxetine and guanfacine are second-line options. In adolescents and adults, the recommendations are the same, except with regard to guanfacine, which is not recommended in these age groups. With regard to the components of pharmacotherapy monitoring, the Canadian guideline recommends, among other things, monitoring the treatment's effectiveness, the patient's physical health and vital signs, adverse effects, family functioning, personal and family well-being, and putting in place behaviour management and therapy strategies.

### **Conclusions**

After it finished collecting the information in the good clinical practice recommendations and the contextual data, INESSS concluded that the role of pharmacotherapy in the therapeutic arsenal for ADHD varies substantially from one clinical guideline to another (and, therefore, from one country to another), as do the steps taken by the primary care physician in making a diagnosis of ADHD and in starting and monitoring the treatment.

# SIGLES ET ACRONYMES

AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
AAP	American Academy of Pediatrics
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
ACP	American College of Physicians
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
AMC	Association médicale canadienne
CA	Courte durée d'action
CADDRA	Canadian ADHD Resource Alliance
CPS	Canadian Paediatric Society
ESCAP	European Society of Child and Adolescent Psychiatry
FDA	Food and Drug Administration
G-I-N	Guidelines International Network
GPC	Guide de pratique clinique
HAS	Haute Autorité de Santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique
LA	Longue durée d'action
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NGC	National Guideline Clearinghouse
NZGG	New Zealand Guidelines Group
RACP	Royal Australasian College of Physicians
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité



# INTRODUCTION

Selon l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un problème développemental qui touche approximativement 1 enfant sur 20, à des degrés de sévérité variables [CADTH, 2011a]. Ce trouble se caractérise par des niveaux inappropriés d'inattention, pouvant être associés à de l'hyperactivité ou à de l'impulsivité, qui interfèrent de façon significative avec les activités quotidiennes de l'enfant dans les différents milieux où il évolue (maison, école, loisirs). Par ailleurs, d'après le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), le ratio garçon-fille pour la prévalence du TDAH serait d'au moins 4 pour 1 chez les enfants et les adolescents [SIGN, 2009]. Le diagnostic du TDAH est basé sur le jugement clinique et l'observation d'un ensemble de comportements, puisqu'il n'existe pas à l'heure actuelle de marqueur biologique à cet effet.

Les médicaments approuvés par Santé Canada pour le traitement spécifique du TDAH sont les psychostimulants (méthylphénidate et dérivés d'amphétamines), l'atomoxétine et la guanfacine à libération prolongée. Selon les données présentées dans la dernière édition du *Canadian Rx Atlas*, au Québec, le total des dépenses par personne associées aux médicaments spécifiques au TDAH est le double de ce qu'il est dans le reste du Canada<sup>1</sup> [Smolina et Morgan, 2014].

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, dans une lettre adressée à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en mai 2015, qualifie la situation de préoccupante. Il demande à l'INESSS de se pencher précisément sur cette problématique dans le cadre de ses travaux portant sur le chantier de la pertinence clinique au regard de l'usage optimal des médicaments. À terme, le ministre demande de produire un portrait de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Québec.

Parallèlement à l'élaboration du portrait d'usage, l'INESSS a choisi de réaliser une revue systématique des recommandations de bonne pratique associées au traitement de ce trouble. L'objectif de cet exercice est de comparer les résultats du portrait aux recommandations contenues dans les guides de pratique clinique des différentes autorités nationales et internationales quant au traitement pharmacologique optimal du TDAH.

L'objectif de ce rapport est donc de présenter les résultats de la revue systématique de la littérature, plus précisément les recommandations concernant :

- le type de professionnel qui établit le diagnostic de TDAH;
- la discipline du prescripteur de la pharmacothérapie initiale;
- les indications de la pharmacothérapie;
- la nature de la pharmacothérapie initiale;
- la place de la pharmacothérapie chez les moins de 6 ans;
- la discipline du médecin qui effectue le suivi de la pharmacothérapie;
- les éléments de suivi associés à la pharmacothérapie.

---

1. Il est à noter qu'il s'agit du total des dépenses par personne par rapport à l'ensemble de la population et non du total des dépenses par personne seulement pour les gens traités pour le TDAH.

---

# 1 MÉTHODOLOGIE

---

## 1.1 Revue systématique de la littérature

La méthodologie employée pour mener la présente revue systématique de la littérature respecte les normes de production de l'INESSS.

### 1.1.1 Question clé de recherche

Quelles sont les bonnes pratiques cliniques recommandées quant à l'usage optimal des médicaments spécifiques au TDAH (psychostimulants et non psychostimulants) chez les enfants et les jeunes adultes (0 à 25 ans) atteints de TDAH?

### 1.1.2 Stratégie de recherche d'information

La stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec un spécialiste en information scientifique (bibliothécaire). Afin de diminuer les biais de divulgation, la recherche de l'information a été effectuée dans plus d'une base de données en se restreignant aux publications en anglais ou en français. De plus, une recherche particulière a été menée afin de répertorier les documents qui n'ont pas été publiés dans des périodiques ayant un processus de révision par les pairs.

La recherche d'information scientifique a été faite dans MEDLINE (PubMed) et Embase (Ovid). Elle a été limitée aux guides de pratique clinique, aux conférences de consensus et aux rapports d'évaluation des technologies de la santé publiés entre 2010 et 2015. Les bibliographies des publications retenues ont été consultées afin de répertorier d'autres documents pertinents. Une recherche de la littérature grise a été effectuée en consultant les sites Web des agences, organismes, associations et institutions, dont : Guidelines International Network (G-I-N), National Guideline Clearinghouse (NGC), International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Haute Autorité de Santé (HAS), American College of Physicians (ACP) Clinical Practice Guidelines, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) et New Zealand Guidelines Group (NZGG), Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA), Royal Australasian College of Physicians (RACP), Canadian Paediatric Society (CPS), American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP), Campbell Collaboration, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), Infobanque AMC (Association médicale canadienne), Toward Optimized Practice, KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique), Trip Database et Centre for Reviews and Dissemination of University of York (DARE, NHS EED, HTA). Le moteur de recherche Google a aussi été interrogé. Le détail des différentes stratégies est donné à l'annexe A.

### 1.1.3 Critères de sélection des documents

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents

<b>Critères d'inclusion</b>	
<b>POPULATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personnes de 25 ans ou moins atteintes de TDAH</li> </ul>
<b>INTERVENTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychostimulants à base de méthylphénidate</li> <li>▪ Psychostimulants à base d'amphétamines</li> <li>▪ Non psychostimulant : atomoxétine</li> <li>▪ Non psychostimulant : guanfacine à libération prolongée</li> </ul>
<b>RÉSULTATS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Type de professionnel qui formule le diagnostic de TDAH</li> <li>▪ Discipline du prescripteur de la pharmacothérapie initiale</li> <li>▪ Indications de la pharmacothérapie</li> <li>▪ Nature de la pharmacothérapie initiale</li> <li>▪ Place de la pharmacothérapie chez les moins de 6 ans</li> <li>▪ Discipline du médecin qui effectue le suivi de la pharmacothérapie</li> <li>▪ Éléments de suivi associés à la pharmacothérapie</li> </ul>
<b>TYPES DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guides de pratique clinique</li> <li>▪ Conférences de consensus</li> <li>▪ Rapports d'évaluation des technologies de la santé</li> </ul>
<b>QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents jugés de bonne qualité méthodologique à partir de la grille d'évaluation AGREE II</li> </ul>
<b>PÉRIODE DE RECHERCHE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les documents de 2010 à 2015 ont été retenus.</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	
<b>TYPES DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Thèses de doctorat et mémoires de maîtrise, essais cliniques à répartition aléatoire, études observationnelles, séries de cas, études de cas, résumés de conférences, revues systématiques</li> </ul>
<b>QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents jugés de faible qualité méthodologique à partir de la grille d'évaluation AGREE II</li> </ul>
<b>LANGUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres que le français et l'anglais</li> </ul>

### 1.1.4 Sélection des documents

La sélection des documents (annexes B et C) répertoriés par la recherche de l'information scientifique a été effectuée de façon indépendante par deux examinateurs selon les critères de sélection des études qui ont été présentés précédemment. En cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue.

### **1.1.5 Extraction des recommandations**

L'extraction des informations a été effectuée par un examinateur à l'aide de formulaires d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. L'information a été validée par un deuxième examinateur.

### **1.1.6 Évaluation de la qualité méthodologique des documents**

L'évaluation de la qualité des documents a été faite de façon indépendante par deux examinateurs. L'outil d'évaluation AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) [Brouwers *et al.*, 2010] a été utilisé pour évaluer la qualité des documents. Les désaccords ont été réglés par consensus. Les documents de bonne qualité sont ceux qui ont obtenu un score global – tenant compte des résultats des deux évaluateurs – fixé arbitrairement à 60 % ou plus. Les publications de faible qualité méthodologique ont été exclues. Les documents incluant des recommandations non basées sur une revue systématique – la recherche de l'information doit avoir été effectuée dans plus d'une base de données – ont également été exclus. L'évaluation de la qualité méthodologique des documents est présentée à l'annexe D.

### **1.1.7 Méthodes d'analyse et de synthèse des données**

Les recommandations quant à l'usage optimal des psychostimulants et des médicaments non psychostimulants chez les enfants et les jeunes adultes atteints de TDAH extraites des guides de pratique clinique et des conférences consensuelles ont été résumées sous la forme d'une synthèse narrative analytique.

### **1.1.8 Processus d'appréciation de la preuve des documents retenus**

La qualité de l'ensemble de la preuve est basée sur une évaluation secondaire de l'appréciation de la qualité scientifique des études faite par les auteurs des documents retenus. Plus précisément, la qualité méthodologique des études primaires ayant servi à l'élaboration des recommandations des documents retenus n'a pas été évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS.

---

## 2 RÉSULTATS

---

### 2.1 Revue systématique de la littérature

#### 2.1.1 Description des documents repérés

La recherche de l'information a permis de répertorier 1724 documents parmi lesquels 3 guides de pratique clinique de bonne qualité méthodologique ont été retenus pour la période de 2010 à 2015 [HAS, 2014; Wolraich *et al.*, 2011; Ministry of Health, 2010]. Les recommandations provenant de ces guides de pratique clinique sont basées sur des données probantes ainsi que sur l'opinion d'experts.

#### 2.1.2 Recommandations de bonnes pratiques cliniques

##### 2.1.2.1 Type de professionnel qui établit le diagnostic de TDAH

Les auteurs du guide de l'American Academy of Pediatrics (AAP) [Wolraich *et al.*, 2011] mentionnent que les cliniciens de première ligne peuvent formuler un diagnostic de TDAH. Dans les guides européens, la situation est différente. En Espagne, seuls les professionnels de la santé avec formation et expérience dans le diagnostic du TDAH et de ses plus fréquentes comorbidités peuvent établir ce diagnostic [Ministry of Health, 2010], tandis que seuls les médecins spécialistes – psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, neuropédiatre ou neurologue – peuvent le faire en France [HAS, 2014].

##### 2.1.2.2 Discipline du prescripteur de la pharmacothérapie initiale

Le guide de l'AAP [Wolraich *et al.*, 2011] spécifie que les cliniciens de première ligne peuvent prescrire un traitement pharmacologique spécifique au TDAH. En France, la prescription de méthylphénidate est réglementée. L'ordonnance initiale et les renouvellements annuels sont réservés aux spécialistes ou aux services hospitaliers spécialisés en neurologie, en psychiatrie ou en pédiatrie. Les autres renouvellements peuvent être faits par tout médecin, avec possibilité d'adapter les posologies [HAS, 2014]. Le guide espagnol recommande que le traitement pharmacologique soit entrepris par un médecin dûment qualifié qui est un expert dans le traitement du TDAH et de ses comorbidités les plus fréquentes [Ministry of Health, 2010].

##### 2.1.2.3 Indications de la pharmacothérapie

Les guides américain [Wolraich *et al.*, 2011] et espagnol [Ministry of Health, 2010] recommandent un traitement pharmacologique spécifique au TDAH ou des interventions comportementales en première intention chez les 6 à 18 ans. Cependant, dans l'algorithme de traitement du TDAH présenté à la fin du guide espagnol, les approches non pharmacologiques semblent favorisées chez les patients avec un TDAH léger. Bien que la place de la pharmacothérapie dans l'arsenal thérapeutique ne soit pas discutée dans le guide français [HAS, 2014], dans un autre document publié peu après par la Haute Autorité de Santé (HAS) et intitulé *Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille - Questions / Réponses*, il est mentionné que le médicament ne devrait être utilisé qu'en deuxième intention, lorsqu'une prise en charge psychologique,

éducative et sociale s'avère insuffisante [HAS, 2015]. Il est à noter que ce document ne présente pas de recommandations officielles.

#### **2.1.2.4 Nature de la pharmacothérapie initiale**

Dans le guide espagnol, les médicaments recommandés sont le méthylphénidate et l'atomoxétine en raison de leur efficacité et de leur tolérabilité aux doses recommandées. Il est à noter qu'en Espagne, en 2010, les dérivés d'amphétamine et la guanfacine à libération prolongée n'étaient pas disponibles à la vente [Ministry of Health, 2010]. Aux États-Unis, l'AAP recommande exclusivement l'usage du méthylphénidate chez les 4 et 5 ans (en deuxième intention), alors qu'elle recommande l'utilisation de l'ensemble des médicaments approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) pour le traitement du TDAH – méthylphénidate, dérivés d'amphétamines, atomoxétine, guanfacine à libération prolongée, clonidine – chez les 6 à 18 ans. Il est spécifié que le médecin devrait titrer les doses de médication afin d'obtenir le maximum de bénéfices avec un minimum d'effets indésirables [Wolraich *et al.*, 2011]. Le guide français ne formule aucune recommandation particulière relativement à la nature de la pharmacothérapie initiale. Toutefois, il est à noter que le méthylphénidate est le seul médicament indiqué dans le traitement du TDAH en France [HAS, 2014].

#### **2.1.2.5 Place de la pharmacothérapie chez les moins de 6 ans**

La place de la pharmacothérapie chez les moins de 6 ans a été abordée seulement dans le guide américain. Selon l'AAP, pour les enfants de 4 et 5 ans, le médecin pourrait prescrire le méthylphénidate en deuxième intention si les interventions comportementales échouent – si les interventions comportementales ne sont pas disponibles, le médecin devrait évaluer les risques et les bénéfices de la thérapie médicamenteuse chez le patient à un si jeune âge. Dans ce guide, la place de la pharmacothérapie chez les moins de 4 ans n'a pas été abordée [Wolraich *et al.*, 2011].

#### **2.1.2.6 Discipline du médecin qui effectue le suivi de la pharmacothérapie**

Le guide américain de l'AAP recommande que les cliniciens de première ligne fassent le suivi de la pharmacothérapie [Wolraich *et al.*, 2011]. Le guide de l'HAS indique qu'en France, bien que le médecin de premier recours ne puisse pas établir le diagnostic de TDAH ni remettre l'ordonnance initiale (le cas échéant), il peut effectuer le suivi de la pharmacothérapie. Le guide français spécifie que le suivi par le médecin de premier recours est organisé en collaboration avec le médecin spécialiste et avec les professionnels de la santé qui interviennent dans la prise en charge des comorbidités de l'enfant. Il est donc question d'un suivi conjoint [HAS, 2014]. Le guide espagnol n'aborde pas ce sujet.

#### **2.1.2.7 Éléments de suivi associés à la pharmacothérapie**

Les éléments de suivi associés à la pharmacothérapie ont été abordés seulement dans les deux guides européens. Les paramètres de suivi liés à la pharmacothérapie recommandés dans les guides français et espagnol sont les suivants : présence d'effets indésirables, fréquence cardiaque, tension artérielle et croissance (taille, poids) [HAS, 2014; Ministry of Health, 2010]. En plus de ces paramètres, l'HAS mentionne l'observance du traitement et la présence de troubles du sommeil, de troubles psychiatriques, d'agressivité, de comportements hostiles, de convulsions ou de tics moteurs ou verbaux [HAS, 2014], tandis que les autorités espagnoles recommandent de mesurer l'efficacité de la médication [Ministry of Health, 2010].

## 2.2 Données contextuelles

Au Canada, les cliniciens travaillent avec le guide de la Canadian ADHD Resource Alliance [CADDRA, 2011]. Ce document a été repéré par la stratégie de recherche documentaire, mais il a été jugé de faible qualité méthodologique. C'est pourquoi il n'a pas été retenu par le processus de la revue systématique. Les principales faiblesses de ce guide concernent surtout la rigueur déficiente de son processus d'élaboration. Par exemple, les méthodes ayant permis de faire la recherche des preuves scientifiques ne sont pas spécifiées et les critères de sélection des preuves ne sont pas clairement décrits. Il est toutefois important de prendre connaissance des outils locaux avec lesquels les cliniciens québécois travaillent, et c'est pourquoi les recommandations contenues dans le guide de la CADDRA ont été consultées, à titre de données contextuelles.

Le guide canadien a la particularité d'inclure les adultes et il s'adresse autant aux médecins de première ligne qu'aux spécialistes. Cependant, selon la CADDRA, la prestation de services relative au TDAH n'est possible que si elle s'inscrit dans le cadre de la pratique des soins de première ligne. Les professionnels qui établissent le diagnostic de TDAH, entreprennent le traitement pharmacologique et en assurent le suivi peuvent donc être des médecins de première ligne ou des médecins spécialistes. Il est tout de même conseillé de considérer un deuxième avis ou de s'adresser à un spécialiste si le patient a une histoire clinique complexe ou si un traitement pharmacologique élaboré est envisagé. Concernant la place de la pharmacothérapie dans l'arsenal thérapeutique, le guide canadien recommande un traitement pharmacologique spécifique au TDAH ou des interventions comportementales en première intention – sans faire de distinction entre les cas de TDAH légers, modérés ou sévères – en mentionnant les avantages du traitement multimodal. Plus précisément, pour les enfants de 6 à 12 ans, les médicaments recommandés en première intention sont les psychostimulants à longue durée d'action. Les psychostimulants à courte et moyenne durée d'action de même que l'atomoxétine et la guanfacine à libération prolongée représentent des options de deuxième intention. Chez les adolescents et les adultes, les recommandations sont les mêmes, sauf en ce qui concerne la guanfacine à libération prolongée dont l'utilisation n'est pas recommandée dans ces groupes d'âge. Comme éléments de suivi associés à la pharmacothérapie, le guide de la CADDRA recommande, entre autres, le suivi de l'efficacité du traitement, de la santé physique, des signes vitaux, des effets indésirables, du fonctionnement familial, du bien-être personnel et familial, de la mise en place de stratégies de gestion et des thérapies comportementales [CADDRA, 2011].

---

## DISCUSSION

---

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a demandé à l'INESSS de produire un portrait de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Québec. Parallèlement à la réalisation du portrait demandé, l'INESSS a choisi de produire une revue systématique des recommandations de bonne pratique associées au traitement du TDAH. Pour ce faire, une recension systématique des guides de pratique clinique, des conférences de consensus et des rapports d'évaluation des technologies de la santé a été effectuée. Parmi tous les documents répertoriés, trois ont été jugés de bonne qualité méthodologique et ont été retenus [HAS, 2014; Wolraich *et al.*, 2011; Ministry of Health, 2010]. Les recommandations contenues dans ces documents sont présentées dans le présent rapport. Les recommandations du guide canadien produit par la CADDRA ont également été consultées, à titre de données contextuelles [CADDRA, 2011].

### **Bilan des principaux constats**

#### **Type de professionnel qui établit le diagnostic de TDAH et discipline du prescripteur de la pharmacothérapie initiale**

La situation est différente entre l'Europe et l'Amérique du Nord concernant le professionnel habilité à établir un diagnostic de TDAH. Aux États-Unis et au Canada, les médecins de première ligne peuvent le faire [CADDRA, 2011; Wolraich *et al.*, 2011] tandis que, en France et en Espagne, seuls des professionnels spécialisés en TDAH sont habilités à formuler ce diagnostic [HAS, 2014; Ministry of Health, 2010]. En France, on parle même de médecins spécialistes [HAS, 2014]. Dans les quatre guides consultés, il est spécifié que le même type de médecin que celui qui établit le diagnostic peut prescrire la médication [HAS, 2014; CADDRA, 2011; Wolraich *et al.*, 2011; Ministry of Health, 2010]. En France, bien que l'ordonnance initiale et les renouvellements annuels soient réservés aux médecins spécialistes, les autres renouvellements peuvent être faits par tout médecin, avec possibilité d'adapter les posologies [HAS, 2014].

#### **Indications de la pharmacothérapie**

Les guides canadien, américain et espagnol recommandent un traitement pharmacologique spécifique au TDAH ou des interventions comportementales en première intention chez les 6 à 18 ans [CADDRA, 2011; Wolraich *et al.*, 2011; Ministry of Health, 2010]. Tel que mentionné précédemment, noter que, dans l'algorithme de traitement du TDAH présenté dans le guide espagnol, les approches non pharmacologiques semblent être favorisées chez les patients avec un TDAH léger [Ministry of Health, 2010]. Selon un document de la HAS de France, publié après le guide de pratique clinique, le traitement pharmacologique devrait être appliqué en deuxième intention [HAS, 2015].

#### **Nature de la pharmacothérapie initiale et place de la pharmacothérapie chez les moins de 6 ans**

La disponibilité des médicaments spécifiques au TDAH et leur place dans la thérapie sont bien différentes d'un pays à l'autre. Dans les guides européens, on mentionne le méthylphénidate (et l'atomoxétine en Espagne) [HAS, 2014; Ministry of Health, 2010]. Aux États-Unis, l'AAP ne privilégie pas un médicament par rapport à un autre parmi les médicaments approuvés [Wolraich *et al.*, 2011], tandis qu'au Canada la CADDRA suggère en première intention les psychostimulants à longue durée d'action [CADDRA, 2011]. Les enfants de moins de 6 ans ont

fait l'objet d'un seul guide, soit celui de l'AAP dans lequel seul le cas des enfants de 4 et 5 ans est abordé. On y mentionne que le méthylphénidate pourrait être prescrit en deuxième intention en cas d'échec des thérapies comportementales [Wolraich *et al.*, 2011].

### **Discipline du médecin qui effectue le suivi de la pharmacothérapie et éléments de suivi associés à la pharmacothérapie**

Les guides français, canadien et américain spécifient que le suivi de la pharmacothérapie pourrait être effectué par un médecin de première ligne [HAS, 2014; CADDRA, 2011; Wolraich *et al.*, 2011]. Parmi les éléments de suivi, l'efficacité du traitement, la présence d'effets indésirables, la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la taille et le poids sont les plus souvent mentionnés [HAS, 2014; CADDRA, 2011; Ministry of Health, 2010].

### **Autres recommandations**

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a publié en 2011 un rapport visant à résumer les preuves cliniques et le contenu des guides de pratique clinique relatifs au TDAH, avec un accent mis sur la durée d'action des médicaments. Pour ce faire, une revue systématique des guides de pratique clinique a été réalisée et a permis de trouver huit guides pour la période de 2006 à 2011. Parmi ceux-ci, selon l'ACMTS, trois guides basés sur des preuves se démarquaient par des méthodes scientifiques rigoureuses : un guide du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) publié en 2008 [NICE, 2008], un guide du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) publié en 2009 [SIGN, 2009] et un guide du Royal Australasian College of Physicians (RACP) de 2009 [RACP, 2009]. Ces trois guides ayant été publiés avant 2010, la présente revue systématique de la littérature de l'INESSS ne les a pas retenus. Parmi les principaux constats, l'ACMTS a relevé que, dans ces trois guides de bonne qualité méthodologique, la place du traitement pharmacologique dans l'arsenal thérapeutique du TDAH est différente selon le degré de sévérité du trouble. En effet, l'ACMTS a constaté que, dans les guides du NICE, du SIGN et du RACP, il est recommandé d'utiliser un traitement pharmacologique avec des psychostimulants en première intention seulement pour les enfants avec TDAH sévère. L'ACMTS précise que, dans les documents du Royaume-Uni, de l'Écosse et de l'Australie, l'utilisation de l'atomoxétine est recommandée lorsque les psychostimulants sont inefficaces, non tolérés ou contre-indiqués, et ce, toujours pour les enfants avec TDAH sévère [CADTH, 2011a]. Par ailleurs, d'après ces trois guides, l'établissement du diagnostic du TDAH et l'instauration du traitement pharmacologique semblent être des actes plutôt réservés à des spécialistes de ce trouble [RACP, 2009; SIGN, 2009; NICE, 2008].

### **Quelques constats**

À la lumière des recommandations relevées dans la présente revue systématique et dans celle de l'ACMTS, il est possible de faire certains constats. Des différences importantes semblent exister quant à la prise en charge du TDAH selon les pays. La pratique nord-américaine (Canada, États-Unis) apparaît généralement différente de la pratique européenne et australienne.

Premièrement, la prise en charge du TDAH (diagnostic, début du traitement pharmacologique) peut être effectuée par un médecin de première ligne en Amérique du Nord, alors que ces actes sont plutôt réservés à des spécialistes en Europe et en Australie. Deuxièmement, concernant le traitement du TDAH, la pharmacothérapie pourrait être utilisée seule ou en combinaison en première intention pour tous les enfants de 6 ans ou plus en Amérique du Nord. La pharmacothérapie est plutôt présentée comme thérapie de deuxième intention ou pour des cas de TDAH sévère dans le guide australien et dans les guides européens recensés. Le choix de la

pharmacothérapie initiale dépend beaucoup des médicaments disponibles et approuvés dans les différents pays concernés. Finalement, la majorité des guides, quelle que soit leur origine, mentionnent que le médecin de première ligne pourrait faire le suivi de la pharmacothérapie et que les principaux éléments de ce suivi sont l'efficacité du traitement, la présence d'effets indésirables, la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la taille et le poids.

### **Forces et limites de l'évaluation**

Ce rapport de revue systématique se fonde sur des données issues d'une revue de la littérature relative à des recommandations de bonne pratique clinique ainsi que sur des données contextuelles. Il comprend certaines forces et certaines limites.

La revue systématique de guides de bonne pratique clinique effectuée repose sur une méthodologie explicite qui comprend une recherche de la littérature faite de façon systématique, une évaluation critique des publications pertinentes ainsi qu'une présentation et une synthèse des conclusions. Toutefois, à la suite de la recherche documentaire, seulement trois documents de bonne qualité méthodologique ont été retenus. De plus, la qualité méthodologique des études primaires qui ont servi à élaborer les recommandations contenues dans ces trois documents n'a pas été évaluée par l'INESSS.

---

## CONCLUSION

---

Ce rapport de revue systématique avait comme objectif principal de recenser les recommandations de bonne pratique issues de guides cliniques de bonne qualité méthodologique quant au traitement pharmacologique optimal du TDAH. Les recommandations contenues dans un guide canadien couramment utilisé par les cliniciens québécois ont également été consultées, et ce, à titre de données contextuelles.

L'INESSS conclut que la place de la thérapie pharmacologique dans l'arsenal thérapeutique du TDAH varie beaucoup d'un guide clinique à un autre – donc d'un pays à l'autre –, tout comme le rôle du médecin de première ligne dans le diagnostic de TDAH et dans le début et le suivi de son traitement.

Les résultats de la présente revue systématique seront comparés aux résultats obtenus dans le portrait demandé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Il sera ainsi possible de situer certains aspects de la pratique québécoise par rapport aux recommandations des meilleurs guides cliniques internationaux ainsi qu'en ce qui concerne le guide canadien.

# ANNEXE A

## Stratégies de la recherche d'information

### Bases de données

Dates de la recherche : 25 novembre-1<sup>er</sup> décembre 2015

#### MEDLINE (PubMed)

Dates de publication : 2010-2015

Langues : anglais et français

Types d'études : revues systématiques, méta-analyses, guides de pratique et conférences de consensus (énoncé #14)

- #1 attention deficit disorder with hyperactivity[mh]
- #2 ADHD[tiab] OR ADDH[tiab] OR attention deficit disorder\*[tiab] OR attention deficit hyperactivity disorder\*[tiab] OR attention deficit-hyperactivity disorder\*[tiab] OR attention-deficit/hyperactivity[tiab] OR attention deficit and disruptive behavior disorder\*[tiab] OR hyperkinetic syndrome[tiab] OR minimal brain dysfunction[tiab]
- #3 #1 OR #2
- #4 adderall[nm] OR amphetamine[mh] OR atomoxetine[nm] OR dextroamphetamine[mh] OR guanfacine[mh] OR lisdexamfetamine dimesylate[nm] OR methylphenidate[mh]
- #5 adderall[tiab] OR "alpha methylphenylethylamine"[tiab] OR amfetamine[tiab] OR amphetaime[tiab] OR amphetamine[tiab] OR atomoxetine[tiab] OR benzedrine[tiab] OR biphentin[tiab] OR BS-100-141[tiab] OR centedrin[tiab] OR centramina[tiab] OR concerta[tiab] OR d-amphetamine[tiab] OR "d ate"[tiab] OR daytrana[tiab] OR dexamfetamine[tiab] OR dexamphetamine[tiab] OR dexedrine[tiab] OR dextro-amphetamine[tiab] OR dextroamphetamine[tiab] OR "dl threo methylphenidate"[tiab] OR elvanse[tiab] OR equasym[tiab] OR estulic[tiab] OR fenamine[tiab] OR guanfacine[tiab] OR intuniv[tiab] OR levoamphetamine[tiab] OR lis-dexamfetamine dimesylate[tiab] OR lisdexamfetamine[tiab] OR lisdexamphetamine[tiab] OR LY 139603[tiab] OR ly139603[tiab] OR medikinet[tiab] OR metadate[tiab] OR "methyl phenidate"[tiab] OR methylfenidate[tiab] OR methylin[tiab] OR "methylphenidate hydrochloride"[tiab] OR methylphenydate[tiab] OR monophos[tiab] OR mydril[tiab] OR NRP-104[tiab] OR NRP104[tiab] OR obetrol[tiab] OR "1 phenyl 2 propanamine"[tiab] OR "2 amino 1 phenylpropane"[tiab] OR phenamine[tiab] OR phenidylate[tiab] OR phenopromin[tiab] OR quillivant[tiab] OR recit[tiab] OR ritalin[tiab] OR ritaline[tiab] OR rubifen[tiab] OR spd489[tiab] OR "sr 20"[tiab] OR stimulan[tiab] OR stimulant\*[tiab] OR strattera[tiab] OR tenex[tiab] OR thyramine[tiab] OR tomoxetine[tiab] OR tsendrin[tiab] OR venvanse[tiab] OR vyvanse[tiab] OR control[tiab] OR management[tiab] OR therapeutic\*[tiab] OR therapy[tiab] OR treatment[tiab]
- #6 #4 OR #5
- #7 #3 AND #6
- #8 guidelines as topic[mh] OR practice guidelines as topic[mh] OR guideline[pt] OR health planning guidelines[mh] OR practice guideline[pt] OR consensus[mh] OR consensus development conference, NIH[pt] OR consensus development conference[pt] OR consensus development conferences, NIH as topic[mh] OR consensus development conferences as topic[mh] OR critical pathways[mh] OR clinical conference[pt] OR algorithms[mh] OR review literature as topic[mh] OR meta-analysis as topic[mh] OR meta-analysis[mh] OR meta-analysis[pt] OR technology assessment,biomedical[mh]
- #9 guideline\*[tiab] OR guide line\*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR guidance[tiab] OR practical guide\*[tiab] OR practice parameter\*[tiab] OR best practice\*[tiab] OR evidence base\*[tiab] OR consensus[tiab] OR algorithm\*[tiab] OR clinical pathway\*[tiab] OR critical pathway\*[tiab] OR

- recommendation\*[tiab] OR committee opinion\*[tiab] OR policy statement\*[tiab] OR position statement\*[tiab] OR standard[tiab] OR standards[tiab] OR (systematic\*[tiab] AND (review\*[tiab] OR overview\*[tiab] OR search\*[tiab] OR research\*[tiab])) OR meta-analy\*[tiab] OR metaanaly\*[tiab] OR metanaly\*[tiab] OR metanaly\*[tiab] OR HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR technology assessment\*[tiab] OR technology overview\*[tiab] OR technology appraisal\*[tiab] OR (review[pt] AND medline[tiab] AND (cochrane[tiab] OR embase[tiab] OR cinhal[tiab] OR psycinfo[tiab]))
- #10 #8 OR #9
- #11 case reports[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt] OR letter[pt]
- #12 #10 NOT #11
- #13 #7 AND #12
- #14 #7
- #15 #13 OR #14

## Embase (OvidSP)

**Dates de publication** : 2010-2015

**Langues** : anglais et français

**Types d'études** : revues systématiques, méta-analyses et conférences de consensus (énoncé #14); conférences (énoncé #16)

- #1 attention deficit disorder/
- #2 ("attention deficit disorder" OR "attention deficit disorders" OR "attention deficit hyperactivity disorder" OR "attention deficit hyperactivity disorders" OR "attention deficit-hyperactivity disorder" OR "attention deficit-hyperactivity disorders" OR "attention-deficit/hyperactivity" OR "attention deficit and disruptive behavior disorder" OR "attention deficit and disruptive behavior disorders" OR ADHD OR ADDH OR "hyperkinetic syndrome" OR "minimal brain dysfunction").ti,ab.
- #3 #1 OR #2
- #4 amphetamine plus dexamphetamine/ OR amphetamine/ OR atomoxetine/ OR dexamphetamine/ OR guanfacine/ OR lisdexamfetamine/ OR methylphenidate/
- #5 (adderall OR "alpha methylphenethylamine" OR "alpha methylphenylethylamine" OR amfetamine OR amphetaime OR amphetamin OR amphetamine OR amphethamine OR atomoxetine OR benzedrine OR biphentin OR biphetamine OR BS-100-141 OR centedrin OR centramina OR concerta OR curban OR "d ate" OR d-amphetamine OR daytrana OR dexamfetamine OR dexamphetamine OR desoxynorephedrin OR dexedrine OR dextro-amphetamine OR dextroamphetamine OR dextroStat OR dl three methylphenidate OR elvanse OR equasym OR estulic OR fenamine OR guanfacine OR hetamine OR intuniv OR levoamphetamine OR lis-dexamfetamine dimesylate OR lisdexamfetamine OR lisdexamphetamine OR Lon798 OR LY 139603 OR ly139603 OR medikinet OR metadate OR "methyl phenidate" OR methylfenidate OR methylin OR "methylphenidate hydrochloride" OR methylphenydate OR monophos OR mydrial OR "n methyl gamma (2 methylphenoxy)benzenepropanamine" OR NRP-104 OR NRP104 OR obetrol OR oxydess OR "1 phenyl 2 propanamine" OR "2 amino 1 phenylpropane" OR "(phenylisopropyl) amine" OR phenamine OR phenidylate OR phenopromin OR quillivant OR recit OR ritalin OR ritalina OR ritaline OR rubifen OR spd 489 OR spd489 OR "sr 20" OR stimulan OR stimulant\* OR strattera OR tenex OR thyramine OR tomoxetine OR tsentedrin OR venvanse OR vyvanse OR control OR management OR therapeutic\* OR therapy OR treatment).ti,ab.
- #6 #4 OR #5
- #7 #3 AND #6
- #8 exp practice guideline/ OR health care planning/ OR consensus/ OR algorithm/ OR systematic review/ OR "systematic review (topic)"/ OR meta-analysis/ OR "meta analysis (topic)"/ OR biomedical technology assessment/

- #9 (guideline\* OR guide line\* OR CPG OR CPGs OR guidance OR (best ADJ3 practice\*) OR consensus OR algorithm\* OR (clinical ADJ3 pathway\*) OR (critical ADJ3 pathway\*) OR recommendation\* OR committee opinion\* OR policy statement\* OR position statement\* OR standard OR standards OR (systematic\* ADJ3 (review\* OR overview\* OR literature OR search\* OR research\*)) OR meta-analy\* OR metaanaly\* OR met analy\* OR metanaly\* OR HTA OR HTAs OR technology assessment\* OR technology overview\* OR technology appraisal\*).ti,ab.
- #10 #8 OR #9
- #11 case report/ OR editorial/ OR letter/
- #12 #10 NOT #11
- #13 #7 AND #12
- #14 #7
- #15 #13 OR #14
- #16 #7
- #17 #15 NOT #16

## Autres sources

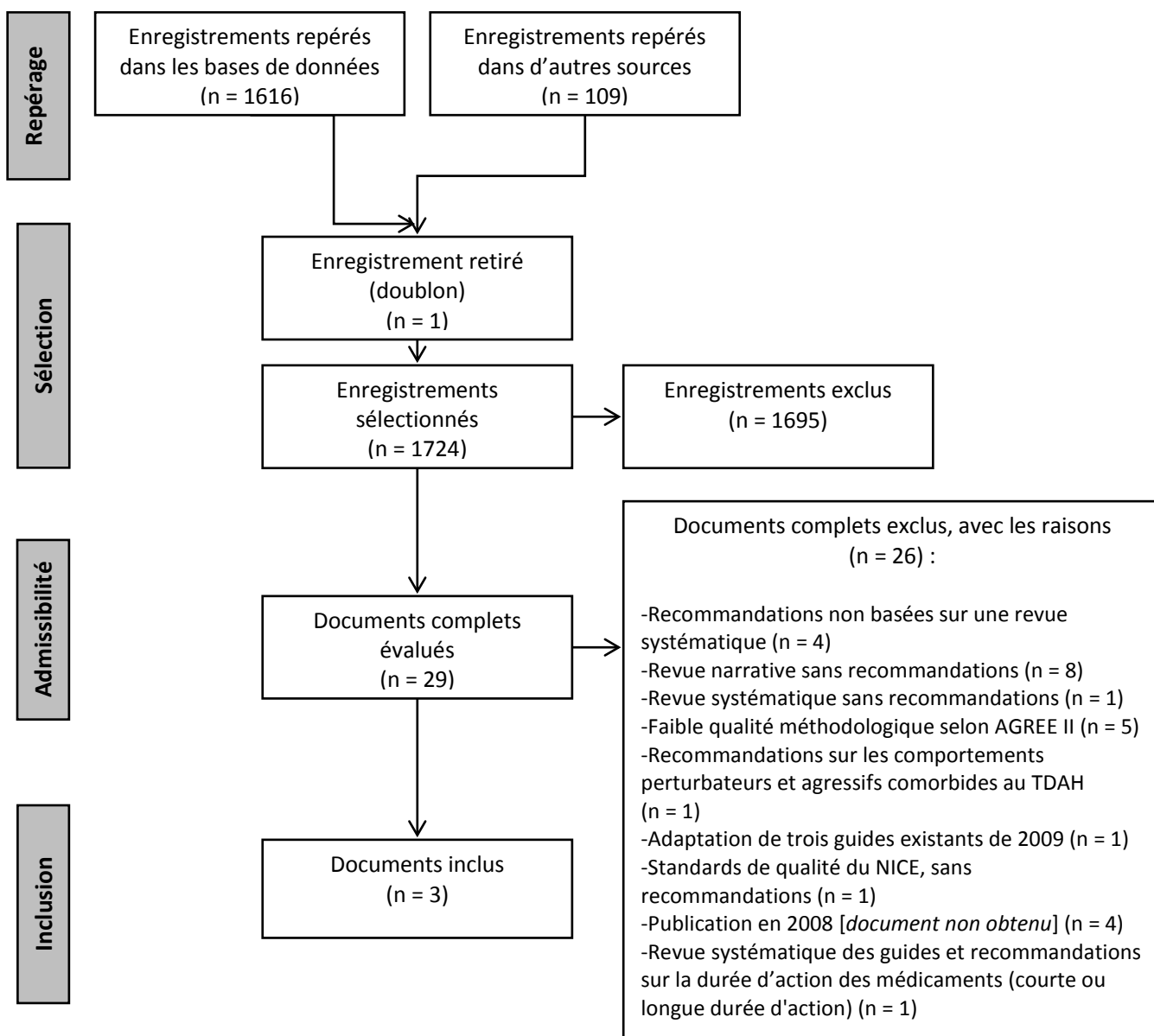
Les autres sources consultées sont les suivantes :

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)  
 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry  
 American College of Physician (ACP) Clinical Practice Guidelines  
 Campbell Collaboration  
 Canadian ADHD Resource Alliance  
 Canadian Paediatric Society  
 Centre for Reviews and Dissemination, University of York (DARE, NHS EED, HTA)  
 European Society of Child and Adolescent Psychiatry  
 Guidelines International Network (G-I-N)  
 Haute Autorité de Santé (HAS)  
 Infobanque AMC (Association médicale canadienne)  
 International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)  
 KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique)  
 National Guideline Clearinghouse (NGC)  
 National Institute for Health and Care Excellence (NICE)  
 New Zealand Guidelines Group (NZGG)  
 Royal Australasian College of Physicians  
 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)  
 Toward Optimized Practice  
 Trip Database

# ANNEXE B

## Sélection de documents

Figure B-1 Diagramme de flux pour la période 2010-2016



## ANNEXE C

### Liste des documents exclus et raisons de l'exclusion

DOCUMENTS	RAISONS DE L'EXCLUSION
ATKINSON ET HOLLIS, 2010	Revue narrative sans recommandations
BOLEA-ALAMANAC <i>ET AL.</i> , 2014	Faible qualité méthodologique selon AGREE II
CADDRA, 2011	Faible qualité méthodologique selon AGREE II
CADTH, 2011b	Revue systématique des guides et recommandations sur la durée d'action des médicaments (courte ou longue durée d'action)
FELDMAN ET REIFF, 2014	Revue narrative sans recommandations
FLISHER ET HAWKRIDGE, 2013	Recommandations non basées sur une revue systématique
FUNG <i>ET AL.</i> , 2014	Faible qualité méthodologique selon AGREE II
GORMAN <i>ET AL.</i> , 2015	Recommandations sur les comportements perturbateurs et agressifs comorbides au TDAH
GRAHAM <i>ET AL.</i> , 2011	Revue narrative sans recommandations (sur les effets indésirables)
HAYES INC., 2008a	Publication en 2008 [ <i>document non obtenu</i> ]
HAYES INC., 2008b	Publication en 2008 [ <i>document non obtenu</i> ]
HAYES INC., 2008c	Publication en 2008 [ <i>document non obtenu</i> ]
HAYES INC., 2008d	Publication en 2008 [ <i>document non obtenu</i> ]
INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI), 2012	Faible qualité méthodologique selon AGREE II
KAISER PERMANENTE, 2014	Adaptation de trois guides existants de 2009
KAPLAN ET ADESMAN, 2011	Revue narrative sans recommandations
KLEIN <i>ET AL.</i> , 2013	Revue systématique sans recommandations
KOOIJ <i>ET AL.</i> , 2010	Faible qualité méthodologique selon AGREE II
McCLAIN ET BURKS, 2015	Recommandations non basées sur une revue systématique
MODESTO-LOWE <i>ET AL.</i> , 2012	Revue narrative sans recommandations
NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (NHMRC), 2012	Recommandations non basées sur une revue systématique
NICE, 2013	Standards de qualité du NICE, sans recommandations
SCHWEITZER ET McBURNETT, 2012	Revue narrative sans recommandations
THAPAR ET COOPER, 2015	Revue narrative sans recommandations
UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH SYSTEM (UMHS), 2013	Recommandations non basées sur une revue systématique
VAUGHAN <i>ET AL.</i> , 2012	Revue narrative sans recommandations

# ANNEXE D

Résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des documents

**Tableau D-1 Évaluation individuelle de la qualité des 9 documents avec la grille AGREE II (évaluateurs 1 et 2)**

	WOLRAICH <i>ET AL.</i> , 2011		BOLEA- ALAMANAC <i>ET AL.</i> , 2014		CADDRA, 2011		KOOIJ <i>ET</i> <i>AL.</i> , 2010		HAS, 2014		FUNG <i>ET AL.</i> , 2014	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>Évaluateurs</b>												
<b>Domaines de la grille AGREE II</b>												
<b>Domaine 1. Champ et objectifs</b>												
1. Le ou les objectifs des recommandations pour la pratique clinique sont décrits explicitement.	6	6	6	6	6	3	5	4	7	7	7	7
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.	7	7	3	2	3	2	7	6	7	7	3	2
3. La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.	7	7	3	2	7	5	5	5	7	7	5	6
<b>Domaine 2. Participation des groupes concernés</b>												
4. Le groupe de travail ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.	6	6	5	6	5	6	3	4	7	7	6	6
5. Les opinions et les préférences de la population cible ont été indiquées.	5	5	3	5	1	1	1	1	7	7	4	5
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	6

	WOLRAICH <i>ET AL.</i> , 2011		BOLEA- ALAMANAC <i>ET AL.</i> , 2014		CADDRA, 2011		KOOIJ <i>ET</i> <i>AL.</i> , 2010		HAS, 2014		FUNG <i>ET AL.</i> , 2014	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>Évaluateurs</b>												
<b>Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC</b>												
7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.	7	7	1	1	1	1	5	4	7	7	1	1
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.	2	2	1	1	1	1	2	2	2	3	1	1
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.	3	3	4	5	1	1	3	3	3	4	1	2
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.	5	5	3	4	3	2	4	1	5	4	3	2
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.	7	7	2	3	3	2	3	3	5	4	3	3
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.	5	5	3	2	1	1	3	2	2	1	1	2
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.	7	7	1	1	7	7	3	3	7	7	5	5
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.	5	7	5	6	3	1	1	1	5	4	5	4
<b>Domaine 4. Clarté et présentation</b>												
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.	6	6	3	4	3	4	5	5	6	6	6	5

	WOLRAICH <i>ET AL.</i> , 2011		BOLEA- ALAMANAC <i>ET AL.</i> , 2014		CADDRA, 2011		KOOIJ <i>ET</i> <i>AL.</i> , 2010		HAS, 2014		FUNG <i>ET AL.</i> , 2014	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>Évaluateurs</b>												
16. Les différentes options de prise en charge de l'état du patient ou du problème de santé sont clairement présentées.	6	6	3	4	4	4	5	4	6	6	5	5
17. Les recommandations clés sont facilement repérables.	7	7	6	6	3	3	5	6	7	7	7	6
<b>Domaine 5.</b>												
<b>Applicabilité</b>												
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.	6	4	1	1	5	6	1	1	4	3	2	1
19. La RPC offre des conseils ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.	6	6	1	1	5	6	1	1	4	3	2	2
20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.	3	3	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
<b>Domaine 6.</b>												
<b>Indépendance éditoriale</b>												
22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influé sur le contenu de la RPC.	7	7	3	3	7	6	3	3	7	7	1	2
23. Les intérêts divergents des membres du groupe qui a élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.	7	7	3	2	4	4	3	4	7	7	1	1

	WOLRAICH <i>ET AL.</i> , 2011		BOLEA- ALAMANAC <i>ET AL.</i> , 2014		CADDRA, 2011		KOOIJ <i>ET</i> <i>AL.</i> , 2010		HAS, 2014		FUNG <i>ET AL.</i> , 2014	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<b>Évaluateurs</b>												
<b>Somme de la cotation pour les 23 critères</b>	128	128	69	74	85	75	77	72	122	117	76	76
<b>Qualité générale du guide (1 à 7)</b>	5,6	5,6	3,0	3,2	3,7	3,3	3,4	3,1	5,3	5,1	3,3	3,3
<b>Recommandation de l'utilisation du guide</b>	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non

**Tableau D-1 Évaluation individuelle de la qualité des 9 documents avec la grille AGREE II  
(évaluateurs 1 et 2) (suite)**

ÉVALUATEURS	KAISER PERMANENTE, 2014		MINISTRY OF HEALTH, SOCIAL POLICY AND EQUALITY, 2010		INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI), 2012	
	1	2	1	2	1	2
<b>Domaines de la grille AGREE II</b>						
<b>Domaine 1. Champ et objectifs</b>						
1. Le ou les objectifs des recommandations pour la pratique clinique (RPC) sont décrits explicitement.	6	7	7	7	7	7
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.	7	7	7	7	4	5
3. La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.	7	7	7	7	6	5
<b>Domaine 2. Participation des groupes concernés</b>						
4. Le groupe de travail qui a élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.	7	6	5	5	5	5
5. Les opinions et les préférences de la population cible ont été indiqués.	2	1	3	1	1	1
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.	5	7	7	7	2	3
<b>Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC</b>						
7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.	7	7	7	7	5	7
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.	6	7	7	7	5	5

9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.	6	6	4	6	2	2
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.	7	6	4	5	3	3
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.	7	7	4	6	4	5
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.	6	6	7	6	4	5
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.	7	7	7	6	4	4
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.	7	7	5	7	3	3
<b>Domaine 4. Clarté et présentation</b>						
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.	7	6	6	6	4	5
16. Les différentes options de prise en charge de l'état du patient ou du problème de santé sont clairement présentées.	7	6	7	5	4	4
17. Les recommandations clés sont facilement repérables.	7	7	7	7	2	3
<b>Domaine 5. Applicabilité</b>						
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.	4	3	4	5	4	5

19. La RPC offre des conseils ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.	3	3	4	4	5	5
20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.	5	4	5	5	4	4
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.	2	5	7	3	7	7
<b>Domaine 6.</b>						
<b>Indépendance éditoriale</b>						
22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influé sur le contenu de la RPC.	3	4	7	7	7	7
23. Les intérêts divergents des membres du groupe qui a élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.	2	3	7	7	7	7
<b>Somme de la cotation pour les 23 critères</b>						
	<b>127</b>	<b>129</b>	<b>135</b>	<b>133</b>	<b>99</b>	<b>107</b>
<b>Qualité générale du guide (1 à 7)</b>	<b>5,5</b>	<b>5,6</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8</b>	<b>4,3</b>	<b>4,7</b>
<b>Recommandation de l'utilisation du guide</b>	<b>Non</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Non</b>

**Tableau D-2 Qualité globale des documents selon la grille AGREE II**

Évaluateurs	WOLRAICH <i>et al.</i> , 2011				BOLEA-ALAMANAC <i>et al.</i> , 2014				CADDRA, 2011				KOOIJ <i>et al.</i> , 2010				HAS, 2014				FUNG <i>et al.</i> , 2014			
	1	2			1	2			1	2			1	2			1	2			1	2		
Dimensions			T <sup>*</sup>	% <sup>†</sup>			T <sup>*</sup>	% <sup>†</sup>			T <sup>*</sup>	% <sup>†</sup>			T <sup>*</sup>	% <sup>†</sup>			T <sup>*</sup>	% <sup>†</sup>			T <sup>*</sup>	% <sup>†</sup>
Champ d'application et objectifs	20	20	40	94,4	12	10	22	44,4	16	10	26	55,6	17	15	32	72,2	21	21	42	100	15	15	30	66,7
Participation des groupes concernés	18	18	36	83,3	15	18	33	75,0	13	14	27	58,3	11	12	23	47,2	21	21	42	100	15	17	32	72,2
<b>Rigueur du processus d'élaboration du guide</b>	41	43	84	70,8	20	23	43	28,1	20	16	36	20,8	24	19	43	28,1	36	34	70	56,3	20	20	40	25,0
Clarté et présentation	19	19	38	88,9	12	14	26	55,6	10	11	21	41,7	15	15	30	66,7	19	19	38	88,9	18	16	34	77,8
<b>Applicabilité</b>	16	14	30	45,8	4	4	8	0,0	15	14	29	43,8	4	4	8	0,0	11	8	19	22,9	6	5	11	6,3
Indépendance éditoriale	14	14	28	100	6	5	11	29,2	11	10	21	70,8	6	7	13	37,5	14	14	28	100	2	3	5	4,2
<b>Score global **</b>	76,1				35,1				41,3				37,3				69,9				38,4			
<b>Recommandation - utilisation guide</b>	<i>Oui</i>				<i>Non</i>				<i>Non</i>				<i>Non</i>				<i>Oui</i>				<i>Non</i>			

**Tableau D-2 Qualité globale des documents selon la grille AGREE II (suite)**

Évaluateurs	KAISER PERMANENTE, 2014				MINISTRY OF HEALTH, SOCIAL POLICY AND EQUALITY, 2010				INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI), 2012			
	1	2			1	2			1	2		
Dimensions			T <sup>*</sup>	% <sup>†</sup>			T <sup>*</sup>	% <sup>†</sup>			T <sup>*</sup>	% <sup>†</sup>
Champ d'application et objectifs	20	21	41	97,2	21	21	42	100	17	17	34	77,8
Participation des groupes concernés	14	14	28	61,1	15	13	28	61,1	8	9	17	30,6
<b>Rigueur du processus d'élaboration du guide</b>	53	53	106	93,8	45	50	95	82,3	30	34	64	50,0
Clarté et présentation	21	19	40	94,4	20	18	38	88,9	10	12	22	44,4
<b>Applicabilité</b>	14	15	29	43,8	20	17	37	60,4	20	21	41	68,8
Indépendance éditoriale	5	7	12	33,3	14	14	28	100	14	14	28	100
<b>Score global**</b>	76,1				80,4				58,0			
<b>Recommandation - utilisation guide</b>	<i>Non – adaptation de 3 guides existants de 2009</i>				<i>Oui</i>				<i>Non</i>			

\*Somme des scores obtenus par dimension pour chaque évaluateur.

† Pourcentage des scores par dimension = [(Total – score minimal possible) / (score maximal possible - score minimal possible)] x 100.

\*\* Score global = [(Total des scores pour l'ensemble des domaines – score minimal possible (46)) / (score maximal possible (322) - score minimal possible(46))] x 100.

# RÉFÉRENCES

- Atkinson M et Hollis C. NICE guideline: Attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2010;95(1):24-7.
- Bolea-Alamanac B, Nutt DJ, Adamou M, Asherson P, Bazire S, Coghill D, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2014;28(3):179-203.
- 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):E839-42.
- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH – Troisième édition. Toronto, ON : CADDRA; 2011. Disponible à : [http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/fr\\_caddraGuidelines2011.pdf](http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/fr_caddraGuidelines2011.pdf).
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Guidelines and recommendations for ADHD in children and adolescents. Summary of Current Evidence. Ottawa, ON : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) / Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS); 2011a. Disponible à : [https://www.cadth.ca/media/pdf/RC0290\\_ADHD\\_Children\\_Adolescents\\_overview.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/RC0290_ADHD_Children_Adolescents_overview.pdf).
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Long versus short acting drugs for attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: A review of the guidelines and recommendations. Ottawa, ON : CADTH; 2011b. Disponible à : [http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/june-2011/RC0290\\_Summary\\_of\\_ADHD\\_final.pdf](http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/june-2011/RC0290_Summary_of_ADHD_final.pdf).
- Feldman HM et Reiff MI. Attention deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents. *N Engl J Med* 2014;370(9):838-46.
- Flisher AJ et Hawkrigde S. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *South African Journal of Psychiatry* 2013;19(3):136-40.
- Fung DS, Lim CG, Wong JC, Ng KH, Cheok CC, Kiing JS, et al. Academy of Medicine-Ministry of Health clinical practice guidelines: Attention deficit hyperactivity disorder. *Singapore Med J* 2014;55(8):411-4.
- Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, Feldman M, Belanger SA, Steele MM, et al. Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *Can J Psychiatry* 2015;60(2):62-76.
- Graham J, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW, et al. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20(1):17-37.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille - questions / réponses [site Web]. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2015. Disponible à : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2025618/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2025618/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans)

hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille-questions-/-reponses.

Haute Autorité de Santé (HAS). Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2014. Disponible à : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2012570/fr/tdah-recommandations](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2012570/fr/tdah-recommandations).

Hayes Inc. Stimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. Lansdale, PA : Hayes Inc.; 2008a.

Hayes Inc. Stimulants for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Lansdale, PA : Hayes Inc.; 2008b.

Hayes Inc. Nonstimulant medications for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: Atomoxetine. Lansdale, PA : Hayes Inc.; 2008c.

Hayes Inc. Nonstimulant medications for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults: Atomoxetine. Lansdale, PA : Hayes Inc.; 2008d.

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school-age children and adolescents. Health Care Guideline. Bloomington, MN : ICSI; 2012. Disponible à : [https://www.icsi.org/\\_asset/60nzc5/adhd-interactive0312.pdf](https://www.icsi.org/_asset/60nzc5/adhd-interactive0312.pdf).

Kaiser Permanente. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in school-age children and adolescents: 2014 clinical practice guideline Oakland, CA : Kaiser Permanente; 2014. Disponible à : [http://testinfo.kaiserpermanente.org/info\\_assets/cpp\\_cod/cod\\_adhd\\_national\\_guideline\\_full.pdf](http://testinfo.kaiserpermanente.org/info_assets/cpp_cod/cod_adhd_national_guideline_full.pdf).

Kaplan A et Adelman A. Clinical diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Curr Opin Pediatr* 2011;23(6):684-92.

Klein S, Ho V, Tazkarji B, Auten B. FPIN's clinical inquiries: Management of ADHD in preschool-aged children. *Am Fam Physician* 2013;88(6):398-400.

Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010;10:67.

McClain EK et Burks EJ. Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Prim Care* 2015;42(1):99-112.

Ministry of Health, Social Policy and Equality. Clinical practice guideline on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. Madrid, Espagne : 2010. Disponible à : <http://www.guiasalud.es/egpc/traduccion/ingles/TDAH/index.html>.

Modesto-Lowe V, Meyer A, Soovajian V. A clinician's guide to adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Conn Med* 2012;76(9):517-23.

National Health and Medical Research Council (NHMRC). Clinical practice points on the diagnosis, assessment and management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. Canberra, Australie : NHMRC; 2012. Disponible à :

[http://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/publications/attachments/mh26\\_adhd\\_cpp\\_2012\\_120903.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/mh26_adhd_cpp_2012_120903.pdf).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder – Quality standard. Manchester, Royaume-Uni : NICE; 2013. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/qs39>.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. Londres, Angleterre : NICE; 2008. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG72>.

Royal Australasian College of Physicians (RACP). Australian guidelines on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) [Draft]. Sydney, Australie : RACP; 2009. Disponible à : <https://www.racp.edu.au/advocacy/division-faculty-and-chapter-priorities/paediatrics-and-child-health-division/australian-guidelines-on-adhd>.

Schweitzer JB et McBurnett K. New directions for therapeutics in ADHD. *Neurotherapeutics* 2012;9(3):487-9.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2009. Disponible à : <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/112/>.

Smolina K et Morgan S. The drivers of overspending on prescription drugs in Quebec. *Healthc Policy* 2014;10(2):19-26.

Thapar A et Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2015:[Epub ahead of print].

University of Michigan Health System (UMHS). Attention-deficit hyperactivity disorder guideline. Ann Arbor, MI : UMHS; 2013. Disponible à : <http://www.med.umich.edu/1info/fhp/practiceguides/adhd/adhd.pdf>.

Vaughan BS, March JS, Kratochvil CJ. The evidence-based pharmacological treatment of paediatric ADHD. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012;15(1):27-39.

Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, et al. ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2011;128(5):1007-22.