

AVIS

Interventions psychosociales chez les jeunes de moins de 18 ans qui présentent 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



Interventions psychosociales chez les jeunes de moins de 18 ans qui présentent 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, volets scientifique et transversal

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
Littera Plus, révision linguistique
Anne-Josée Guimond, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
ISBN 978-2-550-98961-5 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2024

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). Interventions psychosociales chez les jeunes de moins de 18 ans qui présentent un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Avis rédigé par Ginette D'Auray, Anne-Josée Guimond, Stéphanie Roberge et Priscilla Lam Wai Shun. Québec, Qc : INESSS; 2024. 99 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, orthopédagogue, 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

Comité de suivi

Pour ce rapport les membres du comité de suivi sont :

M. Pascal Bédard, Ordre des pharmaciens du Québec

M^{me} Marie-Ève Benoit, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

M. Louis Doyon, ministère de l'Éducation du Québec

D^r Simon Fortier St-Pierre, Association québécoise des neuropsychologues
D^r Martin Gignac, Association québécoise de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
D^r Claude Guimond, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
D^r Ridha Joober, Association des médecins psychiatres du Québec
D^{re} Leyla Korani, Collège des médecins du Québec
M^{me} Nathalie Lacombe, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
M^{me} Julie Morin, Association québécoise des psychologues scolaires
M^{me} Valérie Noel, ministère de la Santé et des Services sociaux
M^{me} Ariane Paradis, Association des orthopédagogues du Québec
M^{me} Véronique Parent, Ordre des psychologues du Québec
D^{re} Marie-Claude Roy, Association des pédiatres du Québec
M. Marc Sauvageau, Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec
M^{me} Caroline Simard, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

Lecteur externe

Pour ce rapport le lecteur externe est :

D^r Sébastien Normand, professeur titulaire et psychologue, Université du Québec en Outaouais; psychologue pédiatrique, Hôpital Montfort

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.

Comité délibératif permanent mixte

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent et cheffe du Département de psychiatrie, CHU Sainte-Justine; professeure agrégée, Université de Montréal; professeure associée, Université McGill

M^{me} Danielle Boucher, infirmière praticienne, CHU de Québec (CHUQ)

M^{me} Lorraine Chartier, citoyenne, sociologue, s.o. (à la retraite)

M^{me} Ghislaine Cleret de Langavant, éthicienne, Université de Montréal

M^{me} Sylvie Desgagnés, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Lucie Deshaies, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Serge Dumont, professeur émérite, Faculté des sciences sociales, Université Laval

M. Daniel La Roche, gestionnaire de la qualité, CHU de Québec (CHUQ)

M. Eric Latimer, professeur titulaire, Département de psychiatrie; membre associé, Département d'épidémiologie, biostatistiques et santé au travail; membre associé, Institut pour la santé et la politique sociale, Université McGill; professeur adjoint, Département des sciences informatiques, Université Lakehead

M^{me} Danielle Nadeau, psychologue chercheuse d'établissement, CRUJeF, CIUSSS de la Capitale-Nationale; professeure associée, Université Laval

D^{re} Nadia Roumeliotis, pédiatre intensiviste, CHU Sainte-Justine

Autres contributions

L'INESSS tient aussi à remercier la personne suivante qui a 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.

Le **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'opinion sur le TDAH.

Le **D^r Simon Fortier-St-Pierre** est membre du conseil d'administration de l'Association québécoise des neuropsychologues.

Le **D^r Martin Gignac** est président de la Canadian ADHD Resource Alliance. Il a reçu des honoraires à titre de conférencier des compagnies pharmaceutiques Takeda, Elvium, et Janssen. Il contribue aussi aux travaux de l'Institut national de santé publique du Québec sur la surveillance épidémiologique du TDAH.

M^{me} Marie-Claude Guay a déclaré avoir obtenu des subventions provinciales et fédérales pour des projets de recherche sur le TDAH. Elle est actionnaire et présidente-directrice générale du Centre de psychologie M-C Guay.

Le **D^r Ridha Joober** a déclaré avoir obtenu des subventions fédérales pour des projets de recherche sur le TDAH.

M^{me} Julie Morin a contribué à des projets de recherche portant sur une intervention ciblant les difficultés cognitives chez les jeunes dans le cadre d'activités professionnelles rémunérées. Elle est aussi consultante pour la mise sur pied d'une trajectoire de prise en charge du TDAH au CISSS des Laurentides.

Le **D^r Sébastien Normand** a déclaré avoir obtenu des subventions provinciales et fédérales pour des projets de recherche portant sur le TDAH et sa prise en charge. Il reçoit des droits d'auteur pour un livre corédigé sur le programme *Parental Friendship Coaching* destiné aux familles d'enfants ayant un TDAH. Il est aussi membre du comité scientifique de la Canadian ADHD Resource Alliance.

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

M^{me} Cynthia Perron-Savard a donné 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 recommandations qu'il contient ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	V
SIGLES ET ACRONYMES	IX
GLOSSAIRE	XI
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	5
1.1 Questions d'évaluation	5
1.2 Stratégies de repérage de l'information scientifique	6
1.3 Critères de sélection des études	7
1.4 Processus de sélection des études	8
1.5 Extraction des données	9
1.6 Évaluation de la qualité.....	9
1.7 Consultation des parties prenantes	9
1.7.1 Consultations individuelles	10
1.7.2 Consultations de groupe	10
1.7.3 Confidentialité et aspects éthiques	11
1.8 Méthodes d'analyse et de synthèse des données	11
1.9 Processus d'appréciation de la preuve.....	12
1.10 Processus de formulation des recommandations	12
1.10.1 Approche d'intégration de l'ensemble de la preuve	12
1.10.2 Formulation des recommandations.....	12
1.10.3 Processus de validation et autres contributions d'expertise.....	13
2 RÉSULTATS	16
2.1 Efficacité des interventions psychosociales.....	16
2.1.1 Interventions comportementales et cognitives-comportementales.....	16
2.1.2 Entraînement aux habiletés parentales.....	26
2.1.3 Interventions d'entraînement des fonctions cognitives	37
2.1.4 Interventions ciblant les compétences d'organisation et de planification.....	40
2.1.5 Interventions de neurofeedback	43
2.2 Efficacité des autres interventions psychosociales	47
2.2.1 Interventions basées sur la pleine conscience	48
2.2.2 Interventions d'éducation psychologique	52
2.2.3 Interventions d'entraînement aux habiletés sociales	55
2.2.4 Autres interventions psychosociales	57
2.3 Efficacité des interventions psychosociales chez les jeunes de 18 à 25 ans	63
2.3.1 Interventions cognitives-comportementales	63
2.4 Résultats des consultations auprès des parties prenantes	65

2.4.1	Consultation auprès des jeunes et des parents.....	65
2.4.2	Consultation auprès des enseignants et directeurs et des représentants des associations et organismes de soutien	71
2.4.3	Consultation auprès du comité consultatif d'experts et autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.....	76
FORCES ET LIMITES		78
CONSTATS GLOBAUX.....		80
DÉLIBÉRATION ET RECOMMANDATIONS		84
CONCLUSION		87
RÉFÉRENCES.....		88

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sommaire des sources d'information selon les questions de recherche	6
Tableau 2	Principales caractéristiques des études portant sur les interventions comportementales.....	18
Tableau 3	Principales caractéristiques des études portant sur les interventions d'entraînement aux habiletés parentales.....	27
Tableau 4	Principales caractéristiques des études portant sur des interventions d'entraînement des fonctions cognitives.....	38
Tableau 5	Principales caractéristiques de l'étude portant sur des interventions d'organisation et de planification	41
Tableau 6	Principales caractéristiques des études portant sur des interventions de neurofeedback	43
Tableau 7	Principales caractéristiques des études portant sur des interventions basées sur la pleine conscience.....	48
Tableau 8	Principales caractéristiques de l'étude portant sur des interventions d'éducation psychologique	52
Tableau 9	Principales caractéristiques de l'étude portant sur des interventions portant sur les habiletés sociales	55
Tableau 10	Principales caractéristiques des études portant sur d'autres interventions psychosociales.....	57
Tableau 11	Profil des jeunes et des parents.....	65
Tableau 12	Caractéristiques des jeunes qui ont un TDAH ou des difficultés apparentées et information sur la médication et le suivi de santé	66

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Types de professionnels qui dispensent les services psychosociaux offerts aux jeunes qui ont un TDAH ou des difficultés apparentées.....	68
----------	--	----

RÉSUMÉ

Introduction

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) se caractérise par un mode persistant d'inattention ou d'hyperactivité et d'impulsivité. Il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental fréquent qui interfère avec le fonctionnement ou le développement de la personne et qui évolue tout au long de la vie. La prévalence du TDAH est plus élevée 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 et moins. Il n'existe à ce jour aucun traitement curatif du TDAH; les interventions existantes visent plutôt à réduire l'intensité des symptômes.

En 2018, des travaux de l'INESSS ont permis de répertorier plusieurs interventions psychosociales efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et les difficultés associées chez les jeunes. En accord avec la littérature, les travaux ont également recommandé une prise en charge multimodale, soit la combinaison d'interventions pharmacologiques et psychosociales. Cependant, au Québec, les interventions pharmacologiques demeurent souvent le seul traitement proposé et accessible pour les jeunes présentant un TDAH.

Au cours des 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 psychosociales et l'approche multimodale a été soulignée dans un rapport de la Commission de la santé et des services sociaux du Québec. En réponse à ces préoccupations, l'action 4.10 du *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* a été élaborée, visant la publication d'un guide de trajectoire diagnostique et de services pour les jeunes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées. Ces travaux sont accompagnés par un comité interministériel au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) auquel sont associés plusieurs acteurs des ministères de l'Éducation du Québec (MEQ), de l'Enseignement supérieur (MES) et du Collège des médecins du Québec (CMQ), chargés de réviser la trajectoire de diagnostic et de services du TDAH fondée sur les bonnes pratiques, et de rédiger un cadre de référence pour le continuum de soins.

Dans ce contexte, l'INESSS a produit un avis visant à mettre à jour les travaux réalisés par l'INESSS en 2018, qui ont évalué l'efficacité d'interventions psychosociales pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH. Le présent rapport vise également à bonifier ces travaux par l'ajout de nouvelles interventions psychosociales qui n'avaient pas été évaluées en 2018, et à explorer les interventions psychosociales qui pourraient être bénéfiques pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes adultes de 18 à 25 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH.

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 interventions psychosociales pour les jeunes de moins de 18 ans. Les données ont été soumises à une appréciation de la qualité de la preuve scientifique. Pour la question portant sur les interventions psychosociales chez les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans, une revue exploratoire de la littérature a été réalisée.

Des données contextuelles et expérientielles portant sur l'effet, la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des interventions psychosociales 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 éprouvent 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), ainsi que par un comité de suivi. Dans un souci de mobilisation et d'intégration des connaissances, les données scientifiques, contextuelles et expérientielles ont été intégrées en employant une approche multidimensionnelle et soumises à un processus délibératif qui a donné lieu à des recommandations.

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

Efficacité des interventions comportementales et cognitives-comportementales pour les jeunes de moins de 18 ans

Les interventions comportementales semblent efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement global et social chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents qui présentent des symptômes ou qui ont reçu un diagnostic de TDAH. Cependant, les données portant spécifiquement sur les interventions cognitives-comportementales sont limitées.

Efficacité des interventions d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents de jeunes de moins de 18 ans

Les interventions d'entraînement aux habiletés parentales semblent également efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement familial chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire qui ont reçu un diagnostic de TDAH.

Efficacité des autres interventions psychosociales pour les jeunes de moins de 18 ans

Pour ce qui est des interventions d'entraînement des fonctions cognitives, des interventions de neurofeedback, des interventions ciblant les compétences d'organisation et de planification, des interventions basées sur la pleine conscience, des interventions d'éducation psychologique et des interventions d'entraînement aux habiletés sociales, les

données de la littérature sont limitées ou ne démontrent pas clairement leur efficacité pour réduire les symptômes du TDAH ou améliorer le fonctionnement des jeunes.

Efficacité des interventions psychosociales pour les jeunes adultes de 18 à 25 ans

Chez les jeunes adultes de 18 à 25 ans, les travaux du présent avis, appuyés sur une revue exploratoire de la littérature scientifique, suggèrent que les interventions cognitives-comportementales semblent efficaces pour réduire les symptômes d'inattention et améliorer le fonctionnement collégial ou universitaire perçu.

Autres bénéfices des interventions psychosociales

De façon générale, les interventions psychosociales sont perçues comme aidantes pour diminuer les symptômes du TDAH ou les difficultés apparentées chez les jeunes.

L'analyse de données issues de la littérature scientifique portant sur les perceptions des parties prenantes, de la littérature grise et des données contextuelles et expérientielles a parallèlement permis de souligner les bénéfices de certaines interventions psychosociales au-delà des résultats d'intérêt du présent avis, bien que leur efficacité clinique pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement n'ait pas été clairement démontrée. En particulier :

- la littérature scientifique sur les perceptions des parties prenantes, la littérature grise et les membres du comité consultatif soulignent que les interventions d'éducation psychologique peuvent aider à mieux comprendre le TDAH et favoriser l'acceptation du diagnostic;
- la littérature grise et les membres du comité consultatif soulignent que l'apprentissage de stratégies d'organisation et de planification est perçu comme aidant par les jeunes et qu'il présentent des avantages pour leur fonctionnement général, sans effets indésirables et à faible coût.

Les travaux ont également relevé l'importance d'offrir des interventions psychosociales avec une attitude bienveillante et d'impliquer le jeune et ses parents au processus de soins et de services de façon à répondre à leurs besoins, au bon moment.

Enfin, bien que les aspects touchant la prise en charge du TDAH n'aient pas été formellement évalués dans les présents travaux, différentes parties prenantes ont souligné la nécessité d'améliorer l'accès aux services et l'importance de favoriser les interventions psychosociales ou l'approche multimodale chez les jeunes en présence ou non d'un diagnostic confirmé.

Recommandations

Compte tenu de l'efficacité clinique et de la cohérence de l'ensemble des données constituant la preuve, et de leur acceptabilité perçue, l'INESSS est d'avis que :

- **les interventions comportementales devraient être proposées aux enfants d'âge scolaire et aux adolescents** qui présentent des symptômes ou ont reçu

un diagnostic de TDAH pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement global et le fonctionnement social.

- **les interventions d'entraînement aux habiletés parentales devraient être proposées aux parents d'enfants d'âge préscolaire et scolaire** qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement familial.

À la lumière de l'ensemble de l'information répertoriée et avec le consensus du comité consultatif d'experts, l'INESSS est d'avis que :

- **les interventions ciblant exclusivement les compétences d'organisation et de planification, les interventions basées sur la pleine conscience et les interventions d'éducation psychologique pourraient être considérées pour leurs bénéfices potentiels quant au développement et au bien-être global** des jeunes de moins de 18 ans qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH, **bien que leur efficacité pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement ne soit pas clairement démontrée.**

À la lumière de l'ensemble de l'information répertoriée, compte tenu du peu de données disponibles et de leurs limites méthodologiques, et en l'absence d'une démonstration claire de l'efficacité clinique, l'INESSS est d'avis que :

- **davantage de recherche est nécessaire pour évaluer l'efficacité des interventions cognitives-comportementales et des interventions ciblant exclusivement l'entraînement aux habiletés sociales** pour réduire les symptômes et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH.

L'INESSS est également d'avis que :

- **les données répertoriées ne permettent pas de recommander avec un niveau de confiance suffisamment élevé les interventions d'entraînement des fonctions cognitives et les interventions de neurofeedback** pour réduire les symptômes et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH.

À la lumière des données issues d'une revue exploratoire de la littérature scientifique et avec le consensus d'un groupe d'experts, **les interventions cognitives-comportementales pourraient être envisagées** afin de réduire les symptômes d'inattention et améliorer le fonctionnement collégial ou universitaire perçu des jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH.

Enfin, l'ensemble de la littérature répertoriée, des parties prenantes et des comités consultés, en continuité avec les travaux de l'INESSS réalisés en 2018, a souligné l'importance que les interventions recommandées soient offertes au moment opportun, en concertation avec le jeune et sa famille, et adaptées à leurs besoins.

SUMMARY

Psychosocial interventions in youth aged under 18 with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

Introduction

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity. It is a common neurodevelopmental disorder that interferes with functioning or development and evolves over one's life course. The prevalence of 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 intensity.

In 2018, INESSS published two reports that highlighted several psychosocial interventions that were found to be effective in reducing ADHD symptoms and associated difficulties in youth. These reports, consistent with the extant literature, recommended a multimodal treatment approach combining pharmacological and psychosocial interventions. Yet, in Quebec, pharmacological interventions often remain the only treatment offered and accessible for youth with ADHD.

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 psychosocial 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. To address these concerns, action 4.10 of the Plan d'action interministériel en santé mentale 2022–2026 was developed, aimed at establishing a diagnosis and service trajectory guide for youth with ADHD or related problems. This work is supported by an interministerial committee led by the ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), which includes actors from the ministère de l'Éducation du Québec (MEQ), the ministère de l'Enseignement supérieur (MES), and the Collège des médecins du Québec. This committee is responsible for reviewing the ADHD diagnosis and service trajectory based on best practices, as well as drafting a reference framework for the trajectory.

In that context, INESSS produced the current report, which aimed at updating the 2018 report that assessed the efficacy of psychosocial interventions to decrease ADHD symptoms and improve functioning in youth aged under 18 diagnosed with ADHD. The current report extended the previous work by adding new psychosocial interventions that had not been assessed in 2018, and by exploring literature on psychosocial interventions that could help decrease ADHD symptoms and improve functioning in young adults aged 18 to 25 diagnosed with ADHD.

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 psychosocial interventions for youth under 18. The quality of the scientific evidence was rated. To address the evaluation question pertaining to psychosocial interventions for young adults aged 18 to 25, an exploratory review of the literature was conducted.

Contextual and experiential data on the effect, relevance, acceptability, and applicability of psychosocial interventions to meet young people's needs were collected among youth and parents of youth with ADHD symptoms or diagnosis or related problems, schoolteachers and principals, 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), as well as by a monitoring committee. To mobilize and integrate knowledge, scientific, contextual and experiential data were integrated using a multidimensional approach and were subjected to a deliberative process that resulted in recommendations.

The integration of data led to the following findings:

Effectiveness of behavioural and cognitive-behavioural interventions for youth under 18

Behavioural interventions seem effective in reducing ADHD symptoms and improving global and social functioning among school-aged children and adolescents with symptoms or a diagnosis of ADHD. However, the evidence on cognitive behavioural interventions specifically is limited.

Effectiveness of parent training interventions for youth under 18

Parent training interventions appear effective in reducing ADHD symptoms and improving family functioning in preschool and school-aged children with a diagnosis of ADHD.

Effectiveness of other psychosocial interventions for youth under 18

With regard to cognitive training, neurofeedback, organization and planning skills interventions, mindfulness-based interventions, psychological education, and social skills training, the evidence is limited or does not clearly demonstrate the effectiveness in reducing ADHD symptoms or improving functioning in youth.

Effectiveness of psychosocial interventions for young adults aged 18 to 25 years

Among young adults aged 18 to 25 years, the current report, based on an exploratory review of the scientific literature, suggests that cognitive-behavioural interventions seem effective in reducing inattention and improving perceived academic functioning.

Other benefits of psychosocial interventions

Psychosocial interventions are generally perceived as helpful in reducing ADHD symptoms or related difficulties in youth.

The analysis of evidence from the scientific literature on stakeholders' perceptions, the grey literature, as well as contextual and experiential data, has highlighted that some psychosocial interventions might be associated with benefits beyond the outcomes of interest in the current report, although their clinical efficacy in reducing ADHD symptoms and improving functioning has not been clearly demonstrated. Specifically:

- according to the scientific literature on stakeholders' perceptions, the grey literature, as well as the advisory committee members, psychological education can help to better understand ADHD and promote acceptance of the diagnosis;
- according to the grey literature and the advisory committee members, organization and planning skills interventions are perceived as helpful by youth and benefit their general functioning without adverse effects, at a low cost.

Moreover, the current work highlighted the importance of providing psychosocial interventions with a caring attitude and involving youth and their parents in the care and services trajectory in order to best meet their needs, at the right time.

Finally, although issues pertaining to ADHD management were not formally assessed in the current report, the need to improve access to services and to promote psychosocial interventions or the multimodal treatment approach, as well as the importance of offering services in the presence or absence of a confirmed diagnosis, were highlighted by different stakeholders.

Recommendations

Given the clinical effectiveness and the consistency of the data sources, and their perceived acceptability, INESSS is of the opinion that:

- **behavioural interventions should be offered to school-aged children and adolescents** with symptoms or a diagnosis of ADHD to reduce ADHD symptoms and improve global and social functioning.
- **parent training interventions should be offered to parents of preschool and school-aged children** with symptoms or a diagnosis of ADHD to reduce ADHD symptoms and improve family functioning.

Considering the available evidence and with the consensus of the advisory committee, INESSS is of the opinion that:

- **interventions focusing exclusively on organization and planning skills interventions, mindfulness-based interventions, and psychological education interventions could be considered for their potential benefits on the development and overall well-being** of youth under 18 years old with symptoms or a diagnosis of ADHD, **although the effectiveness of these**

interventions in reducing ADHD symptoms and improving functioning has not been clearly demonstrated.

Considering the available evidence, given the limited data and their methodological limitations, and in the absence of a clear demonstration of clinical effectiveness, INESSS is of the opinion that:

- **more research is needed to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioural interventions and interventions focusing exclusively on social skills training** to reduce symptoms and improve functioning of young people under 18 years old with symptoms or a diagnosis of ADHD.

Further, INESSS is of the opinion that:

- **the available data do not allow recommending, with a sufficiently high level of confidence, cognitive training and neurofeedback** to reduce symptoms and improve functioning of young people under 18 years old with symptoms or a diagnosis of ADHD.

Based on data from an exploratory review of the scientific literature and with the consensus of a group of experts, **cognitive-behavioural interventions might be considered to reduce symptoms of inattention and improve perceived academic functioning of young adults aged 18 to 25 years** with symptoms or a diagnosis of ADHD.

Finally, the literature reviewed as well as the stakeholders and committees consulted, consistently with INESSS's 2018 work, emphasized the importance of recommended interventions being made available at the right time, in collaboration with the youth and their family, and tailored to their needs.

SIGLES ET ACRONYMES

AADPA	Australian ADHD Professionals Association
AAFP	American Academy of Family Physicians
AAP	American Academy of Pediatrics
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
APA	American Psychiatric Association
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CADDRA	Canadian ADHD Resource Alliance
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CDP	Comité délibératif permanent
CMQ	Collège des médecins du Québec
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
DSM 5	<i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i> , 5 ^e édition
ECR	Essai contrôlé <i>randomisé</i>
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
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MEQ	Ministères de l'Éducation du Québec
MES	Ministère de l'Enseignement supérieur
MMAT	<i>Mixed Methods Appraisal Tool</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026
PICO	Population, interventions d'intérêt, comparateur, objectif escompté par les interventions ciblées (<i>outcome</i>)
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</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

GLOSSAIRE

Éducation psychologique

L'éducation psychologique vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux. L'enseignement peut porter, par exemple, sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements, de même que sur le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé. Il peut aussi porter sur des techniques de gestion du stress, de relaxation ou d'affirmation de soi [OPQ, 2021].

Intervention basée sur la pleine conscience

Le terme « pleine conscience » fait référence à un état de conscience de ses états internes et de son environnement [APA, 2018b] résultant du fait de porter attention au moment présent de façon intentionnelle, sans jugement [Kabat-Zinn, 2003]. Plusieurs interventions (p. ex. thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, réduction du stress basée sur la pleine conscience) visent à développer la capacité à être en pleine conscience par le biais de différentes techniques et exercices (p. ex. méditation de pleine conscience) [APA, 2018b; Ngô, 2013].

Intervention ciblant les compétences d'organisation et de planification

Les interventions ciblant les compétences d'organisation et de planification sont généralement multicomposantes et visent à développer plusieurs compétences telles que l'organisation du matériel scolaire, les compétences de planification et de gestion du temps, et l'accomplissement des devoirs. Ces interventions reposent sur l'enseignement de méthodes spécifiques pour développer les compétences ciblées (p. ex. système d'organisation du pupitre et du sac à dos, techniques de prise de notes en classe, techniques de gestion du temps) [Breaux *et al.*, 2019; Evans *et al.*, 2014].

Intervention comportementale

Les interventions comportementales visent à enseigner aux enfants à adopter des comportements appropriés et à réduire les comportements problématiques dans différents milieux (p. ex. en classe, à la maison). Ces interventions comprennent un ensemble de techniques ciblant le contexte ou les événements qui précèdent les comportements (techniques de contrôle du stimulus, aussi appelées interventions comportementales ciblant les antécédents, p. ex. en établissant une routine, en donnant des consignes précises et en clarifiant le comportement attendu dans une situation donnée) ainsi que les conséquences associées aux comportements (techniques de gestion des contingences, aussi appelées interventions comportementales ciblant les conséquences, p. ex. féliciter ou récompenser un comportement désirable, et ignorer ou punir un comportement indésirable) [Pffiffer et Haack, 2014; DuPaul *et al.*, 2011].

Intervention cognitive-comportementale

Cette catégorie regroupe toutes les interventions basées sur les principes de la thérapie cognitive-comportementale. La thérapie cognitive-comportementale considère que les émotions et les comportements dysfonctionnels sont le résultat de schèmes de pensée erronés. Le thérapeute travaille avec la personne sur l'identification des pensées, des émotions et des comportements problématiques. Les techniques cognitives comportementales incluent notamment l'exposition, la relaxation, la modification du comportement, l'activation comportementale et la restructuration cognitive [APS, 2018].

Intervention d'entraînement aux habiletés sociales

Les interventions d'entraînement aux habiletés sociales visent à offrir aux enfants des instructions sur la façon d'adopter des comportements prosociaux et socialement compétents ainsi que des occasions de mettre en pratique ces comportements. Les compétences sociales enseignées incluent généralement le partage, la conversation, l'adhésion à de nouveaux groupes de pairs, le respect des règles lors des jeux, la capacité à attendre son tour, la capacité à garder son calme en cas de contrariété et l'identification des émotions. Les compétences sociales sont habituellement enseignées aux enfants de façon didactique, mais certaines interventions comportent également des discussions et des jeux de rôles [Willis *et al.*, 2019; Mikami *et al.*, 2014].

Intervention d'entraînement aux habiletés parentales

Les interventions d'entraînement aux habiletés parentales visent à aider les parents à mieux gérer les comportements indésirables de leur enfant afin de diminuer la fréquence et l'intensité de ces comportements et d'améliorer la relation parents-enfant. Les parents sont encouragés à améliorer leur sensibilité à l'égard de l'enfant, la qualité de leur supervision et leurs habiletés de résolution de problèmes, à renforcer et à ignorer sélectivement certains comportements, et à appliquer des conséquences positives (p. ex. félicitations) et négatives (p. ex. punition) avec constance [Maniadaki et Kakouros, 2018; Letarte *et al.*, 2010].

Intervention d'entraînement des fonctions cognitives

Les interventions d'entraînement des fonctions cognitives visent la restauration d'une ou de plusieurs fonctions cognitives par la pratique répétée d'exercices généralement réalisés sur un ordinateur, dont le niveau de difficulté augmente à mesure que la performance de l'individu s'améliore [Rivard *et al.*, 2020; Sonuga-Barke *et al.*, 2014; Rutledge *et al.*, 2012].

Intervention psychosociale

Les interventions psychosociales sont des activités, des techniques ou des stratégies qui visent à influencer sur 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 trouvés dans toutes les interventions ou des éléments associés uniquement à une orientation ou 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].

Littérature grise

La littérature grise correspond à tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, sous forme papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale [Schöpfel, 2012].

Littérature scientifique

La littérature scientifique désigne l'ensemble des publications scientifiques produites et utilisées, notamment, par les chercheurs. Les publications scientifiques permettent de diffuser de l'information scientifique et technique. Sont généralement incluses dans cette catégorie les revues scientifiques à comité de lecture, les ouvrages collectifs rassemblant les travaux de plusieurs auteurs autour d'un thème donné, coordonnés par un ou plusieurs chercheurs appelés « éditeurs », et les monographies sur un thème de recherche [Schöpfel, 2012].

Neurofeedback

Le neurofeedback est une forme d'entraînement de biofeedback, qui inclut l'ensemble des techniques permettant de mesurer et d'enregistrer, à l'aide de capteurs, des signaux physiologiques comme la respiration, le rythme cardiaque ou les ondes cérébrales. Le neurofeedback désigne plus spécifiquement les techniques d'entraînement qui permettent aux personnes de moduler leurs ondes cérébrales en employant l'information provenant d'un affichage vidéo ou d'un signal auditif d'enregistrements électroencéphalographiques des caractéristiques de leurs ondes cérébrales [APA, 2018a; OPQ, 2016].

INTRODUCTION

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), qui se caractérise par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité, est un trouble neurodéveloppemental fréquent qui interfère avec le fonctionnement ou le développement de la personne [APA, 2022; CADDRA, 2020]. Le TDAH évolue tout au long de la vie, et une proportion importante de personnes continuent de présenter des symptômes significatifs à l'âge adulte [APA, 2022; CADDRA, 2020]. Les symptômes du TDAH peuvent compromettre le fonctionnement social et émotionnel, la réussite scolaire et professionnelle, les relations interpersonnelles, la vie conjugale et familiale ainsi que la santé physique des personnes [CADDRA, 2020; INSPQ, 2019; Garner *et al.*, 2013; Wilens *et al.*, 2002].

Prévalence du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Au Canada, la prévalence du TDAH se situe entre 3 % et 9 % chez les enfants et les adolescents, et entre 3 % et 7 % chez les adultes [Espinete *et al.*, 2022]; ces prévalences sont similaires à celles observées internationalement (enfants et adolescents : de 5 % à 10 % [Danielson *et al.*, 2024; Salari *et al.*, 2023; Thomas *et al.*, 2015]; adultes : de 2 % à 4 % [London et Landes, 2021; Song *et al.*, 2021]). Des disparités importantes sont relevées selon certains facteurs comme l'âge et le sexe [Espinete *et al.*, 2022; INSPQ, 2019]. Des variations de prévalence sont également observées entre les provinces canadiennes : par exemple, les résultats d'une étude qui a employé les données clinico-administratives du Québec, de la Nouvelle-Écosse, du Manitoba et de l'Ontario ont démontré que la prévalence du TDAH est plus élevée au Québec que dans les autres provinces [Vasiliadis *et al.*, 2017]. Au Québec, au cours des dernières années, la prévalence annuelle du TDAH a constamment augmenté chez les jeunes de 24 ans et moins, passant de 0,9 % en 2000-2001 à 4,1 % en 2015-2016 [INSPQ, 2019]. Des disparités importantes entre les régions du Québec ont également été relevées, avec des prévalences annuelles allant de 2,2 % à 7,8 % [INSPQ, 2019].

Prise en charge des personnes qui présentent un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

À ce jour, il n'existe aucun traitement curatif du TDAH; les interventions existantes visent plutôt à réduire l'intensité des symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité [CADDRA, 2020]. Les lignes directrices sur le TDAH recommandent pour la plupart une prise en charge multimodale, soit la combinaison d'interventions pharmacologiques et psychosociales ainsi qu'une approche individualisée et un suivi régulier [CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; NICE, 2018b].

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, 2017a]. Des choix de première, deuxième et troisième intention sont recommandés pour les médicaments, mais ce choix est déterminé à l'aide du jugement clinique du médecin, puisque le traitement doit être individualisé [CADDRA, 2020].

La prescription de médicaments spécifiques pour alléger les symptômes du TDAH est en hausse dans plusieurs pays du monde [INSPQ, 2022; Danielson *et al.*, 2018; Raman *et al.*, 2018; Bachmann *et al.*, 2017; INESSS, 2017b]¹. Une étude comparant l'utilisation de médicaments pour le TDAH chez les jeunes de moins de 18 ans dans 13 pays a montré des taux variant de 0,3 % à 6,7 %; les taux les plus élevés ont été relevés en Amérique du Nord [Raman *et al.*, 2018]. Au Québec, la prescription de médicaments spécifiques au TDAH est également en constante augmentation depuis les années 2000 [INSPQ, 2019; INESSS, 2017a; 2017b]; des variations ont été observées selon le sexe, la région administrative, l'approche diagnostique, le milieu socioéconomique et le milieu scolaire [INSPQ, 2022; Brault, 2018]. Le Québec est la province où la prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH est la plus élevée (6,4 %, comparativement à 2,4 % dans le reste du Canada en 2014-2015), et ce, malgré l'application des mêmes critères diagnostiques pour évaluer le TDAH qu'ailleurs au Canada [INESSS, 2017a].

Interventions psychosociales

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 un avis et un état des connaissances produits par l'INESSS [INESSS, 2018a; 2018b]. Bien que peu d'études économiques soient disponibles, la littérature existante montre que, sur le plan économique, les interventions psychosociales peuvent être avantageuses comparativement à un comparateur (p. ex. traitement usuel) [Dijk *et al.*, 2021; NICE, 2018a].

Les interventions psychosociales varient grandement sur le plan du contenu (p. ex. approches et stratégies enseignées) et des modalités (p. ex. sous forme individuelle ou de groupe, nombre de séances, professionnel de la santé qui mène l'intervention, personne ciblée par l'intervention). Bien que les interventions psychosociales puissent être déployées à différents moments de la trajectoire de services pour soutenir les besoins de l'enfant et de l'adolescent [INESSS, 2018b; 2018a], leur mise en place le plus tôt possible dans la trajectoire, ainsi que leur maintien, permettrait de promouvoir la santé mentale et de prévenir l'aggravation des symptômes du TDAH [CADDRA, 2020; INESSS, 2018a; Young *et al.*, 2011]. Les besoins des personnes en matière d'intervention peuvent varier au fil du temps; le choix d'une intervention devrait donc être adapté aux besoins uniques de la personne [CADDRA, 2020].

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).

Par ailleurs, la transition vers la vie adulte constitue une période charnière dans la trajectoire de services pour les jeunes qui vivent avec un TDAH. De nouveaux besoins associés à une plus grande autonomie et à davantage de responsabilités se manifestent, par exemple sur le plan des études postsecondaires, de la vie professionnelle et de couple, ou du rôle parental [Ford, 2020; Young *et al.*, 2016]. Les jeunes adultes qui présentent des symptômes persistants de TDAH sont, entre autres, plus à risque d'échec scolaire [Sedgwick, 2018], de troubles de la conduite (p. ex. abus de substances, criminalité) [Erskine *et al.*, 2016] et d'accidents liés à la conduite automobile [Brunkhorst-Kanaan *et al.*, 2021]. Les professionnels doivent donc assurer une transition la plus fluide possible entre les services pédiatriques et les services offerts aux adultes et proposer des services psychosociaux appropriés aux besoins émergents [NICE, 2018b]. Cependant, l'efficacité des interventions psychosociales chez les jeunes adultes demeure peu documentée².

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^{3,4}. En 2020, compte tenu des préoccupations grandissantes concernant l'usage de la médication spécifique au TDAH au Québec, la Commission de la santé et des services sociaux [2020] a émis des recommandations dans son rapport « Mandat d'initiative sur l'augmentation préoccupante de la consommation de psychostimulants chez les enfants et les jeunes en lien avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité » concernant la recherche, le diagnostic, le traitement et le suivi du TDAH. Les auteurs du rapport ont souligné la nécessité d'améliorer l'accès aux services, notamment de favoriser les interventions psychosociales et l'approche multimodale, et de mieux encadrer le diagnostic et la prescription de médicaments pour le TDAH au Québec. En effet, malgré les recommandations selon lesquelles la prise en charge du TDAH devrait être multimodale, les interventions pharmacologiques constituent souvent le seul traitement proposé et accessible pour les enfants et les adolescents qui présentent un TDAH [INESSS, 2019].

En réponse à la Commission de la santé et des services sociaux [2020] et aux préoccupations des experts, l'action 4.10 du *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* (PAISM) a été élaborée, visant la mise en place d'un guide de trajectoire diagnostique et de services pour les jeunes ayant un TDAH ou des difficultés

² Seules quelques études suggèrent de possibles effets bénéfiques d'interventions cognitives-comportementales et de pleine conscience sur les symptômes du TDAH [Gu *et al.*, 2018; Fleming *et al.*, 2015] et d'interventions comportementales appliquées spécifiquement à la conduite automobile [Bruce *et al.*, 2014], alors qu'une autre étude suggère l'absence d'effet d'un entraînement des fonctions cognitives sur les symptômes du TDAH [Mawjee *et al.*, 2015].

³ 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).

⁴ 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).

apparentées. Les travaux sont accompagnés par un comité interministériel au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec comprenant plusieurs acteurs des ministères de l'Éducation du Québec, de l'Enseignement supérieur (MES) et du Collège des médecins du Québec (CMQ), chargé spécifiquement de réviser la trajectoire de services et de diagnostic du TDAH fondée sur les bonnes pratiques, et de rédiger un cadre de référence pour le continuum de soins qui s'adresse aux intervenants, professionnels et gestionnaires des établissements de santé et d'enseignement ainsi qu'aux organismes partenaires des secteurs public, privé et communautaire.

Dans le cadre des travaux de l'INESSS, compte tenu des préoccupations entourant le surdiagnostic et la surprescription de médicaments spécifiques au TDAH au Québec, de la mise en place et de l'usage d'autres approches non pharmacologiques dans une prise en charge globale des jeunes présentant un TDAH, la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale (DESA) et la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé (DEP) ont collaboré afin de produire un avis d'évaluation portant sur l'efficacité des interventions psychosociales pour les jeunes qui présentent un TDAH, comprenant une mise à jour des travaux de l'INESSS [INESSS, 2018b] ainsi que l'ajout d'interventions psychosociales non évaluées en 2018⁵.

⁵ Un outil clinique sur la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH comprenant le diagnostic, les interventions psychosociales et autres pratiques non pharmacologiques (recommandations issues du présent avis), l'usage optimal de la médication et le suivi impliquant également la déprescription a parallèlement été développé à la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé (DEP). Cet outil clinique a fait l'objet d'un rapport séparé [INESSS, 2024].

1 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie employée pour le présent avis d'évaluation respecte les normes de production des revues rapides de l'INESSS [2023]⁶. Un plan de réalisation a préalablement été élaboré et il a été validé par le comité délibératif permanent mixte en santé et en services sociaux de l'INESSS. Le comité a aussi validé la version finale de la présente revue.

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).

1.1 Questions d'évaluation

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

1. Est-ce que les interventions psychosociales démontrées efficaces ou potentiellement efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes dans les travaux de l'INESSS en 2018 (soit : interventions comportementales, entraînement aux habiletés parentales, entraînement des fonctions cognitives, interventions ciblant les compétences de planification et d'organisation et interventions de neurofeedback) le sont toujours?
2. Parmi les interventions psychosociales non incluses dans les travaux de l'INESSS en 2018, quelles sont celles qui sont reconnues efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH, et quelle est leur innocuité?
3. Quels sont les perceptions et savoirs expérientiels et contextuels des parties prenantes (parents, prestataires de soins et de services, acteurs du milieu scolaire et communautaire) quant à l'effet, la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des interventions psychosociales pour répondre aux besoins des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH?
4. Quelles sont les interventions psychosociales qui pourraient être bénéfiques pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH?

⁶ Pour ce faire, les mêmes étapes nécessaires à la réalisation d'une revue systématique ont été suivies. Elles ont toutefois été simplifiées afin de répondre à la question d'évaluation dans un temps opportun [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.

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'INFORMATION (P. EX. CONSULTATION)
1. Est-ce que les interventions psychosociales démontrées efficaces ou potentiellement efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes dans les travaux de l'INESSS en 2018 (soit : interventions comportementales, entraînement aux habiletés parentales, entraînement des fonctions cognitives, interventions ciblant les compétences de planification et d'organisation et interventions de neurofeedback) le sont toujours?	X	X	
2. Parmi les interventions psychosociales non incluses dans les travaux de l'INESSS en 2018, quelles sont celles qui sont reconnues efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH, et quelle est leur innocuité?	X	X	
3. Quels sont les perceptions et savoirs expérientiels et contextuels des parties prenantes (parents, prestataires de soins et de services, acteurs du milieu scolaire et communautaire) quant à l'effet, la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des interventions psychosociales pour répondre aux besoins des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH?	X		X
4. Quelles sont les interventions psychosociales qui pourraient être bénéfiques pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH?	X		

1.2 Stratégies de repérage de l'information scientifique

Une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) de l'INESSS, en collaboration avec l'équipe de projet, a élaboré des stratégies de repérage pour répondre aux questions d'évaluation 1 à 3. Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews) et PsycInfo ont été interrogées en juin 2023 en tenant compte des concepts suivants : TDAH, jeunes de moins de 18 ans, interventions psychosociales, efficacité et innocuité, et perceptions des

parties prenantes⁷. Les résultats ont été limités aux documents publiés en anglais ou en français de 2018 à 2023 (Annexe A du document *Annexes complémentaires*). Les références bibliographiques des publications retenues ont également été vérifiées par les membres de l'équipe de projet afin de répertorier d'autres documents potentiellement pertinents. Parallèlement, 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 pays comparables, d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) 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* – tableau A-2 et A-3 pour la liste complète des agences ou organismes consultés pour la recension de la littérature grise. Le repérage de l'information scientifique a été fait en juin 2023. L'ensemble des résultats pour les questions 1 à 3 a été limité aux documents publiés en anglais ou en français de janvier 2018 à juin 2023.

Pour répondre à la question d'évaluation 4, une seconde stratégie de repérage a été élaborée par la conseillère en information scientifique, en collaboration avec l'équipe de projet. Les bases de données bibliographiques MEDLINE, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews) et PsycInfo ont été interrogées en janvier 2024 en tenant compte des concepts suivants : TDAH, jeunes adultes et interventions psychosociales. La stratégie a été restreinte aux revues systématiques, méta-analyses, revues de littérature et aux études primaires avec groupe comparateur publiées en anglais ou en français de 2018 à 2024. La stratégie complète élaborée pour chacune des bases de données bibliographiques est présentée à l'annexe B du document *Annexes complémentaires*.

1.3 Critères de sélection des études

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

Pour la sélection des articles (voir tableaux C-1 à C-4 de l'annexe C du document *Annexes complémentaires*), seules les études scientifiques rapportant des données relatives à l'efficacité ou à l'innocuité des interventions psychosociales pour réduire les symptômes du TDAH ou améliorer le fonctionnement des jeunes; la perception de parties prenantes quant à l'effet, la pertinence, l'acceptabilité ou l'applicabilité des interventions psychosociales pour répondre aux besoins des différents profils des jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH; ou l'efficacité ou l'innocuité des interventions psychosociales pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des

⁷ La stratégie de repérage a également tenu compte des potentiels facteurs modérateurs de l'efficacité des interventions (p. ex. déterminants socioéconomiques ou autres); toutefois, en fonction de l'évolution du projet, ce concept a été ultérieurement exclu de l'évaluation.

jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans présentant un TDAH ont été retenues. Spécifiquement pour les questions 1 et 2, pour assurer la qualité de l'évaluation de l'efficacité, seules les études contrôlées et *randomisées* (questions 1 et 2) et les études comparatives avant-après (question 2 seulement) publiées depuis 2018 ont été retenues.

Les documents issus de la littérature grise devaient porter sur les interventions psychosociales menées 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 venant d'organisations savantes.

Les aspects suivants ont été exclus du présent projet :

- la population adulte de plus de 25 ans;
- les aspects légaux ou juridiques en lien avec les interventions ou pratiques;
- l'analyse de l'impact budgétaire et de l'efficacité économique des interventions;
- les interventions se déroulant en milieu hospitalier ou psychiatrique;
- les modalités de l'intervention 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 deuxième, 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 des exclusions 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 modèle *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 présentés à l'annexe D 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, guides ou autres documents retenus pour répondre aux questions d'évaluation a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo ou d'une grille d'extraction spécifique au projet. Pour chaque document retenu, diverses informations comprenant 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 de 30 %.

Les désaccords ont été résolus par consensus ou à l'aide d'un troisième évaluateur. Les données compilées sont conservées dans le répertoire commun du serveur de l'INESSS et elles 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 de 30 %, en utilisant les outils validés suivants :

- Études primaires, devis quantitatifs – l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC, 2014];
- Études primaires, devis qualitatifs – la liste de vérification CASP (*Critical Appraisal Skills Programme Qualitative Studies Checklist*) [CASP, 2018];
- Études primaires, devis mixtes – l'outil MMAT (*Mixed Methods Appraisal Tool*) [Hong 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 a été résolue par consensus ou à l'aide d'un troisième évaluateur. Voir l'annexe E du document *Annexes complémentaires* 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'experts) ont été réalisées auprès des parties prenantes afin de recueillir de l'information contextuelle et expérientielle complémentaire et essentielle à la compréhension de la problématique dans son ensemble.

1.7.1 Consultations individuelles

Des jeunes âgés de 14 à 25 ans qui présentent des symptômes ou un diagnostic de TDAH ou des difficultés apparentées ainsi que des parents de jeunes de moins de 25 ans qui présentent 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 interventions psychosociales menées 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.⁸

Le questionnaire des jeunes (Annexe F du document *Annexes complémentaires*) et celui des parents (Annexe G du document *Annexes complémentaires*)⁹ 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 3 (c.-à.-d. les effets, la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des interventions). Ils étaient composés de questions de nature nominale, catégorielle et de questions ouvertes. Les questions étaient réparties en quatre volets : 1) Profil des jeunes ou des parents; 2) Prise en charge des jeunes; 3) Interventions psychosociales et 4) Autres pratiques non pharmacologiques¹⁰. Plusieurs questions ont permis de choisir parmi des options de réponse, et certaines d'entre elles offraient la possibilité de laisser un commentaire. D'autres questions invitaient les répondants à partager leur expérience en quelques lignes dans un espace prévu à cette fin. Les commentaires et réponses aux questions ouvertes sont présentés dans l'avis, sous forme qualitative.

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 aux personnes présentant un TDAH, ont aussi été menés pour recueillir de l'information sur le contexte de leur pratique, les besoins et la réalité des jeunes et des parents qu'ils

⁸ Les associations ou organismes communautaires pour les jeunes et les familles (p. ex. Associations PANDA, regroupement des maisons de jeunes, etc.) ainsi que les « Aires ouvertes » des CISSS et CIUSSS ont été contactés par courriel afin de les inviter à partager l'offre de recrutement avec les jeunes et les familles qu'ils desservent.

⁹ Un prétest pour chacun des questionnaires a été réalisé auprès d'un jeune présentant un TDAH et d'un parent.

¹⁰ Les consultations individuelles et de groupe ont abordé conjointement les thèmes d'interventions psychosociales et autres pratiques non pharmacologiques pour diminuer les symptômes du TDAH chez les jeunes. Cependant, seuls les résultats concernant les interventions psychosociales sont présentés dans ce présent avis. Les propos abordant les autres pratiques non pharmacologiques feront l'objet d'un rapport indépendant. Certains résultats des consultations, principalement en lien avec la prise en charge, sont également présentés dans l'outil [INESSS, 2024].

accompagnent et leurs perceptions quant aux interventions psychosociales offertes en contextes clinique et scolaire pour accompagner les jeunes et leur famille.

Les enseignants et les directeurs d'école 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'entretien (Annexes H et I du document *Annexes complémentaires*) 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 3 (c.-à.-d., les effets, la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des interventions).

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 échanges.

Un comité consultatif d'experts a également été mis sur pied pour accompagner l'équipe de projet et participer à la consultation (voir section [1.10.3.1](#)).

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 la signature d'un document d'entente de participation et un formulaire de déclaration de conflits d'intérêts et de rôles.

1.8 Méthodes d'analyse et de synthèse des données

Les données quantitatives permettant de répondre aux questions 1, 2 et 4 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 3) 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 traitées par une analyse thématique de contenu et une approche inductive [Thomas, 2006]¹¹ dans le logiciel NVivo 12. Elles sont présentées par thèmes sous forme de synthèse narrative¹².

¹¹ 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).

¹² 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.

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 d'appréciation de la preuve

L'approche préconisée par l'INESSS pour apprécier le niveau de la preuve scientifique découlant de l'analyse et de la synthèse des données a été employée [INESSS, 2017d] (voir Annexe J du document *Annexes complémentaires*). Brièvement, un énoncé de preuve scientifique a été formulé pour chaque résultat d'intérêt permettant de répondre aux questions 1 et 2. Puisque les objectifs et la méthodologie des questions 3 et 4 diffèrent, aucun niveau de preuve n'a été évalué. Ensuite, le niveau de preuve de chaque énoncé issu des données scientifiques a été apprécié selon quatre critères, soit : 1) les limites méthodologiques des études, 2) la cohérence et la fiabilité, 3) l'impact clinique, organisationnel ou social, et 4) la généralisabilité (transférabilité). Un niveau de preuve global a ensuite été attribué (insuffisant, faible, modéré ou élevé). Celui-ci reflète le niveau de confiance au regard de chaque énoncé. Les documents détaillant l'appréciation du niveau de preuve sont disponibles sur demande.

1.10 Processus de formulation des recommandations

1.10.1 Approche d'intégration de l'ensemble de la preuve

L'intégration de l'ensemble de la preuve a pour objectif de rassembler, intégrer et synthétiser toutes les données scientifiques, contextuelles et expérientielles répondant à chacune des questions d'évaluation afin d'élaborer des recommandations. Pour chaque question d'évaluation, l'ensemble de l'information a été colligé pour mettre en parallèle les données recueillies ainsi que l'évaluation de la force de la preuve scientifique. Les éléments de convergence et de divergence ont ensuite été identifiés. Tous les constats et énoncés de preuve issus des données scientifiques, des recommandations des guides de pratique ou rapports d'ETS (évaluation des technologies de la santé) ainsi que des données expérientielles et contextuelles ont été compilés et triangulés afin d'émettre une appréciation globale de l'ensemble de la preuve et des recommandations finales (voir section [Constats globaux](#)).

1.10.2 Formulation des recommandations

Les propositions de recommandations ont été présentées aux membres du comité consultatif (voir section [1.10.3.1](#)). Ceux-ci ont d'abord été invités à échanger, dans un processus itératif informel, sur l'ensemble de la preuve, et à se prononcer sur les propositions préliminaires formulées. Ils ont été invités à considérer la qualité de la preuve scientifique de même que l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences des professionnels et des usagers, puis à examiner les enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité ainsi que les répercussions possibles sur les pratiques et

sur les ressources dans le contexte québécois. Dans un deuxième temps, les membres se sont prononcés sur les documents finaux, par courriel. L'approbation finale de la formulation des recommandations a été considérée comme unanime, majoritaire ou partagée. À défaut d'un consensus sur la portée ou sur la pertinence d'inclure une information ou une recommandation, celle-ci a été retirée ou reformulée.

Finalement, les propositions de recommandations ont été exposées au comité délibératif permanent mixte (CDP; voir section [1.10.3.3](#)) pour que celui-ci puisse délibérer en vue de l'élaboration des recommandations finales. La grille multidimensionnelle a été mise à la disposition des membres afin de soutenir et objectiver le processus délibératif. À la suite de cette délibération, les membres de l'équipe de projet ont effectué les ajustements nécessaires.

1.10.3 Processus de validation et autres contributions d'expertise

Quatre comités ont accompagné l'équipe de projet : un comité consultatif d'experts, un panel des usagers et des proches, un comité de suivi et un comité délibératif permanent mixte (CDP). Les pages liminaires du présent document font état de la composition des différents groupes de travail.

1.10.3.1 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 sociaux¹³ a été formé pour accompagner l'équipe de projet à différentes étapes de la production scientifique et participer à la consultation. Le mandat du comité était de soutenir l'équipe de projet, notamment pour l'évaluation et l'interprétation de la littérature recensée, mais également de fournir de l'information contextuelle et expérientielle liée à la prise en charge du TDAH au Québec. Les membres du comité se sont réunis à quatre reprises au cours de leur mandat. Leurs propos ont été pris en considération tout au long du projet et ils ont été intégrés dans le présent rapport. Certains experts *ad hoc* ont aussi été consultés selon les besoins du projet et leur expertise.

1.10.3.2 Panel des usagers et des proches

Le Panel d'usagers et des proches est une instance permanente spécifique à la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale. Ses membres ont de l'expérience 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 et leur vécu expérientiel au sein de ceux-ci.

¹³ « 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. » [MSSS, 2022]

Plus spécifiquement, les membres du Panel ont eu l'occasion, en octobre 2023, d'alimenter la réflexion 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 retenues lors de la réalisation des consultations.

1.10.3.3 Comité délibératif permanent mixte

Les comités délibératifs permanents sont une structure interne de l'INESSS. Ils exercent un rôle délibératif selon le cadre d'appréciation de la valeur des interventions de l'INESSS pour formuler des recommandations justes, raisonnables et porteuses de valeur pour le système de santé et de services sociaux et la population québécoise. Plus spécifiquement, leur rôle est d'apprécier les données, constats et enjeux de chaque dimension de l'évaluation considérée dans le projet. Le comité examine aussi en quoi et comment l'introduction, l'usage ou le retrait de l'intervention évaluée contribue à créer ou non de la valeur. Ainsi, il a pour mandat d'orienter l'argumentaire de la recommandation en faveur ou non de l'intervention ou de la modification des pratiques existantes. Il contribue aux recommandations sur les modalités et les conditions visant à concrétiser ou à accroître la valeur de l'intervention. Enfin, le comité délibère sur la force et l'importance relative des arguments pour viser le bien-être collectif de la population. Les recommandations finales sont retenues si elles obtiennent l'approbation de la majorité des membres du comité délibératif permanent. À défaut d'un consensus sur la portée ou sur la pertinence d'inclure cette information ou recommandation, les différents argumentaires sont documentés et pris en considération on en tient compte dans la formulation des recommandations.

Puisque deux directions de l'INESSS ont collaboré à ce présent avis et que chacune dispose d'un CDP distinct, un comité délibératif spécifique au projet a été formé à partir d'un sous-groupe de membres venant des deux comités. Ce sous-comité (CDP mixte) était composé de 10 membres, comprenant intervenants, professionnels de la santé, scientifiques, cliniciens, éthiciens, gestionnaires et citoyens, afin de capter les différentes perspectives requises pour les délibérations. Ses membres ont été rencontrés en début de projet (septembre 2023) afin de prendre connaissance du plan de réalisation ainsi qu'en fin de projet (juillet 2024) pour délibérer sur les recommandations issues des travaux.

1.10.3.4 Comité de suivi

Un comité de suivi a été formé afin de donner son opinion sur l'acceptabilité des travaux d'un point de vue stratégique. Ses membres ont été rencontrés à deux reprises (décembre 2023 et juillet 2024) par l'équipe de projet pour s'assurer de l'adéquation des travaux avec les besoins exprimés par le RSSS et de leur faisabilité. Ce comité a contribué aux orientations du projet et à la formulation et la compréhension des enjeux organisationnels. Les membres se sont prononcés sur les questions relatives à l'implantation, au suivi et à l'applicabilité des recommandations et, le cas échéant, ils ont proposé des stratégies pour favoriser leur implantation.

1.10.3.5 Processus de validation

La validation scientifique a été assurée par l'équipe de projet à chaque étape de l'élaboration de l'avis. 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 interventions psychosociales

L'évaluation effectuée en 2018 de l'efficacité de certaines interventions psychosociales pour réduire les symptômes du TDAH et les difficultés associées chez les jeunes, par le biais d'une revue des revues, a porté sur 26 revues systématiques avec méta-analyse de moyenne ou de bonne qualité et sur plus de 200 études primaires jugées par les auteurs de qualité moyenne à élevée [INESSS, 2018b]¹⁴. Les résultats des travaux de 2018 sont présentés plus en détail aux endroits correspondant aux interventions psychosociales évaluées dans le présent rapport.

Dans le présent avis, une mise à jour de la littérature des travaux de l'INESSS de 2018 a été effectuée, permettant de répertorier 30 études primaires supplémentaires. Ces études ont évalué l'efficacité des interventions suivantes pour réduire les symptômes du TDAH ou améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic ou présentent des symptômes de TDAH : les interventions comportementales et cognitives-comportementales, les interventions d'entraînement aux habiletés parentales, les interventions d'entraînement des fonctions cognitives, les interventions ciblant les compétences de planification et d'organisation, et les interventions de neurofeedback. Lorsque disponibles, les résultats issus de la littérature scientifique portant sur les perceptions des parties prenantes, tirés de neuf études, quant à ces interventions sont présentés.

Neuf documents issus de la littérature grise ont également été répertoriés pour chacune des catégories d'intervention : sept guides de pratique clinique et deux rapports d'évaluation des technologies de la santé.

Les tableaux-synthèses des résultats, des constats, des énoncés de preuve et du niveau de preuve de la littérature scientifique sur l'efficacité des interventions et sur les perceptions des parties prenantes, ainsi que de la littérature grise, sont présentés aux Annexes K à M du document *Annexes complémentaires*. Les résultats détaillés des études sont disponibles sur demande.

2.1.1 Interventions comportementales et cognitives-comportementales

Les interventions comportementales¹⁵ visent à enseigner aux enfants à adopter des comportements appropriés et à réduire les comportements problématiques. Elles appliquent diverses techniques ciblant le contexte ou les événements qui précèdent les comportements (p. ex. fournir des consignes précises) ainsi que les conséquences associées aux comportements (p. ex. féliciter ou récompenser un comportement désirable). Les interventions cognitives-comportementales, quant à elles, ciblent

¹⁴ À noter que, puisque certaines approches méthodologiques diffèrent entre le rapport de 2018 et le présent avis, il n'est pas toujours possible de comparer les résultats de manière directe.

¹⁵ Voir le glossaire pour une définition complète des interventions comportementales et cognitives-comportementales.

l'identification des pensées, des émotions et des comportements problématiques, et incluent des techniques telles que l'exposition, la relaxation, l'activation comportementale et la restructuration cognitive.

Dans le rapport de 2018, les interventions comportementales ont été reconnues efficaces pour réduire les manifestations du TDAH chez les enfants et les adolescents. Aucune étude portant sur une intervention cognitive-comportementale n'a été relevée dans les travaux de 2018.

2.1.1.1 Littérature scientifique

Dans les travaux actuels, sept essais cliniques *randomisés* (ECR) (qualité élevée ou modérée) ont évalué l'efficacité d'interventions comportementales sur les résultats d'intérêt du présent avis, et un ECR (qualité élevée) a évalué l'efficacité d'une intervention cognitive-comportementale – voir le [tableau 2](#) pour les principales caractéristiques des études et l'annexe L du document *Annexes complémentaires*, tableaux L-1 et L-2, pour une synthèse des résultats, des constats, des énoncés de preuve et du niveau de preuve. Les interventions comportementales évaluées étaient hétérogènes quant au contenu de l'intervention, aux modalités (p. ex. fréquence et nombre de séances, intervenant ou type de professionnel de la santé administrant l'intervention), à la personne qui recevait l'intervention (c.-à.-d. le jeune lui-même, les parents, ou les enseignants) et aux instruments de mesure employés pour évaluer les résultats d'intérêt.

Tableau 2 Principales caractéristiques des études portant sur les interventions comportementales

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
Haack <i>et al.</i> , [2021]	Élevée	Mexique	ECR	Enfants de 6 à 8 ans présentant des symptômes de TDAH (n = 58)	Intervention comportementale : Programme <i>Collaborative Life Skills (CLS)</i> -FUERTE : intervention de groupe, à l'école, ciblant le jeune, les parents et les enseignants (n = 28)	Traitement usuel (n = 30)
Haugan <i>et al.</i> , [2022]	Élevée	Norvège	ECR	Adolescents de 14 à 18 ans ayant reçu un diagnostic ou présentant des symptômes de TDAH (n = 100)	Intervention cognitive-comportementale fondée sur le <i>Young Bramham programme</i> : intervention de groupe, en contexte clinique. Les participants avaient préalablement reçu de l'éducation psychologique et recevaient un traitement pharmacologique pour le TDAH (n = 50)	Aucune intervention. Les participants avaient préalablement reçu de l'éducation psychologique et recevaient un traitement pharmacologique pour le TDAH (n = 50)
Langberg <i>et al.</i> , [2018]	Élevée	États-Unis	ECR	Enfants d'âge scolaire (<i>middle school, grades 6, 7 and 8</i>) ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 274)	Intervention comportementale : 1) Programme <i>Completing Homework by Improving Efficiency and Focus (CHIEF)</i> : intervention individuelle, à l'école (n = 111) [†]	Liste d'attente (n = 52)
Pfiffner <i>et al.</i> , [2018]	Modérée	États-Unis	ECR	Enfants de la 2 ^e à la 5 ^e année du primaire présentant des symptômes de TDAH (n = 135)	Intervention comportementale : Programme <i>Collaborative Life Skills (CLS)</i> : intervention de groupe (avec quelques rencontres individuelles), à l'école, ciblant le jeune, les parents, et les enseignants (n = 72)	Traitement usuel (n = 62)
Sibley <i>et al.</i> , [2023; 2021]	Modérée	États-Unis	ECR	Adolescents de 11 à 17 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 278)	Intervention comportementale : Programme <i>Supporting Teens' Autonomy Daily (STAND)</i> : intervention individuelle, en contexte clinique, ciblant la dyade parents-adolescent (n = 138)	Traitement usuel (n = 140)

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
Staff <i>et al.</i> , [2021]	Élevée	Pays-Bas	ECR	Enfants de 6 à 12 ans présentant des symptômes de TDAH rapportés par l'enseignant (n = 90)	1) Programme de formation pour les enseignants sur l'intervention comportementale fondée sur les antécédents : intervention individuelle, à l'école et virtuelle (n = 30) 2) Programme de formation pour les enseignants sur l'intervention comportementale fondée sur les conséquences : intervention individuelle, à l'école et virtuelle (n = 30)	Liste d'attente (n = 30)
Staff <i>et al.</i> , [2022]	Modérée	Pays-Bas	ECR	Enfants de 6 à 12 ans présentant des symptômes de TDAH rapportés par l'enseignant (n = 90)	1) Programme de formation pour les enseignants sur l'intervention comportementale fondée sur les antécédents : intervention individuelle, à l'école et virtuelle, (n = 30) 2) Programme de formation pour les enseignants sur l'intervention comportementale fondée sur les conséquences : intervention individuelle, à l'école et virtuelle (n = 30)	Liste d'attente (n = 30)
Veenman <i>et al.</i> , [2019]	Élevée	Pays-Bas	ECR	Enfants de 6 à 13 ans présentant des symptômes de TDAH rapportés par l'enseignant (n = 114)	Intervention comportementale : Programme <i>Positivity & Rules (PR)</i> : programme de formation aux enseignants, autoadministré, comportant des stratégies universelles pour la classe et individuelles au besoin pour les élèves qui ont un TDAH (n = 58)	Traitement usuel (n = 56)

*Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada.

† L'étude de Langberg *et al.*, [2018] évaluait également une intervention ciblant les habiletés d'organisation et de planification – programme *Homework, Organization, and Planning Skills (HOPS)*. Les résultats portant sur cette intervention sont présentés séparément, dans le tableau présentant les études sur les interventions d'organisation et de planification.

2.1.1.1.1 Efficacité des interventions comportementales et cognitives-comportementales sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

Trois études ont évalué l'efficacité d'interventions comportementales sur les symptômes d'inattention et d'hyperactivité considérés de façon combinée. Dans un ECR incluant des enfants d'âge scolaire, Pfiffner *et al.* [2018] ont évalué l'efficacité d'une intervention comportementale qui ciblait le jeune, les parents et les enseignants (programme *Collaborative Life Skills*). Chez les enfants ayant reçu l'intervention, les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) rapportés par les parents étaient significativement plus faibles après l'intervention ($p = ,0005$, taille d'effet grande), et une grande amélioration globale des symptômes rapportée par les parents a été observée ($p = ,0014$, taille d'effet : n.d.). Aucune différence statistiquement significative entre les groupes n'a été observée pour les symptômes du TDAH rapportés par les enseignants ($p > ,10$). Dans un autre ECR, une version culturellement adaptée pour le Mexique du programme *Collaborative Life Skills*, offerte à des enfants d'âge scolaire, a été associée à une diminution des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) rapportés par les parents ($p < ,01$, taille d'effet grande) et par les enseignants ($p < ,01$, taille d'effet grande) [Haack *et al.*, 2021]. Dans un ECR à trois bras, des enfants d'âge scolaire ont été affectés soit à une intervention ciblant les antécédents des comportements,¹⁶ soit à une intervention comportementale ciblant les conséquences des comportements,¹⁷ soit à une liste d'attente [Staff *et al.*, 2021]. Comparativement à la liste d'attente, les deux interventions étaient associées à une diminution plus élevée des comportements d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité rapportés par les enseignants (intervention ciblant les antécédents : $p < ,001$, taille d'effet grande; intervention ciblant les conséquences : $p < ,001$, taille d'effet grande; aucune différence entre les deux interventions, valeur p non disponible). Enfin, dans un ECR portant sur des enfants d'âge scolaire et des adolescents, un programme de formation à l'intervention comportementale pour les enseignants, autoadministré, a été associé à une diminution significativement plus élevée des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) évalués par les enseignants (deux échelles de mesure : $p < ,001$, taille d'effet grande, et $p < ,01$, taille d'effet petite, respectivement) [Veenman *et al.*, 2019]. Aucune différence significative n'a été relevée entre l'intervention et le comparateur concernant les symptômes rapportés par les parents (valeur p non disponible).

D'autres études ont évalué l'efficacité d'interventions comportementales sur les symptômes d'inattention ou d'hyperactivité considérés séparément. Dans une étude menée sur le même échantillon que Staff et ses collaborateurs [2021] décrit plus haut, comparativement à la liste d'attente, l'intervention ciblant les antécédents a été associée à une diminution statistiquement plus grande des symptômes d'inattention rapportés par

¹⁶ P. ex. donner des consignes claires, établir une routine; voir le glossaire pour une définition complète de cette intervention.

¹⁷ P. ex. féliciter ou récompenser un comportement souhaitable; voir le glossaire pour une définition complète de cette intervention.

les enseignants ($p = ,003$, taille d'effet moyenne) [Staff *et al.*, 2022]. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre l'intervention ciblant les conséquences et la liste d'attente ($p = ,071$) ni entre les deux interventions ($p = ,223$). Sur le plan des symptômes d'hyperactivité évalués par les enseignants, les deux interventions ont été associées à une diminution statistiquement significative (intervention ciblant les antécédents : $p < ,001$, taille d'effet moyenne; intervention ciblant les conséquences : $p = ,010$, taille d'effet petite; aucune différence significative entre les deux interventions : $p = ,155$). En ce qui concerne les symptômes mesurés par observation directe en classe, les résultats montrent que les symptômes d'inattention sont demeurés stables dans les groupes qui avaient reçu les interventions (comparativement à la liste d'attente : intervention ciblant les antécédents, $p = ,042$, taille d'effet moyenne; intervention ciblant les conséquences, $p = ,014$, taille d'effet moyenne), alors qu'ils se sont détériorés dans le groupe assigné à la liste d'attente. Étant donné l'absence d'amélioration des symptômes, les chercheurs ont conclu à l'absence d'efficacité des interventions sur ce résultat d'intérêt. Par ailleurs, aucune différence n'a été relevée entre les trois groupes concernant les symptômes d'hyperactivité mesurés par observation directe (comparativement à la liste d'attente : intervention ciblant les antécédents, $p = ,216$; intervention ciblant les conséquences, $p = ,103$). Dans un autre ECR portant sur des adolescents ayant reçu un diagnostic de TDAH, une intervention ciblant la dyade parents-adolescent ne différait pas significativement du comparateur pour les symptômes d'inattention et d'hyperactivité rapportés par les parents et par les enseignants (plusieurs mesures, $p > ,05$; résultats spécifiques disponibles sur demande) [Sibley *et al.*, 2021].

Chez des adolescents, Haugan et ses collaborateurs [2022] ont évalué l'efficacité d'une intervention cognitive-comportementale offerte en contexte clinique comme complément à de l'éducation psychologique et à un traitement pharmacologique pour le TDAH. Les résultats n'ont démontré aucune différence statistiquement significative entre l'intervention et le comparateur concernant le changement dans les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) entre le début et la fin de l'intervention (symptômes rapportés par les parents, $p = ,948$; par les enseignants, $p = ,400$; autorapportés, $p = ,359$). Des résultats similaires ont été obtenus pour les symptômes séparés d'inattention (parents, $p = ,963$; enseignants, $p = ,113$; autorapportés, $p = ,502$) et d'hyperactivité (parents, $p = ,821$; enseignants, $p = ,730$; autorapportés, $p = ,551$), de même que pour la sévérité des symptômes évaluée par les cliniciens ($p = ,883$). Également, sur le plan du fonctionnement global, les deux groupes ne différaient pas significativement l'un de l'autre (parents, $p = ,817$; cliniciens, $p = ,985$; autorapportés, $p = ,599$).

2.1.1.1.2 Efficacité des interventions comportementales et cognitives-comportementales sur le fonctionnement

Sept études ont évalué l'efficacité d'interventions comportementales sur différentes sphères du fonctionnement. Chez des enfants d'âge scolaire, les interventions comportementales ont été trouvées efficaces pour améliorer le fonctionnement global – voir Haack et ses collaborateurs [2021], pour le fonctionnement rapporté par les parents,

$p < ,05$, taille d'effet grande, et par les enseignants, $p < ,001$, taille d'effet grande; voir Staff et ses collaborateurs [2022] pour le fonctionnement rapporté par les enseignants, $p = ,023$, taille d'effet moyenne. Pour ce qui est du fonctionnement scolaire, dans l'étude de Sibley et ses collaborateurs [2021] menée auprès d'adolescents et décrite plus haut, aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée entre l'intervention et le traitement usuel concernant le fonctionnement scolaire rapporté par les parents ($p = ,466$), la moyenne scolaire ($p = ,904$) ou le nombre d'incidents disciplinaires (p. ex. retenues, suspensions; $p = ,063$). Dans une autre étude auprès d'enfants d'âge scolaire, une intervention comportementale offerte à l'école a été associée à une amélioration plus élevée que celle observée dans la liste d'attente sur plusieurs indicateurs du fonctionnement scolaire rapportés par les parents (six indicateurs, p. ex. gestion des documents liés aux devoirs, planification des tâches; valeurs p comprises entre $p < ,001$ et $p < ,01$, tailles d'effet de petites à grandes, Langberg et ses collaborateurs [2018]). Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes concernant le fonctionnement scolaire rapporté par les enseignants (quatre indicateurs, valeurs p non disponibles) ni sur la moyenne cumulative ($p = ,236$). Une seule étude a évalué l'efficacité d'une intervention comportementale sur le fonctionnement familial. Sibley et ses collaborateurs [2021] (étude décrite plus haut) n'ont observé aucune différence significative entre l'intervention et le traitement usuel sur les conflits entre les parents et les adolescents ($p = ,082$). Dans une seconde étude menée sur le même échantillon d'adolescents, Sibley et ses collaborateurs [2023] n'ont trouvé aucune différence significative entre les groupes concernant le fonctionnement social (problèmes sociaux, $p = 208^{18}$). Similairement, les études de Piffner et ses collaborateurs [2018] et de Veenman et ses collaborateurs [2019], décrites plus haut, n'ont trouvé aucune efficacité statistiquement significative des interventions sur le fonctionnement social rapporté par les parents ($p > ,10$ et valeur p non disponible, respectivement). Par contre, dans l'étude de Veenman et ses collaborateurs [2019], l'intervention était associée à une amélioration significativement plus importante du fonctionnement rapporté par les enseignants ($p < ,01$, taille d'effet petite).

Aucune étude évaluant l'efficacité d'interventions comportementales sur la régulation émotionnelle, la qualité de vie ou l'innocuité n'a été répertoriée. De plus, aucune étude évaluant l'effet d'une intervention cognitive-comportementale sur le fonctionnement scolaire, familial, social, la régulation émotionnelle, la qualité de vie et l'innocuité n'a été recensée.

2.1.1.1.3 Perceptions des parties prenantes sur les interventions comportementales et cognitives-comportementales

Aucune étude évaluant les perceptions des parties prenantes sur les interventions comportementales n'a été recensée.

¹⁸ Valeur p rapportée telle que dans l'article scientifique.

Une étude [Andersen *et al.*, 2022] portant sur la satisfaction et la faisabilité d'un programme d'interventions cognitives-comportementales pour les jeunes ayant un TDAH a été repérée. Cette étude de cohorte nichée dans une ECR a été réalisée auprès de 48 adolescents âgés de 14 à 18 ans. La satisfaction et la faisabilité du programme ont été mesurées à l'aide d'un questionnaire, alors que l'assiduité aux séances de groupe et la liste de contrôle à remplir à la fin de chacune des séances ont été compilées par les responsables de groupe.

Les résultats ont démontré que les adolescents étaient majoritairement (79 %) satisfaits du programme. Aucun jeune ne s'est dit plutôt insatisfait ou insatisfait. Les items de satisfaction qui ont obtenu les scores les plus élevés incluent le fait d'être dans un groupe avec d'autres adolescents (moyenne de 3,35 sur une échelle de Likert à 4 points) et l'utilité des apprentissages faits auprès de leurs pairs (moyenne de 3,37 sur une échelle de Likert à 4 points). Les jeunes auraient aussi souhaité recevoir un appel entre les séances pour leur rappeler les exercices à réaliser à la maison et la prochaine séance (71 %). Grâce à ce contact, ils ont indiqué avoir fait des apprentissages supplémentaires. Les résultats ont également démontré l'assiduité élevée des jeunes à l'intervention (présence en moyenne à 10,7 des 11 rencontres) et une fidélité élevée des responsables au contenu du programme (90 % et plus).

2.1.1.2 Littérature grise

Trois guides de pratique clinique (qualité élevée et modérée) recommandent les interventions comportementales chez les jeunes ayant un TDAH [Barbarese *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018]. Les guides soulignent que ces interventions sont considérées comme fondamentales pour réduire les symptômes du TDAH [Barbarese *et al.*, 2020; Feldman *et al.*, 2018] et qu'elles devraient être mises en œuvre dès le début du traitement [Barbarese *et al.*, 2020]. Selon la Société canadienne de pédiatrie (SCP), les interventions comportementales en classe sont considérées comme un traitement bien établi depuis plusieurs années [Feldman *et al.*, 2018]. Le guide du Society Developmental and Behavioral Pediatrics (SDBP) précise, pour sa part, que les interventions comportementales par les pairs dans les écoles et les camps de jour ont des effets modérés à élevés sur les habiletés sociales, mais que leurs preuves sont limitées lorsqu'elles sont données en clinique ou au privé [Barbarese *et al.*, 2020]. Selon l'Académie américaine de pédiatrie (AAP), une approche thérapeutique multimodale impliquant des interventions pharmacologiques et des interventions psychosociales, notamment l'entraînement aux habiletés parentales et les interventions comportementales en classe pour les jeunes âgés de 6 à 12 ans, ainsi que les interventions éducatives et comportementales pour les adolescents âgés de 13 à 18 ans, devrait être offerte [Wolraich *et al.*, 2019].

Deux guides de pratique clinique (qualité élevée et modérée) et un rapport d'évaluation des technologies de la santé (qualité élevée) ont indiqué que les interventions cognitives-comportementales pourraient être offertes aux jeunes présentant un TDAH [Krull *et al.*, 2023; Australian ADHD Professionals Association, 2022; NICE, 2018b] et qu'elles devraient être envisagées pour les adolescents [Krull *et al.*, 2023; Australian ADHD

Professionals Association, 2022]. Selon le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [2018b], ces interventions pourraient être pertinentes pour les jeunes lorsque les symptômes du TDAH occasionnent des difficultés à l'égard des habiletés sociales, de la résolution de problèmes, de l'autocontrôle, des habiletés d'écoute et de la gestion des émotions.

Un guide de pratique clinique [Krull *et al.*, 2023] a précisé qu'elles permettraient notamment d'améliorer les habiletés de planification et d'organisation, les fonctions cognitives et de réduire les problèmes coexistants chez les jeunes présentant un TDAH et qu'elles pourraient être un complément utile à la médication. Un autre rapport d'évaluation des technologies de la santé (qualité modérée) [Kemper *et al.*, 2018] a cependant indiqué que les preuves sont insuffisantes pour les recommander, en raison du petit nombre d'études et de résultats imprécis.

En bref

Selon la littérature scientifique, chez les **enfants d'âge scolaire présentant des symptômes de TDAH** :

- les interventions comportementales semblent efficaces pour améliorer le fonctionnement global évalué par les parents et par les enseignants;
- les programmes formant les enseignants aux interventions comportementales ciblant les antécédents (p. ex. donner des consignes claires, établir une routine) et les conséquences des comportements (p. ex. féliciter ou récompenser un comportement désirable) pourraient être efficaces pour diminuer les symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par les enseignants. Cependant, ces interventions ne semblent pas efficaces pour diminuer les symptômes d'inattention rapportés par les enseignants et par des observations en classe, et diminuer les symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par des observations en classe.

Chez les **enfants d'âge scolaire et les adolescents présentant des symptômes de TDAH ou qui ont reçu un diagnostic de TDAH** :

- les interventions comportementales :
 - semblent efficaces pour diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) rapportés par les parents et par les enseignants;

- ne semblent pas efficaces pour améliorer le fonctionnement scolaire rapporté par les parents et les enseignants, et améliorer le fonctionnement social rapporté par les parents.
- un programme formant les enseignants à l'intervention comportementale (programme *Positivity & Rules*) pourrait être efficace pour améliorer le fonctionnement social rapporté par les enseignants.

Chez les **adolescents ayant reçu un diagnostic de TDAH** :

- une intervention individuelle, en contexte clinique, ciblant la dyade parents-adolescent, ne semble pas efficace pour diminuer les symptômes d'inattention et les symptômes d'hyperactivité rapportés par les parents et par les enseignants, ou pour améliorer le fonctionnement familial rapporté par les parents et par les jeunes;
- une intervention cognitive-comportementale de groupe (*Young Bramham programme*), offerte en complément à de l'éducation psychologique et à un traitement pharmacologique pour le TDAH, ne semble pas efficace pour diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées et séparées) rapportés par les parents, les enseignants et autorapportés, ou pour améliorer le fonctionnement global rapporté par les parents, par les cliniciens ou par le jeune (autorapporté).

Selon la littérature grise :

- les interventions comportementales devraient être recommandées chez les jeunes âgés de 6 à 12 ans qui ont un TDAH, notamment l'entraînement aux habiletés parentales et les interventions comportementales en classe;
- pour les jeunes âgés de 13 à 18 ans ayant un TDAH, une approche thérapeutique multimodale impliquant des interventions psychosociales, notamment des interventions éducatives et comportementales, et pharmacologiques devrait être offerte;
- les interventions cognitives-comportementales pourraient être offertes aux jeunes présentant un TDAH.

Globalement :

- les données disponibles appuient l'efficacité des interventions comportementales pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement global et le fonctionnement social des enfants d'âge scolaire et des adolescents présentant des symptômes ou qui ont reçu un diagnostic de TDAH. **Niveau de preuve : modéré.**
- les données disponibles ne permettent pas de souligner avec un niveau de confiance suffisamment élevé que les interventions cognitives-comportementales peuvent être efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH. **Niveau de preuve : insuffisant.**

2.1.2 Entraînement aux habiletés parentales

Dans les travaux de 2018, les interventions d'entraînement aux habiletés parentales ont été reconnues efficaces pour réduire les manifestations associées au TDAH.

2.1.2.1 Littérature scientifique

Dans les présents travaux, 13 ECR de plus (qualité élevée ou modérée) ont évalué l'efficacité d'interventions d'entraînement aux habiletés parentales sur les résultats d'intérêt du présent avis – voir le [tableau 3](#) pour les principales caractéristiques des études, et l'annexe L du document *Annexes complémentaires*, tableau L-3 pour une synthèse des résultats, des constats, des énoncés de preuve et du niveau de preuve. Les interventions évaluées étaient hétérogènes quant au contenu de l'intervention, aux modalités (p. ex. fréquence et nombre de séances, intervenant ou type de professionnel de la santé administrant l'intervention) et aux instruments de mesure employés pour évaluer les résultats d'intérêt.

Tableau 3 Principales caractéristiques des études portant sur les interventions d'entraînement aux habiletés parentales

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
Chesterfield <i>et al.</i> , [2021]	Élevée	Australie	ECR	Parents d'enfants de 6 à 12 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 60)	Programme <i>1-2-3 Magic</i> : intervention de groupe, en contexte clinique (n = 30)	Liste d'attente (n = 30)
DuPaul <i>et al.</i> , [2018]	Modérée	États-Unis	ECR	Parents d'enfants d'âge préscolaire (3 ans à 5 ans et 11 mois) ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 47)	1) Programme <i>Face-to-Face</i> (F2F) : intervention de groupe, à l'école (n = 16) 2) Intervention d'entraînement aux habiletés parentales en ligne (n = 15)	Liste d'attente (n = 16)
Fabiano <i>et al.</i> , [2021]	Modérée	États-Unis	ECR	Donneur de soins principal masculin d'un enfant (prématernelle à 6 ^e année) ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 61)	Programme d'entraînement aux habiletés parentales : intervention de groupe, à l'école (n = 28)	Liste d'attente (n = 33)
Franke <i>et al.</i> , [2020]	Modérée	Nouvelle-Zélande	ECR	Parents d'enfants d'âge préscolaire (3-4 ans) présentant des symptômes de TDAH (n = 53)	Programme Triple P (<i>Positive Parenting Program</i>) : intervention en ligne autoadministrée (n = 27)	Liste d'attente (n = 26)
Hornstra <i>et al.</i> , [2021]	Élevée	Pays-Bas	ECR	Parents d'enfants de 4 à 12 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 92)	1) Intervention d'entraînement aux habiletés parentales comportementale fondée sur les antécédents : intervention individuelle, en contexte clinique (n = 30) 2) Intervention d'entraînement aux habiletés parentales comportementale fondée sur les conséquences : intervention individuelle, en contexte clinique (n = 32)	Liste d'attente (n = 30)
Lange <i>et al.</i> , [2018]	Modérée	Danemark	ECR	Parents d'enfants de 3 à 7 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 164)	Programme <i>New Forest Parenting Programme</i> (NFPP) : intervention individuelle, en contexte clinique et à domicile (n = 88)	Traitement usuel (n = 76)
Larsen [2021]	Modérée	Danemark	ECR	Parents d'enfants de 3 à 7 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 164)	Programme <i>New Forest Parenting Programme</i> (NFPP) : intervention individuelle (n = 88)	Traitement usuel (n = 76)

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
Leckey <i>et al.</i> , [2019]	Élevée	Irlande	ECR	Familles d'enfants de 3 à 7 ans qui présentent des symptômes de TDAH (n = 45)	1) Intervention combinée PT + CT : Programme d'entraînement aux habiletés parentales <i>Incredible Years Basic Parent Training</i> combiné au programme d'entraînement des habiletés socioémotionnelles et d'autorégulation pour les enfants <i>Small Group Dinosaur (Dina) Programme</i> : interventions de groupe, en contexte clinique et à l'école (n = 12) 2) PT : Programme d'entraînement aux habiletés parentales <i>Incredible Years Basic Parent Training seul</i> : intervention de groupe, en contexte clinique et à l'école (n = 19)	Liste d'attente (n = 14)
Nobel <i>et al.</i> , [2020]	Modérée	Pays-Bas	ECR	Parents d'enfants de 6 à 13 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 73)	Programme <i>Behavioral Parent Training Groningen at Home (BPTG@HOME)</i> : intervention individuelle, à domicile (n = 26)	Liste d'attente (n = 23) Traitement usuel à domicile (n = 24)
Nuno <i>et al.</i> , [2020]	Modérée	États-Unis	ECR	Parents d'enfants de 6 à 9 ans ayant reçu un diagnostic ou qui présentent des symptômes de TDAH (n = 104)	Programme <i>Nurtured Heart Approach</i> : intervention en ligne (n = 52)	Liste d'attente (n = 52)
Schorr-Sapir <i>et al.</i> , [2022]	Modérée	Israël	ECR	Parents d'enfants de 5 à 13 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 101)	Entraînement aux habiletés parentales basé sur la résistance non violente : intervention à l'école (n = 50)	Liste d'attente (n = 51)
Sonuga-Barke, [2018]	Modérée	Royaume-Uni	ECR	Parents d'enfants d'âge préscolaire (2,75-4,5 ans) ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 307)	Programme <i>New Forest Parenting Programme (NFPP)</i> : intervention spécifique au TDAH, individuelle, à domicile (n = 134)	1) Programme <i>Incredible Years (IY)</i> : programme générique pour les enfants ayant des problèmes de comportement, leurs parents et leurs enseignants (n = 131) 2) Traitement usuel (n = 42)

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
Yao <i>et al.</i> , [2022]	Modérée	Japon	ECR	Parents d'enfants de 6 à 12 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 30)	Intervention d'entraînement aux habiletés parentales comportementale : intervention de groupe en contexte clinique (n = 17)	Liste d'attente (n = 13)

*Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada.

† *Behavioral parent training Groningen at home.*

2.1.2.1.1 Efficacité des interventions d'entraînement aux habiletés parentales sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

Huit études ont considéré les symptômes d'inattention et d'hyperactivité de façon combinée. Les résultats obtenus sont partagés : une efficacité statistiquement significative de l'intervention a été observée dans la moitié des études recensées, alors que l'autre moitié des études rapportait des résultats non statistiquement significatifs. Dans un ECR portant sur des parents d'enfants d'âge préscolaire, une intervention en ligne autoadministrée (programme *Triple P*) a été associée à une diminution significativement plus importante des symptômes d'inattention et d'hyperactivité combinés, rapportés par la mère ($p = ,003$, taille d'effet moyenne) [Franke *et al.*, 2020]. Cet effet n'était pas maintenu lors du suivi effectué six mois postintervention ($p = ,182$). De plus, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes concernant les symptômes rapportés par le père ($p = ,061$). Chez des familles d'enfants d'âge préscolaire ou scolaire, Lange *et al.*, [2018] ont rapporté une diminution statistiquement significative des symptômes d'inattention et d'hyperactivité combinés, évalués par les parents, chez les participants qui ont reçu une intervention individuelle (*New Forest Parenting Programme*) (changement pré-post intervention, $p = ,009$, taille d'effet petite; changement pré-intervention-suivi 36 semaines, $p = ,031$, taille d'effet petite). Toutefois, aucune différence significative n'a été relevée entre les groupes pour les symptômes rapportés par les enseignants (changement pré-post intervention, $p = ,457$; changement préintervention-suivi 36 semaines, $p = ,669$).

Également chez des familles d'enfants d'âge préscolaire ou scolaire, un ECR a comparé deux interventions (un programme d'entraînement aux habiletés parentales [programme *Incredible Years Basic Parent Training*] et une intervention combinant ce programme d'entraînement aux habiletés parentales à un programme d'entraînement des habiletés socioémotionnelles et d'autorégulation [*Small Group Dinosaur (Dina) Programme*] comparativement à une liste d'attente [Leckey *et al.*, 2019]. Quatre échelles de mesure, remplies par les parents, ont été administrées pour mesurer les symptômes d'inattention et d'hyperactivité. Des résultats partagés ont été obtenus : aucune différence statistiquement significative entre les groupes n'a été observée sur deux des mesures (valeurs p non disponibles), alors que, pour les autres mesures, des symptômes plus faibles ont été observés dans le groupe ayant reçu le programme d'entraînement aux habiletés parentales seul, comparativement à la liste d'attente ($p < ,05$, tailles d'effet grandes). Aucune différence significative n'a été trouvée entre l'intervention combinée et les deux autres conditions (valeurs p non disponibles).

Dans une étude auprès de familles d'enfants d'âge préscolaire, DuPaul et ses collaborateurs [2018] ont comparé deux interventions, soit une intervention offerte à l'école (programme F2F) et une intervention offerte en ligne, à une liste d'attente. Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée entre les groupes concernant les symptômes d'inattention et d'hyperactivité combinés rapportés par les parents ($p = ,12$). Parallèlement, Fabiano et ses collaborateurs [2021] ont évalué un programme d'entraînement aux habiletés parentales offert au principal donneur de soins masculin

d'enfants d'âge préscolaire ou scolaire. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre l'intervention et le comparateur concernant les symptômes rapportés par le principal donneur de soins ($p = ,731$).

Dans un autre ECR portant sur des parents d'enfants d'âge scolaire, Nobel et ses collaborateurs [2020] ont comparé une intervention à domicile (programme *BPTG@HOME*¹⁹) à une liste d'attente ou au traitement usuel à domicile. Une diminution statistiquement significative des symptômes d'inattention et d'hyperactivité combinés rapportés par les parents a été observée dans le groupe qui a reçu l'intervention comparativement aux deux groupes comparateurs ($p = ,001$ et tailles d'effet grandes pour chaque comparaison). Dans un autre ECR, un entraînement aux habiletés parentales basé sur la résistance non violente, offert à des parents d'enfants d'âge scolaire ou d'adolescents, n'était associé à aucune amélioration statistiquement significative des symptômes rapportés par les parents ($p < ,08$) [Schorr-Sapir *et al.*, 2022]. Enfin, Sonuga-Barkes et ses collaborateurs [2018] ont comparé deux interventions (un programme à domicile d'entraînement aux habiletés parentales spécifique au TDAH [*New Forest Parenting Programme*] et un programme générique pour les enfants ayant des problèmes de comportement, leurs parents et leurs enseignants [programme *Incredible Years*]) au traitement usuel chez des parents d'enfants d'âge préscolaire. Aucune différence significative n'a été rapportée entre les trois groupes concernant les symptômes évalués par les parents (p allant de ,053 à ,92), par les enseignants (p allant de ,782 à ,99) ou par observation directe (p allant de ,073 à ,785).

L'effet d'interventions d'entraînement aux habiletés parentales sur les symptômes d'inattention ou d'hyperactivité considérés séparément a été rapporté dans sept ECR. Chez des parents d'enfants d'âge scolaire, Chesterfield et ses collaborateurs [2021] ont évalué l'efficacité d'une intervention en contexte clinique (programme *1-2-3 Magic*). L'intervention était associée à une diminution statistiquement significative des symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité évalués séparément par les parents ($p = ,006$ et $p = ,007$, respectivement, avec des tailles d'effet moyennes). Dans un ECR à trois bras, mené auprès de parents d'enfants d'âge préscolaire ou scolaire, deux interventions (intervention d'entraînement aux habiletés parentales comportementale fondée sur les antécédents et intervention d'entraînement aux habiletés parentales comportementale fondée sur les conséquences) ont été comparées à une liste d'attente [Hornstra *et al.*, 2021]. Pour l'inattention rapportée par les parents, une diminution plus importante des symptômes a été relevée dans le groupe assigné à l'intervention fondée sur les antécédents entre le début et la fin de l'intervention, et entre le début de l'intervention et le suivi trois mois, comparativement à la liste d'attente ($p < ,05$, tailles d'effet petites). Aucune différence significative n'a été relevée entre l'intervention fondée sur les conséquences et la liste d'attente (valeur p non disponible). Également, aucune différence entre les deux interventions n'a été relevée entre le début et la fin de l'intervention (valeurs p spécifiques non disponibles). Cependant, entre le début de l'intervention et le suivi, une diminution plus importante des symptômes a été

¹⁹ *Behavioral parent training Groningen at home.*

observée dans le groupe d'intervention, fondée sur les antécédents ($p < ,05$, taille d'effet moyenne). Quant à l'hyperactivité rapportée par les parents, les interventions ne différaient pas de la liste d'attente quant au changement entre le début et la fin de l'intervention (valeurs p spécifiques non disponibles). Toutefois, les deux interventions étaient associées à une diminution significative des symptômes entre le début de l'intervention et le suivi trois mois comparativement à la liste d'attente ($p < ,05$, tailles d'effet moyenne et petite, respectivement; aucune différence significative entre les deux interventions).

Dans un autre ECR comparant une intervention en ligne (programme *Nurtured Heart Approach*) à une liste d'attente auprès de parents d'enfants d'âge scolaire, Nuno *et al.*, [2020] ont rapporté une efficacité statistiquement significative de l'intervention pour diminuer les symptômes d'inattention ($p < ,001$) et les symptômes d'hyperactivité/impulsivité ($p < ,001$) rapportés par les parents. Également auprès de parents d'enfants d'âge scolaire, une intervention d'entraînement aux habiletés parentales comportementale offerte en contexte clinique a été associée à une diminution des symptômes d'inattention rapportés par les parents ($p = ,014$, taille d'effet grande), mais à aucun effet statistiquement significatif concernant les symptômes d'hyperactivité/impulsivité (valeur p non disponible) [Yao *et al.*, 2022].

Dans l'étude de DuPaul et ses collaborateurs [2018] décrite plus haut, les symptômes d'hyperactivité évalués séparément rapportés par les parents étaient plus faibles dans les deux groupes qui avaient reçu l'intervention comparativement au groupe comparateur ($p < ,01$, taille d'effet grande). Également, dans l'ECR de Franke et ses collaborateurs [2020] décrit plus haut, une efficacité statistiquement significative de l'intervention a été observée pour les symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par la mère à la fin de l'intervention ($p = ,009$, taille d'effet moyenne), mais pas au suivi six mois ($p = ,145$). Aucune différence statistiquement significative entre les groupes n'a été relevée pour les symptômes d'hyperactivité rapportés par les enseignants ($p = ,054$). Finalement, Leckey et ses collaborateurs [2019], étude décrite plus haut) ont mesuré les symptômes d'hyperactivité/impulsivité à l'aide de deux échelles remplies par les parents. Aucune différence statistiquement significative entre les groupes n'a été observée sur une des mesures (valeur p spécifique non disponible), alors que pour l'autre mesure des symptômes plus faibles ont été observés dans le groupe qui a reçu le programme d'entraînement aux habiletés parentales seul, comparativement à la liste d'attente et à l'intervention combinée ($p < ,001$ à $p < ,05$, tailles d'effet grandes).

2.1.2.1.2 Efficacité des interventions d'entraînement aux habiletés parentales sur le fonctionnement et la qualité de vie

Sept ECR ont évalué l'efficacité d'interventions d'entraînement aux habiletés parentales pour améliorer le fonctionnement et la qualité de vie (études décrites plus haut de Fabiano *et al.*, [2021], Franke *et al.*, [2020], Lange *et al.*, [2018], Chesterfield *et al.*, [2021], Nuno *et al.*, [2020], Leckey *et al.*, [2019], ainsi que Larsen *et al.*, [2021]). Dans l'étude de Fabiano *et al.* [2021], aucune différence significative n'a été trouvée entre l'intervention et la liste d'attente concernant le fonctionnement global ($p = ,836$) ni pour le

fonctionnement scolaire (inattention/évitement des devoirs, $p = ,711$; productivité/non-adhésion aux règles dans les devoirs, $p = ,431$) rapportés par le principal donneur de soins de l'enfant. Lange et ses collaborateurs [2021] ont observé que l'intervention était associée à une diminution plus importante du niveau de stress familial rapporté par les parents entre le début et la fin de l'intervention ($p = ,017$, taille d'effet petite) et entre le début de l'intervention et le suivi ($p = ,010$, taille d'effet petite). Plusieurs études ont évalué l'effet des interventions sur le fonctionnement social et rapportent des résultats généralement non concluants. Dans les études de Chesterfield et ses collaborateurs [2021] et de Nuno et ses collaborateurs [2020], aucune différence n'a été trouvée entre l'intervention et le comparateur concernant le fonctionnement social rapporté par les parents ($p = ,20$ et $,906$, respectivement). Franke et ses collaborateurs [2020] ont relevé une efficacité statistiquement significative de l'intervention pour améliorer le fonctionnement social rapporté par la mère entre le début et la fin de l'intervention ($p = ,002$, taille d'effet petite; effet non maintenu au suivi, $p = ,186$), mais pas pour le fonctionnement social rapporté par le père (postintervention, $p = ,665$; suivi, $p = ,596$). Dans la même étude, l'effet de l'intervention sur le fonctionnement social rapporté par les enseignants a été mesuré par deux indicateurs. L'intervention a été associée à une amélioration significative de la prosocialité envers les pairs entre le début et la fin de l'intervention ($p = ,006$, taille d'effet moyenne), mais il ne différait pas significativement du comparateur pour les problèmes avec les pairs (postintervention, $p = ,086$). Dans l'ECR de Leckey et ses collaborateurs [2019], l'effet des interventions sur le fonctionnement social a été évalué à l'aide de trois échelles d'un questionnaire mesurant les problèmes avec les pairs, les comportements prosociaux, la détresse et l'altération du fonctionnement social. Pour les problèmes avec les pairs, aucune différence significative n'a été relevée entre les groupes (valeurs p spécifiques non disponibles). Pour les comportements prosociaux, comparativement à la liste d'attente, le programme d'entraînement aux habiletés parentales donné seul était associé à une amélioration significative ($p < ,05$, taille d'effet moyenne). Aucune différence n'a été trouvée entre l'intervention combinant le programme d'entraînement aux habiletés parentales à un entraînement des habiletés socioémotionnelles et les autres groupes (valeurs p spécifiques non disponibles). L'intervention combinée était associée à une moins grande altération du fonctionnement comparativement à la liste d'attente ($p < ,05$, taille d'effet grande; aucune différence significative entre les autres groupes, valeurs p spécifiques non disponibles). Enfin, un ECR portant sur des parents d'enfants d'âge préscolaire ou scolaire n'a relevé aucune différence significative entre un programme d'entraînement aux habiletés parentales (*New Forest Parenting Programme*) et le comparateur pour améliorer la qualité de vie liée à la santé rapportée par les parents (pré et postintervention, $p = ,09$; préintervention-suivi, $p = ,08$) [Larsen et al., 2021].

Aucune étude évaluant l'efficacité d'interventions d'entraînement aux habiletés parentales pour la régulation émotionnelle et l'innocuité n'a été recensée.

2.1.2.1.3 Perceptions des parties prenantes concernant les interventions d'entraînement aux habiletés parentales

Trois études [Allen *et al.*, 2023; Rahali *et al.*, 2023; Tarver *et al.*, 2022] portant sur l'entraînement aux habiletés parentales ont exploré les perceptions, les expériences, la satisfaction, l'acceptabilité et l'utilité de l'intervention ainsi que les obstacles ou les préoccupations chez les parents de jeunes ayant un TDAH (n = 193).

Selon les études repérées, l'entraînement aux habiletés parentales est considéré comme utile par les parents, et la majorité d'entre eux indique avoir vécu une expérience positive [Rahali *et al.*, 2023; Tarver *et al.*, 2022]. Ils disent être satisfaits de l'intervention et la recommanderaient à un ami [Rahali *et al.*, 2023; Tarver *et al.*, 2022]. Les aspects qu'ils ont le plus appréciés sont la composante d'éducation psychologique de l'intervention [Allen *et al.*, 2023; Tarver *et al.*, 2022] et les nouvelles techniques ou stratégies apprises [Allen *et al.*, 2023; Rahali *et al.*, 2023; Tarver *et al.*, 2022], particulièrement celles qu'ils considèrent comme bénéfiques pour aider leur jeune (p. ex. temps de jeu quotidien, tableau de récompenses, repères visuels pour soutenir les capacités d'organisation) [Tarver *et al.*, 2022].

Les bienfaits qui ont été soulignés dans la littérature par les parents incluent une meilleure compréhension du TDAH et de son impact sur leur enfant [Rahali *et al.*, 2023; Tarver *et al.*, 2022], une meilleure compréhension de leur jeune [Allen *et al.*, 2023] et une amélioration des relations familiales, que ce soit avec le jeune ayant un TDAH [Allen *et al.*, 2023; Tarver *et al.*, 2022] ou les autres membres de la famille [Tarver *et al.*, 2022]. Dans l'étude d'Allen et ses collaborateurs [2023], les parents ont également rapporté que l'intervention leur a permis de développer leur confiance et leur sentiment de compétence parentale, de recourir à des pratiques parentales plus positives et de diminuer le stress vécu.

Les aspects que les parents ont le moins appréciés sont les difficultés d'application des techniques à la maison [Allen *et al.*, 2023; Tarver *et al.*, 2022] et à long terme [Allen *et al.*, 2023] ainsi que les stratégies non adaptées aux enfants plus âgés [Allen *et al.*, 2023; Rahali *et al.*, 2023]. Des défis ou des obstacles ont aussi été mentionnés par les parents, soit la rivalité occasionnée dans la fratrie (Allen *et al.*, 2023; Tarver *et al.*, 2021) [Allen *et al.*, 2023; Tarver *et al.*, 2022], la quantité d'information reçue en peu de temps [Rahali *et al.*, 2023] ainsi que les contraintes de temps occasionnées par les responsabilités familiales et professionnelles [Tarver *et al.*, 2022].

Dans une autre étude, Dekkers et ses collaborateurs [2022] ont examiné l'utilisation des lignes directrices et des attitudes des professionnels de la santé à l'égard de la médication et de l'entraînement aux habiletés parentales des parents d'enfants ayant un TDAH et les facteurs susceptibles de les influencer. Au total, 219 professionnels (surtout des psychologues, psychiatres, éducateurs) ont répondu à un sondage en ligne. Les résultats suggèrent que les professionnels sont plus susceptibles de recommander la médication à l'entraînement aux habiletés parentales, ayant indiqué qu'ils envisagent, dans la majorité des situations (à 55 %), la médication comme traitement potentiel et dans une autre mesure, à 28,8 % l'entraînement aux habiletés parentales. Concernant

l'application des lignes directrices sur le TDAH, un peu plus de 40 % des professionnels ont indiqué qu'ils les employaient « parfois » ou moins souvent.

Selon Dekkers et ses collaborateurs [2022], l'application des lignes directrices dans leur pratique, soit celles de recommander la médication et l'entraînement aux habiletés parentales, serait liée à leur attitude à l'égard de ces interventions. Aussi, les cliniciens²⁰ moins expérimentés et ceux qui n'ont pas de formation médicale auraient recours moins souvent aux lignes directrices que les professionnels qui ont reçu une formation médicale. Une grande partie des professionnels sondés ont dit s'appuyer sur leur jugement clinique (p. ex. estimations de l'efficacité, faible capacité/motivation perçue des parents) pour décider de recommander l'entraînement aux habiletés parentales. Des obstacles ont aussi été soulignés, notamment l'accessibilité des services (p. ex. liste d'attente) ou le manque de personnel qualifié.

2.1.2.2 Littérature grise

Six guides de pratique clinique (qualité élevée et modérée) et un rapport d'évaluation des technologies de la santé (qualité élevée) ont recommandé l'entraînement aux habiletés parentales aux parents de jeunes présentant des symptômes ou qui avaient reçu un diagnostic de TDAH [Krull *et al.*, 2023; Australian ADHD Professionals Association, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018b]. Quatre d'entre eux ont spécifiquement recommandé que cette intervention soit proposée en première intention pour les enfants d'âge préscolaire [Krull *et al.*, 2023; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018b]. Un guide et un rapport d'évaluation des technologies de la santé [NICE, Australian ADHD Professionals Association, 2022; 2018b] ont également précisé que cette intervention devrait être proposée aux parents de jeunes qui ont un TDAH et un trouble oppositionnel avec provocation ou un trouble de la conduite, notamment les enfants d'âge préscolaire [NICE, 2018b]. Un huitième document (qualité modérée), celui de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), a toutefois indiqué que les preuves sont insuffisantes pour recommander cette intervention auprès des jeunes âgés de 7 à 17 ans [Kemper *et al.*, 2018].

Selon la littérature grise, l'entraînement aux habiletés parentales est une pratique bien établie et reconnue pour réduire les difficultés vécues dans le cadre familial et augmenter les capacités d'adaptation des jeunes présentant un TDAH [NICE, Barbaresi *et al.*, 2020; 2018b]. Le guide de la CADDRA a indiqué en ce sens que certains modèles de formation aux parents, tels que la thérapie interactionnelle parents-enfant (*Parent-child interaction therapy*), la série *Incredible Years*, les programmes *New Forest* et *Triple P* (*Positive Parenting Program* ou Pratiques parentales positives) ainsi que le manuel *Helping the Noncompliant Child* sont efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et les comportements perturbateurs. Les preuves de cette efficacité seraient plus robustes chez les jeunes de moins de 12 ans [NICE, 2018b].

²⁰ Dans le présent avis, le terme *clinicien* est employé pour décrire les résultats issus de la littérature internationale.

En bref

Selon la littérature scientifique, chez les **enfants d'âge préscolaire présentant des symptômes de TDAH** :

- les interventions d'entraînement aux habiletés parentales ne semblent pas efficaces pour diminuer les symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par les enseignants ni pour améliorer la qualité de vie liée à la santé rapportée par les parents.

Chez les **enfants d'âge préscolaire et scolaire présentant des symptômes ou qui ont reçu un diagnostic de TDAH** :

- les interventions d'entraînement aux habiletés parentales :
 - sont efficaces pour diminuer les symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par les parents;
 - semblent efficaces pour diminuer les symptômes d'inattention rapportés par les parents;
 - ne semblent pas efficaces pour diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) rapportés par les parents, par les enseignants ou par observation directe, ni pour améliorer le fonctionnement social rapporté par les parents ou les enseignants.
- une intervention d'entraînement aux habiletés parentales (programme *New Forest Parenting Programme*) pourrait être efficace pour améliorer le fonctionnement familial rapporté par les parents.

Chez les **enfants d'âge scolaire ayant reçu un diagnostic de TDAH**, les interventions d'entraînement aux habiletés parentales ne semblent pas efficaces pour améliorer le fonctionnement académique rapporté par les parents.

Selon la littérature scientifique sur les perceptions des parties prenantes, l'entraînement aux habiletés parentales permettrait aux parents de mieux comprendre le TDAH et son impact sur les jeunes, d'améliorer les relations et le fonctionnement familial ainsi que de recourir à des pratiques parentales positives.

Selon la littérature grise :

- l'entraînement aux habiletés parentales devrait être recommandé en première intention aux parents d'enfants de moins de 5 ans qui présentent des symptômes de TDAH;
- l'entraînement aux habiletés parentales devrait être recommandé aux parents de jeunes qui ont un TDAH.

Globalement, les données disponibles appuient l'efficacité des interventions d'entraînement aux habiletés parentales pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement familial chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire ayant des symptômes et un diagnostic de TDAH.

Niveau de preuve : modéré.

2.1.3 Interventions d'entraînement des fonctions cognitives

En 2018, par manque de preuve et de qualité des données, aucun énoncé de preuve n'a été émis concernant l'efficacité d'interventions d'entraînement des fonctions cognitives pour réduire les symptômes du TDAH.

2.1.3.1 Littérature scientifique

Dans les travaux actuels, trois ECR (qualité moyenne) évaluant l'efficacité d'interventions d'entraînement des fonctions cognitives sur les résultats d'intérêt du présent avis ont été recensés – voir le [tableau 4](#) pour les principales caractéristiques des études et l'annexe L du document *Annexes complémentaires*, tableau L-4, pour une synthèse des résultats, des constats, des énoncés de preuve et du niveau de preuve. Les interventions évaluées étaient hétérogènes quant aux fonctions cognitives ciblées, au contenu de l'intervention, à la fréquence et au nombre de séances d'intervention ainsi que sur le plan des instruments de mesure utilisés pour évaluer les résultats d'intérêt.

Tableau 4 Principales caractéristiques des études portant sur des interventions d'entraînement des fonctions cognitives

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
Bikic, A., <i>et al.</i> , [2018]	Modérée	Danemark	ECR	Enfants de 6 à 13 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 70)	Traitement usuel + Programme <i>ACTIVATE</i> : intervention sur ordinateur fondée sur des jeux, individuels, à domicile (n = 35)	Traitement usuel seul (n = 35)
Estrada-Plana <i>et al.</i> , [2019]	Modérée	Espagne	ECR	Enfants de 8 à 12 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 29)	Entraînement des habiletés cognitives basé sur des jeux de société : intervention de groupe, en contexte clinique (n = 14)	Liste d'attente (n = 15)
Jones <i>et al.</i> , [2020]	Modérée	États-Unis	ECR	Enfants de 7 à 14 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 80)	Programme <i>N-Back Training</i> : intervention individuelle sur ordinateur, à domicile et en contexte clinique (n = 41)	Comparateur actif : jeu de questions portant sur des connaissances générales : intervention individuelle sur ordinateur, à domicile et en contexte clinique (n = 39)

*Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada.

2.1.3.1.1 Efficacité des interventions d'entraînement des fonctions cognitives sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

Dans un ECR mené auprès d'enfants d'âge scolaire et d'adolescents [Bikic *et al.*, 2018], une intervention d'entraînement des fonctions cognitives sur ordinateur fondée sur des jeux (programme *Activate*), offerte en complément au traitement usuel, a été comparée au traitement usuel seul. Aucune différence statistiquement significative entre les groupes n'a été observée pour les symptômes du TDAH rapportés par les parents (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées, $p = ,69$; inattention séparée, $p = ,43$; hyperactivité séparée, $p = ,39$) et par les enseignants (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées, $p = ,37$; inattention séparée, $p = ,39$; hyperactivité séparée, $p = ,46$). Dans un autre ECR [Estrada-Plana *et al.*, 2019], une intervention d'entraînement des fonctions cognitives fondée sur des jeux de société, offerte en contexte clinique à des enfants d'âge scolaire et à des adolescents, ne différait pas du comparateur pour les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité rapportés par les parents (deux échelles; valeurs p spécifiques non disponibles). Enfin, Jones et ses collaborateurs [2020] ont évalué une intervention d'entraînement des fonctions cognitives

sur ordinateur offerte à domicile et en contexte clinique (programme *N-Back Training*) à des enfants d'âge scolaire et des adolescents, et ils n'ont trouvé aucune différence significative avec le comparateur pour les symptômes du TDAH rapportés par les parents ($p = ,07$).

2.1.3.1.2 Efficacité des interventions d'entraînement des fonctions cognitives sur le fonctionnement

Dans l'étude de Bikic et ses collaborateurs [2018] décrite plus haut, aucune différence significative entre les groupes n'a été trouvée concernant le fonctionnement global rapporté par les parents ($p = ,54$). Similairement, Jones et ses collaborateurs [2020] (étude également décrite plus haut) n'ont observé aucune différence entre l'intervention et le comparateur sur le plan du fonctionnement scolaire (postintervention, $p = ,22$; suivi, $p = ,34$).

Aucune étude évaluant l'efficacité d'interventions d'entraînement des fonctions cognitives pour le fonctionnement familial, social, la régulation émotionnelle, la qualité de vie et l'innocuité n'a été recensée. De plus, aucune étude évaluant les perceptions des parties prenantes sur ce type d'intervention n'a été recensée.

2.1.3.2 Littérature grise

Cinq guides de pratique clinique (qualité élevée et modérée) et un rapport d'évaluation des technologies de la santé (qualité modérée) ont indiqué que les preuves sont insuffisantes pour recommander l'entraînement des fonctions cognitives chez les jeunes qui ont un TDAH ou ils ont démontré que cet entraînement n'a que peu ou pas d'effets bénéfiques [Australian ADHD Professionals Association, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; Kemper *et al.*, 2018].

L'Australian ADHD Professionals Association [2022] est, quant à elle, plus nuancée et a ajouté que les preuves ne sont pas assez robustes pour démontrer l'absence d'effet. Selon l'organisation, d'autres recherches sont nécessaires.

En bref

Selon la littérature scientifique, chez les **enfants d'âge scolaire et les adolescents qui ont reçu un diagnostic de TDAH**, les interventions d'entraînement des fonctions cognitives ne semblent pas efficaces pour :

- diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité considérées de façon combinée, et hyperactivité/impulsivité considérée de façon séparée), rapportés par les parents et par les enseignants;
- améliorer le fonctionnement global rapporté par les parents, et le fonctionnement scolaire évalué par des indicateurs objectifs.

Selon la littérature grise, les preuves sont insuffisantes pour proposer l'entraînement des fonctions cognitives comme traitement chez les jeunes ayant un TDAH.

Globalement, les données disponibles ne permettent pas de conclure avec un niveau de confiance suffisamment élevé que les interventions d'entraînement des fonctions cognitives peuvent être efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH.

Niveau de preuve : faible.

2.1.4 Interventions ciblant les compétences d'organisation et de planification²¹

Dans les travaux de 2018, les interventions ciblant les compétences d'organisation et de planification ont été reconnues comme efficaces pour améliorer les compétences d'organisation et de planification chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents qui ont reçu un diagnostic de TDAH.

2.1.4.1 Littérature scientifique

Dans les travaux actuels, une seule étude (qualité élevée) évaluant l'efficacité d'une intervention ciblant les compétences d'organisation et de planification a été recensée – voir le [tableau 5](#) pour les principales caractéristiques de l'étude et l'annexe L du document *Annexes complémentaires*, tableau L-5, pour une synthèse des résultats, des constats, des énoncés de preuve et du niveau de preuve.

²¹ Dans le rapport de 2018 (INESSS, 2018), les éléments d'organisation et la planification ont été évalués dans les interventions comportementales.

Tableau 5 Principales caractéristiques de l'étude portant sur des interventions d'organisation et de planification

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
Langberg <i>et al.</i> , [2018]	Modérée	États-Unis	ECR	Enfants d'âge scolaire (<i>middle school, grades 6, 7 and 8</i>) ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 274)	1) Programme <i>Homework, Organization, and Planning Skills</i> (HOPS) : intervention individuelle, à l'école (n = 111)	1) Programme <i>Completing Homework by Improving Efficiency and Focus</i> (CHIEF) : intervention individuelle, à l'école (n = 111) 2) Liste d'attente (n = 52)

*Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada.

2.1.4.1.1 Efficacité des interventions ciblant les compétences d'organisation et de planification sur le fonctionnement scolaire

Dans un ECR à trois bras portant sur des enfants d'âge scolaire ayant reçu un diagnostic de TDAH, une intervention offerte à l'école (programme *Homework, Organization, and Planning Skills* [HOPS]²²) a été comparée à une autre intervention dont les modalités étaient similaires (programme *Completing Homework by Improving Efficiency and Focus* [CHIEF]²³), et à une liste d'attente [Langberg *et al.*, 2018]. Plusieurs indicateurs du fonctionnement scolaire rapportés par les parents et par les enseignants, ainsi que la moyenne cumulative, ont été considérés. Sur le plan du fonctionnement scolaire rapporté par les parents, le programme HOPS était associé à une amélioration statistiquement significative sur tous les indicateurs comparativement à la liste d'attente – complétion des devoirs, gestion des documents liés aux devoirs, performance liée aux devoirs, planification des tâches, actions organisées, gestion des fournitures scolaires : $p < ,001$, taille d'effet moyenne à grande pour tous les indicateurs. Les deux interventions n'étaient pas statistiquement différentes l'une de l'autre sur la majorité des indicateurs (valeurs p spécifiques non disponibles), à l'exception des actions organisées où les scores se sont améliorés significativement dans le groupe HOPS ($p < ,001$, taille d'effet moyenne). Concernant le fonctionnement scolaire rapporté par les enseignants, aucune différence significative entre les groupes n'a été observée pour la performance liée aux devoirs et la planification des tâches (valeurs p spécifiques non disponibles). Pour les actions organisées, une amélioration plus élevée a été observée dans le groupe HOPS comparativement à la liste d'attente et au groupe CHIEF – $p < ,01$ et $p < ,05$, respectivement, avec des tailles d'effet moyennes. Pour la gestion des fournitures scolaires, les participants du groupe HOPS se sont améliorés significativement comparativement à ceux assignés à la liste d'attente – $p < ,01$, taille d'effet moyenne; aucune différence significative entre les deux interventions, valeur p non disponible.

²² Intervention ciblant les compétences d'organisation et de planification.

²³ Programme ciblant les aspects comportementaux liés à l'accomplissement des devoirs.

Enfin, aucune différence significative n'a été relevée entre les trois groupes pour la moyenne cumulative (valeur p non disponible).

Aucune étude évaluant l'efficacité d'interventions ciblant les compétences d'organisation et de planification sur les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, sur les autres sphères du fonctionnement, sur la qualité de vie ou sur l'innocuité n'a été recensée. De plus, aucune étude évaluant les perceptions des parties prenantes sur ce type d'intervention n'a été trouvée.

2.1.4.2 Littérature grise

Bien que les preuves actuelles sur les interventions d'organisation et de planification soient insuffisantes, quatre guides de pratique clinique (qualité élevée et modérée) soulignent que ces interventions pourraient être bénéfiques [Krull *et al.*, 2023; Australian ADHD Professionals Association, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; Feldman *et al.*, 2018], particulièrement pour les adolescents [Krull *et al.*, 2023; Australian ADHD Professionals Association, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020]. La Société canadienne de pédiatrie rapporte que des recherches ont démontré des améliorations sur le plan de l'organisation, la gestion du temps et la planification et qu'il s'agit d'une intervention considérée comme bien établie [Feldman *et al.*, 2018].

En bref

Selon la littérature scientifique, chez les **enfants d'âge scolaire qui ont reçu un diagnostic de TDAH**, le programme ciblant les compétences d'organisation et de planification *Homework, Organization, and Planning Skills* (HOPS), offert de façon individuelle, à l'école :

- semble efficace pour améliorer certains aspects du fonctionnement scolaire rapportés par les parents et par les enseignants;
- ne semble pas efficace pour améliorer le fonctionnement scolaire évalué par des indicateurs objectifs.

Selon la littérature grise, les interventions d'organisation et de planification devraient être offertes aux jeunes qui ont un TDAH, surtout aux adolescents.

Globalement, les données disponibles ne permettent pas de conclure, avec un niveau de confiance suffisamment élevé, que les interventions d'organisation et de planification peuvent être efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH.

Niveau de preuve : insuffisant.

2.1.5 Interventions de neurofeedback

Dans les travaux de 2018, 18 études primaires ont abordé les interventions de neurofeedback. Toutefois, par manque de preuve et de qualité des données jugée de niveau faible, aucun énoncé de preuve n'a été émis concernant le neurofeedback.

2.1.5.1 Littérature scientifique

Dans les présents travaux, trois ECR (qualité moyenne), dont les résultats ont été rapportés dans quatre articles scientifiques, ont été recensés après 2018 (Aggensteiner *et al.*, [2019], Hasslinger *et al.*, [2022], The Neurofeedback collaborative Group [2023; 2021]. Voir le [tableau 6](#) pour les principales caractéristiques des études et l'annexe L du document *Annexes complémentaires*, tableau L-6, pour une synthèse des résultats, des constats, des énoncés de preuve et du niveau de preuve.

Tableau 6 Principales caractéristiques des études portant sur des interventions de neurofeedback

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
Aggensteiner <i>et al.</i> , [2019]	Modérée	Allemagne	ECR	Enfants de 7 à 9 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 144)	Neurofeedback par les potentiels corticaux lents (n = 75)	Contrôle semi-actif (relaxation et contraction des muscles supra-épineux) (n = 69)
Hasslinger <i>et al.</i> , [2022]	Modérée	Suède	ECR	Jeunes de 9 à 17 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 202)	1) Neurofeedback par les potentiels corticaux lents (SCP : protocole de neurofeedback standard) (N = 51) 2) Neurofeedback <i>Live Z-score</i> (LZS : protocole de neurofeedback non standard) (N = 50)	Traitement usuel (TU) (n = 50)
The Neurofeedback collaborative Group, [2023; 2021]	Modérée	États-Unis	ECR	Enfants de 7 à 10 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH et qui ont un ratio thêta/bêta > 4,5	Neurofeedback (n = 85)	Simulacre (<i>sham</i>) (n = 59)

*Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada.

2.1.5.1.1 Efficacité des interventions de neurofeedback sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

Les trois études mentionnées au [tableau 6](#) ont évalué l'effet des interventions sur les symptômes du TDAH – inattention et hyperactivité/impulsivité considérées de façon combinée. Dans un ECR menée auprès d'enfants d'âge scolaire, une intervention de neurofeedback par les potentiels corticaux lents n'a été associée à aucune diminution significative des symptômes du TDAH rapportés par les parents à la fin de l'intervention ($p = ,7190$), mais les symptômes étaient significativement plus faibles dans le groupe intervention que dans le groupe comparateur au suivi à un mois – $p = ,0288$, taille d'effet moyenne; effet non maintenu au suivi à six mois, $p = ,6954$ [Aggensteiner *et al.*, 2019]. Les groupes ne différaient pas significativement pour les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) rapportés par les enseignants ($p = ,1480$). Hasslinger et ses collaborateurs [2022] ont comparé deux interventions de neurofeedback (neurofeedback par les potentiels corticaux lents [protocole de neurofeedback standard] et neurofeedback *Live Z-score* [protocole de neurofeedback non standard]) au traitement usuel chez des enfants d'âge scolaire et des adolescents. Comparativement au traitement usuel, les deux interventions étaient associées à une diminution statistiquement significative des symptômes de TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) rapportés par les parents au postintervention – $p = ,026$, et $p = ,047$, respectivement, avec des tailles d'effets petites; effet non maintenu au suivi six mois, $p = ,127$ et $p = ,051$, respectivement. Sur le plan des symptômes rapportés par les enseignants, le neurofeedback par les potentiels corticaux lents ne différait pas du groupe comparateur – pré et postintervention, $p = ,086$; préintervention-suivi, $p = ,271$. Le neurofeedback *Live Z-score* était associé à une diminution significative des symptômes postintervention ($p = ,021$, taille d'effet petite) et au suivi ($p = ,002$, taille d'effet moyenne). Aucune différence significative n'a été observée entre les deux interventions et le comparateur pour les symptômes autorapportés – neurofeedback par les potentiels corticaux lents : pré et postintervention, $p = ,29$, préintervention-suivi, $p = ,365$; neurofeedback *Live Z-score* : pré et postintervention, $p = ,299$, préintervention-suivi, $p = ,277$.

Dans un autre ECR portant sur des enfants d'âge scolaire, aucune différence significative n'a été observée entre une intervention de neurofeedback et un simulacre pour les symptômes de TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) rapportés par les parents (pré et postintervention, $p = ,503$; préintervention-suivi à 13 mois, $p = ,4416$; préintervention-suivi à 25 mois, valeur p non disponible) ou par les enseignants : pré et postintervention, $p = ,8158$; préintervention-suivi à 13 mois, $p = ,9829$; préintervention-suivi à 25 mois, valeur p non disponible [The Neurofeedback Collaborative Group, 2023; 2021].

Les trois ECR décrits ci-haut ont également évalué l'effet des interventions sur l'inattention et l'hyperactivité considérées séparément. Aggensteiner et ses collaborateurs [2019] n'ont pas clairement observé de différence significative entre l'intervention et le comparateur pour les symptômes d'inattention séparés rapportés par les parents : il n'y avait aucune différence entre les groupes à la fin de l'intervention

($p = ,8053$) et au suivi à six mois ($p = ,6321$, mais les symptômes étaient significativement plus faibles dans le groupe qui avait reçu l'intervention au suivi à un mois ($p = ,0348$, taille d'effet moyenne). Les deux groupes ne différaient pas significativement pour les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité séparés : hyperactivité, p allant de ,3950 à ,6320 selon le temps de mesure; impulsivité, p allant de ,1153 à ,4829 selon le temps de mesure. Dans l'ECR de Hasslinger et ses collaborateurs [2022], le neurofeedback par les potentiels corticaux lents était associé à une diminution significative des symptômes d'inattention rapportés par les parents et par les enseignants après l'intervention (parents, $p = ,041$, taille d'effet petite; enseignants, $p = ,018$, taille d'effet petite), mais pas au suivi ($p = ,308$). Le neurofeedback *Live Z-score* ne différait pas du comparateur pour les symptômes rapportés par les parents (postintervention, $p = ,189$; suivi, $p = ,280$). Pour les symptômes rapportés par les enseignants, les deux groupes ne différaient pas au postintervention ($p = ,193$), mais les symptômes étaient plus faibles dans le groupe intervention au suivi ($p = ,010$, taille d'effet petite). De même, les deux groupes ne différaient pas significativement pour les symptômes d'inattention autorapportés : p allant de ,095 à ,415 selon l'intervention et le temps de mesure. Et aucune différence significative n'a été relevée entre les interventions et le comparateur pour les symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par les parents (p allant de ,081 à ,525).

Pour les symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par les enseignants, le neurofeedback par les potentiels corticaux lents ne différait pas du comparateur : postintervention, $p = ,459$; suivi, $p = ,691$, et le neurofeedback *Live Z-score* semblait plus efficace que le comparateur au suivi seulement : postintervention, $p = ,055$; suivi, $p = ,004$, taille d'effet petite. Les deux groupes ne différaient pas significativement pour les symptômes d'hyperactivité/impulsivité autorapportés, p allant de ,502 à ,994 selon l'intervention et le temps de mesure. Enfin, dans l'ECR de The Neurofeedback collaborative Group, [2023; 2021], aucune différence significative n'a été relevée entre l'intervention et le comparateur pour les symptômes d'inattention rapportés par les parents et par les enseignants (plusieurs échelles, p allant de ,1053 à ,9651 selon l'échelle et le temps de mesure), ni pour les symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par les parents et par les enseignants : plusieurs échelles, p allant de ,1825 à ,8112 selon l'échelle et le temps de mesure.

2.1.5.1.1 *Efficacité des interventions de neurofeedback sur le fonctionnement, la qualité de vie et l'innocuité*

Pour le fonctionnement global, Hasslinger et ses collaborateurs [2022] ont rapporté que les deux interventions étaient associées à une amélioration du fonctionnement entre le début et la fin de l'intervention (neurofeedback par les potentiels corticaux lents : pré-post intervention, $p = ,037$; neurofeedback *Live Z-score* : pré-post intervention, $p = ,010$), mais cet effet s'est atténué au suivi un mois (valeurs p non disponibles). Dans l'ECR de The Neurofeedback collaborative Group [2023; 2021], aucune différence significative n'a été relevée entre l'intervention et le comparateur pour le fonctionnement global rapporté par les parents et par les enseignants (p allant de ,3683 à ,571 selon le temps de mesure), ou pour le fonctionnement social rapporté par les parents et par les enseignants (p allant

de ,0921 à ,311 selon le temps de mesure). Une seule étude a évalué l'effet du neurofeedback sur la qualité de vie. Hasslinger et ses collaborateurs [2022] n'ont observé aucune différence significative entre les interventions et le comparateur pour la qualité de vie liée à la santé autorapportée : p allant de ,120 à ,753 selon l'intervention et le temps de mesure.

L'innocuité du neurofeedback a été évaluée dans deux ECR. Hasslinger et ses collaborateurs [2022] ne rapportent pas de comparaison statistique entre les groupes, mais ils ont noté de façon narrative de légères différences entre les deux interventions. Les effets indésirables auraient été majoritairement observés durant les deux premières semaines de l'intervention. Ils incluaient des troubles du sommeil, de la fatigue, une augmentation de l'excitabilité et de l'agitation, des difficultés cognitives, des difficultés liées à l'humeur, de l'anxiété et des maux de tête. Parmi ces effets, la somnolence et les maux de tête auraient particulièrement été rapportés par des participants qui avaient reçu le neurofeedback par les potentiels corticaux lents. Aucun effet indésirable sévère ou de longue durée n'aurait été rapporté. Dans l'ECR de The Neurofeedback collaborative Group [2021], aucune différence statistiquement significative entre les groupes concernant l'occurrence d'effets indésirables n'a été observée (valeur p non disponible).

Aucune étude évaluant l'efficacité d'interventions de neurofeedback pour le fonctionnement scolaire, familial et la régulation émotionnelle n'a été recensée. De plus, aucune étude évaluant les perceptions des parties prenantes sur ce type d'intervention n'a été trouvée.

2.1.5.1.2 Littérature grise

Sept guides de pratique clinique (qualité élevée et modérée) ont indiqué que les preuves sont insuffisantes pour recommander le neurofeedback chez les jeunes qui présentent un TDAH ou ont démontré qu'il y avait peu ou pas d'avantages à y recourir [Krull *et al.*, 2023; Australian ADHD Professionals Association, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; Kemper *et al.*, 2018]. Selon la littérature, d'autres études, avec une méthodologie rigoureuse et un plus grand nombre de sujets, seront nécessaires à cet égard [Krull *et al.*, 2023; CADDRA, 2020; Feldman *et al.*, 2018].

En bref

Selon la littérature scientifique, chez les **enfants d'âge scolaire et les adolescents qui ont reçu un diagnostic de TDAH**, les interventions de neurofeedback :

- pourraient être efficaces pour améliorer le fonctionnement global évalué par le jeune (autorapporté).
- ne semblent pas efficaces pour :
 - diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées, et inattention et hyperactivité/impulsivité séparées) rapportés par les parents, les enseignants, et par le jeune (autorapportés);
 - améliorer le fonctionnement global rapporté par les parents et les enseignants, le fonctionnement social rapporté par les parents et par les enseignants ainsi que la qualité de vie liée à la santé rapportée par le jeune (autorapportée).
- sont associées à des effets indésirables mineurs.

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

Globalement, les données disponibles ne permettent pas de conclure avec un niveau de confiance suffisamment élevé que les interventions de neurofeedback peuvent être efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH.

Niveau de preuve : faible.

2.2 Efficacité des autres interventions psychosociales

Pour l'évaluation de l'efficacité d'interventions psychosociales non évaluées par l'INESSS en 2018 (question d'évaluation 2), neuf études primaires ont été répertoriées. Ces études portaient sur les interventions basées sur la pleine conscience, les interventions d'éducation psychologique, les interventions d'entraînement aux habiletés sociales ou d'autres interventions psychosociales spécifiques. Lorsque disponibles, les résultats issus de la littérature scientifique et grise portant sur l'efficacité et sur les perceptions des parties prenantes quant à ces interventions sont également présentés.

2.2.1 Interventions basées sur la pleine conscience²⁴

2.2.1.1 Littérature scientifique

Trois ECR (qualité élevée) évaluant l'efficacité d'interventions basées sur la pleine conscience sur les résultats d'intérêt du présent avis chez des enfants d'âge scolaire ou des adolescents qui ont reçu un diagnostic de TDAH ont été recensés (Siebelink *et al.*, [2022], Valero *et al.*, [2022], Muratori *et al.*, [2021]. Voir le [tableau 7](#) pour les principales caractéristiques des études et l'annexe L du document *Annexes complémentaires*, tableau L-7, pour une synthèse des résultats, des constats, des énoncés de preuve et du niveau de preuve. Une certaine hétérogénéité a été relevée entre les études sur le plan des interventions (p. ex. fréquence et nombre de séances).

Tableau 7 Principales caractéristiques des études portant sur des interventions basées sur la pleine conscience

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
Muratori <i>et al.</i> , [2021]	Élevée	Italie	ECR	Garçons âgés de 8 à 12 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH et de trouble oppositionnel avec provocation (n = 50)	Intervention basée sur la pleine conscience : intervention de groupe pour les enfants et les parents séparément, en contexte clinique (n = 25)	Liste d'attente (n = 25)
Siebelink <i>et al.</i> , [2022]	Élevée	Pays-Bas	ECR	Jeunes de 8 à 16 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH et un de leurs parents (n = 103)	Programme <i>MYmind</i> : intervention de groupe pour les enfants et les parents séparément + traitement usuel, en contexte clinique (n = 55)	Traitement usuel (n = 48)
Valero <i>et al.</i> , [2022]	Élevée	Espagne	ECR	Jeunes de 9 à 14 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH et un de leurs parents (n = 30)	Programme <i>MYmind</i> : intervention de groupe pour les enfants et les parents séparément (n = 15)	Liste d'attente (n = 15)

*Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada.

²⁴ Outre les interventions basées sur la pleine conscience, la recension de la littérature effectuée dans le cadre des présents travaux n'a pas permis de répertorier d'études portant sur l'efficacité d'autres types d'interventions cognitives-comportementales de la troisième vague (p. ex. thérapie d'acceptation et d'engagement).

2.2.1.1.1 Efficacité des interventions basées sur la pleine conscience sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité et sur le fonctionnement social

Dans un ECR mené auprès d'enfants d'âge scolaire ayant reçu un diagnostic de TDAH et de trouble oppositionnel avec provocation, une intervention basée sur la pleine conscience offerte aux enfants et à leurs parents en contexte clinique a été associée à une diminution significativement plus élevée des symptômes d'hyperactivité rapportés par les enseignants, comparativement au groupe témoin ($p = ,000$, taille d'effet moyenne) [Muratori *et al.*, 2021]. Siebelink et ses collaborateurs [2022] ont comparé une intervention pour les enfants et les parents offerte en contexte clinique (Programme MYmind) en combinaison avec le traitement usuel au traitement usuel seul chez des enfants d'âge scolaire et leurs parents, et ils n'ont trouvé aucune différence entre les groupes pour les symptômes d'inattention rapportés par les parents (valeurs p spécifiques non disponibles) ou par les enseignants (valeurs p spécifiques non disponibles). Les symptômes d'hyperactivité/impulsivité ont été rapportés par les parents sur deux échelles, avec des résultats contradictoires : une diminution plus importante dans le groupe intervention a été observée sur une échelle entre le pré et le post-intervention ($p < ,05$, taille d'effet moyenne) et entre le préintervention et le suivi six mois ($p < ,01$, taille d'effet moyenne), mais pas entre le pré-intervention et le suivi trois mois (valeur p non disponible). Aucune différence n'a été observée entre les groupes sur l'autre échelle ni sur les symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par les enseignants (valeurs p non disponibles).

Dans un autre ECR [Valero *et al.*, 2022] mené auprès d'enfants et d'adolescents et de leurs parents, le même programme (MYmind) ne différait pas significativement du comparateur pour les symptômes d'inattention rapportés par les parents entre le pré et le postintervention ($p = ,397$). Cependant, les symptômes avaient davantage diminué dans le groupe intervention entre le pré-intervention et le suivi six mois ($p = ,032$, taille d'effet grande). Les groupes ne différaient pas significativement pour les symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par les parents (pré et postintervention, $p = ,159$; préintervention-suivi, $p = ,103$). Dans la même étude, pour le fonctionnement social rapporté par les parents, aucune différence significative entre les groupes n'a été observée entre le pré et le post-intervention ($p = ,732$), mais les symptômes avaient davantage diminué dans le groupe intervention entre le pré-intervention et le suivi six mois ($p = ,030$, taille d'effet grande).

Aucune étude évaluant l'effet d'une intervention basée sur la pleine conscience sur le fonctionnement global, scolaire et familial, la régulation émotionnelle, la qualité de vie et l'innocuité n'a été recensée.

2.2.1.1.2 Perceptions des parties prenantes sur les interventions basées sur la pleine conscience

Une étude [Ruuskanen *et al.*, 2019] menée auprès de 13 parents de jeunes ayant un TDAH et de 7 professionnels de la santé et des services sociaux a exploré les obstacles potentiels et les facteurs facilitant la participation des parents à une intervention basée sur la pleine conscience.

Selon cette étude, les principaux éléments favorisant la participation des familles à une intervention de pleine conscience étaient : a) la motivation des parents et leur désir d'aider leur enfant, b) l'intervention portant spécifiquement sur le TDAH, c) le matériel adapté aux différents types d'apprentissage et facilement accessible (p. ex. par une application ou en ligne), d) la possibilité de rencontrer d'autres parents et d'échanger avec eux, e) le soutien par les pairs et les intervenants, f) l'expertise des intervenants et la possibilité qu'eux aussi soient parents d'un jeune ayant un TDAH (identification à un pair, vécu partagé, absence de jugement, empathie) et g) la tenue des rencontres dans un endroit non menaçant.

Les parents ont spécifiquement mentionné qu'une expérience positive de l'intervention (susitant plaisir, détente et renouvellement) ainsi que des stratégies applicables à la vie quotidienne avec la participation de leur jeune étaient d'autres facteurs qui inciteraient les familles à recourir à une intervention de pleine conscience. Les professionnels ont quant à eux souligné certains bienfaits de l'intervention, notamment en lien avec une meilleure régulation émotionnelle, une plus grande conscience de soi, une diminution de la réactivité des parents ainsi qu'une amélioration du fonctionnement familial. Ils estimaient aussi que le recours à la pleine conscience par les parents devrait avoir un impact positif sur leurs enfants.

Enfin, les obstacles potentiels à la participation des familles incluaient l'expérience négative de l'intervention (insensibilité, repli sur soi, stress), le sentiment de culpabilité des parents s'ils accordaient la priorité à leurs besoins, les parents ayant eux-mêmes un TDAH (difficulté d'attention et de concentration, problèmes d'engagement), les contraintes de temps occasionnées par les responsabilités familiales et professionnelles et les coûts engendrés par l'intervention (frais de l'intervention si offerte au privé, gardiennage). Les professionnels ont également évoqué le manque de motivation des parents comme un obstacle potentiel à leur engagement.

2.2.1.2 Littérature grise

Bien que les preuves scientifiques actuelles soient insuffisantes, trois guides de pratique [Krull *et al.*, 2023; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019] (qualité modérée) ont souligné que les interventions de pleine conscience pourraient être bénéfiques pour les jeunes présentant un TDAH.

Selon l'Alliance canadienne de ressources sur le TDAH [CADDRA, 2020], l'entraînement à la pleine conscience peut diminuer les symptômes du TDAH, accentuer l'autonomie et l'autocontrôle, améliorer l'humeur, réduire l'anxiété et favoriser les interactions sociales chez les jeunes présentant un TDAH. Cette intervention pourrait également être utile aux parents qui souhaitent améliorer les interactions avec leurs enfants ayant un TDAH.

En bref

Selon une étude scientifique, une intervention basée sur la pleine conscience pourrait être efficace pour diminuer les symptômes d'hyperactivité chez les **enfants d'âge scolaire qui ont reçu un diagnostic de TDAH**.

Selon d'autres études, chez les **enfants d'âge scolaire et les adolescents qui ont reçu un diagnostic de TDAH** :

- une intervention basée sur la pleine conscience pour les jeunes et leurs parents (programme *MYmind*) ne semble pas efficace pour :
 - diminuer les symptômes d'inattention rapportés par les parents et par les enseignants;
 - améliorer le fonctionnement social rapporté par les parents.

Selon la littérature scientifique sur les perceptions des parties prenantes :

- les facteurs favorisant la participation des parents à la pleine conscience sont : la motivation des parents à aider leur jeune, une intervention portant spécifiquement sur le TDAH, les échanges entre parents qui ont des besoins similaires, l'expertise personnelle et professionnelle des intervenants sur le TDAH;
- les obstacles potentiels sont : l'expérience négative associée à l'intervention, le sentiment de culpabilité des parents s'ils mettent en priorité leurs besoins, les parents qui ont un TDAH, les contraintes de temps occasionnées par les responsabilités familiales et professionnelles et les coûts engendrés par l'intervention.

La littérature grise souligne que les interventions basées sur la pleine conscience pourraient être bénéfiques pour les jeunes qui ont un TDAH.

Globalement, les données disponibles ne permettent pas de conclure avec un niveau de confiance suffisamment élevé que les interventions basées sur la pleine conscience peuvent être efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH.

Niveau de preuve : modéré.

2.2.2 Interventions d'éducation psychologique

2.2.2.1 Littérature scientifique

Un seul ECR (qualité moyenne) évaluant l'efficacité d'une intervention d'éducation psychologique sur les symptômes du TDAH ou le fonctionnement a été recensé – voir le [tableau 8](#) pour les principales caractéristiques de cette étude et l'annexe L du document *Annexes complémentaires*, tableau L-8, pour une synthèse des résultats, des constats, des énoncés de preuve et du niveau de preuve.

Tableau 8 Principales caractéristiques de l'étude portant sur des interventions d'éducation psychologique

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
Ferrin <i>et al.</i> , [2020]	Modérée	Royaume-Uni	ECR	Familles de jeunes de 5 à 18 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 69)	Éducation psychologique pour la famille : intervention de groupe (n = 35)	Traitement usuel (n = 34)

*Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada.

2.2.2.1.1 Efficacité des interventions d'éducation psychologique sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité et sur le fonctionnement

Chez des familles d'enfants d'âge scolaire et d'adolescents, Ferrin et ses collaborateurs [2020] ont observé que, comparativement au traitement usuel, une intervention d'éducation psychologique était associée à une diminution statistiquement significative des symptômes du TDAH rapportés par les parents – inattention et hyperactivité/impulsivité combinées, $p = ,034$, taille d'effet moyenne; inattention séparée, $p = ,037$, taille d'effet moyenne; hyperactivité/impulsivité séparées, $p = ,025$, taille d'effet petite. Les groupes ne différaient pas significativement pour les symptômes du TDAH rapportés par les enseignants – inattention et hyperactivité/impulsivité combinées, $p = ,210$. L'amélioration clinique rapportée par les cliniciens a été mesurée par trois indicateurs : aucune différence n'a été relevée entre les groupes pour deux d'entre eux

(sévérité de la maladie, $p = ,670$; index d'efficacité, $p = ,450$), mais l'intervention a été associée à une amélioration plus importante selon l'échelle d'amélioration globale des symptômes ($p = ,038$, taille d'effet moyenne). Les deux groupes ne différaient pas significativement sur le plan du fonctionnement global rapporté par les cliniciens ($p = ,063$).

Aucune étude évaluant l'efficacité d'interventions d'éducation psychologique pour le fonctionnement scolaire, familial, social, la régulation émotionnelle, la qualité de vie ou l'innocuité n'a été recensée.

2.2.2.1.2 Perceptions des parties prenantes sur les interventions d'éducation psychologique

Une seule étude recensée [Lantz *et al.*, 2021], menée auprès de 125 jeunes âgés de 6 à 12 ans et de leurs parents, a évalué l'acceptabilité et l'efficacité perçue du programme SKILLS, une intervention d'éducation psychologique de groupe pour les jeunes présentant un TDAH. Les auteurs ont recueilli des données sur les symptômes du TDAH, le fonctionnement et les attitudes à l'égard de la prise en charge de ce trouble avant et après l'intervention. La satisfaction des jeunes et des parents a aussi été mesurée postintervention.

Les résultats ont indiqué que, bien que l'éducation psychologique ne permette pas de réduire les symptômes du TDAH ou d'améliorer le fonctionnement des jeunes, les parents ont rapporté une meilleure compréhension et perception du TDAH et les jeunes ont rapporté avoir une plus grande acceptation de leur diagnostic. La modalité de groupe et la possibilité que leur jeune puisse rencontrer d'autres participants ayant un TDAH sont des composantes de l'intervention qu'ils auraient appréciées. Ils auraient toutefois souhaité que le contenu soit plus interactif (p. ex. exercices, activités expérientielles, utilisation de jeux, films et images) et représentatif des défis vécus par les jeunes.

Concernant la satisfaction, la majorité des jeunes (73 %) et des parents (57 %) ont mentionné avoir reçu un service de bonne ou d'excellente qualité. Bien que 60 % des jeunes et des parents aient indiqué avoir reçu le service souhaité, ils ont aussi précisé qu'aucun de leurs besoins ou seulement quelques-uns ont été satisfaits (48 % des jeunes et 57 % des parents). Malgré cela, 85 % des jeunes et des parents recommanderaient l'intervention à un ami.

La majorité des jeunes (65 %) et des parents (79 %) ont dit estimer que le programme d'éducation psychologique a été utile pour les aider ou aider leur jeune plus efficacement à réduire leurs difficultés. Bien que la plupart des jeunes et des parents se soient dits globalement satisfaits de l'intervention, une proportion importante (42 % des jeunes et 34 % des parents) a rapporté être indifférente ou légèrement insatisfaite.

2.2.2.2 Littérature grise

Cinq guides de pratique clinique (qualité élevée et modérée) ont souligné l'importance de l'éducation psychologique dans la prise en charge du TDAH [Krull *et al.*, 2023; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018]. Selon la

littérature, elle est fondamentale pour réduire les symptômes du TDAH et elle devrait être offerte dès le début du traitement à tous les jeunes et à leur famille [Krull *et al.*, 2023; Barbaresi *et al.*, 2020; Feldman *et al.*, 2018]. Un guide de pratique a précisé que cette intervention fait partie intégrale du traitement [Krull *et al.*, 2023], et un autre qu'elle est un outil fort utile pour renforcer l'adhésion et intégrer le jeune comme partenaire actif de son traitement [CADDRA, 2020].

Selon Wolraich et ses collaborateurs [Wolraich *et al.*, 2019], pour les adolescents âgés de 12 à 18 ans, le traitement pharmacologique devrait également être prescrit et combiné à des interventions éducatives et comportementales.

En bref

Selon la littérature scientifique, chez les **enfants d'âge scolaire et les adolescents qui ont reçu un diagnostic de TDAH**, une intervention d'éducation psychologique offerte à la famille (intervention de groupe) :

- pourrait être efficace pour diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées et inattention et hyperactivité/impulsivité séparées) rapportés par les parents;
- ne semble pas efficace pour diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) rapportés par les enseignants et par les cliniciens, ni pour améliorer le fonctionnement global rapporté par les cliniciens.

Selon la littérature scientifique sur les perceptions des parties prenantes, l'éducation psychologique permet une meilleure compréhension et perception du TDAH et une plus grande acceptation de leur diagnostic par les jeunes.

Selon la littérature grise, l'éducation psychologique devrait être mise en œuvre en début de traitement et devrait être offerte aux jeunes ayant un TDAH, surtout aux adolescents âgés de 13 à 18 ans dont le traitement pharmacologique devrait être prescrit et combiné à des interventions d'éducation psychologique et comportementales.

Globalement, les données disponibles ne permettent pas de conclure avec un niveau de confiance suffisamment élevé que les interventions d'éducation psychologique peuvent être efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH.

Niveau de preuve : insuffisant.

2.2.3 Interventions d'entraînement aux habiletés sociales

2.2.3.1 Littérature scientifique

Une seule étude (étude comparative avant-après de qualité moyenne) évaluant l'efficacité d'une intervention d'entraînement aux habiletés sociales sur les symptômes du TDAH ou le fonctionnement a été recensée – voir le [tableau 9](#) pour les principales caractéristiques de l'étude et l'annexe L du document *Annexes complémentaires*, tableau L-9, pour une synthèse des résultats, des constats, des énoncés de preuve et du niveau de preuve.

Tableau 9 Principales caractéristiques de l'étude portant sur des interventions portant sur les habiletés sociales

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population	Intervention (n)	Comparateur (n)
Verret et al., [2018]	Modérée	Canada	Étude comparative avant-après	Enfants de 8 à 12 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH et qui ont des problèmes en lien avec les habiletés sociales (n = 33)	Programme d'entraînement aux habiletés sociales Multi-Propulsion, volet Mieux vivre avec les autres : intervention de groupe, à l'école et en contexte clinique (n = 22)	Liste d'attente (n = 11)

*Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada.

2.2.3.1.1 Efficacité des interventions d'entraînement aux habiletés sociales sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité et sur le fonctionnement social

Verret et ses collaborateurs [2018] ont évalué une intervention offerte à l'école et en contexte clinique (programme d'entraînement aux habiletés sociales Multi-Propulsion, volet Mieux vivre avec les autres) auprès d'enfants d'âge scolaire qui avaient reçu un diagnostic de TDAH et présentaient des problèmes en lien avec les habiletés sociales. Aucune différence statistiquement significative entre les groupes n'a été relevée concernant le changement dans les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées, rapportés par les parents, $p = ,182$) ni sur le fonctionnement social (rapporté par les parents, $p = ,757$).

Aucune étude évaluant l'effet d'une intervention d'entraînement aux habiletés sociales sur le fonctionnement global, scolaire, familial, la régulation émotionnelle, la qualité de vie et l'innocuité n'a été recensée. De plus, aucune étude évaluant les perceptions des parties prenantes sur ce type d'intervention n'a été trouvée.

2.2.3.2 Littérature grise

Quatre guides de pratique clinique (qualité modérée) ont rapporté qu'il y a peu ou pas de données probantes sur l'efficacité des interventions d'entraînement aux habiletés sociales chez les jeunes présentant un TDAH [Krull *et al.*, 2023; Barbaresi *et al.*, 2020]; [CADDRA, 2020; Feldman *et al.*, 2018]. Deux guides ont toutefois précisé que ces interventions peuvent s'avérer pertinentes pour les jeunes lorsqu'elles sont réalisées en temps réel sur des interactions entre pairs. Elles permettraient de conseiller les jeunes qui présentent un TDAH concernant leurs interactions et d'aider les autres jeunes à modifier leurs comportements envers ceux qui ont un TDAH [Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020].

En bref

Selon la littérature scientifique, chez les **enfants d'âge scolaire qui ont reçu un diagnostic de TDAH**, une intervention d'entraînement aux habiletés sociales (programme Multi-Propulsion, volet Mieux vivre avec les autres) ne semble pas efficace pour :

- diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) rapportés par les parents;
- améliorer le fonctionnement social rapporté par les parents.

La littérature grise souligne des contradictions dans les données sur les effets des interventions d'entraînement aux habiletés sociales. Les preuves sont insuffisantes pour proposer l'entraînement aux habiletés sociales comme traitement chez les jeunes qui ont un TDAH.

Globalement, les données disponibles ne permettent pas de conclure avec un niveau de confiance suffisamment élevé que les interventions d'entraînement aux habiletés sociales peuvent être efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH.

Niveau de preuve : insuffisant.

2.2.4 Autres interventions psychosociales

2.2.4.1 Littérature scientifique

Tableau 10 Principales caractéristiques des études portant sur d'autres interventions psychosociales

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
Chacko <i>et al.</i> , [2018]	Élevée	États-Unis	ECR	Enfants de 7 à 11 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 85)	Intervention combinée : <i>Programme Cogmed Working Memory Training</i> (intervention individuelle) combinée à un entraînement des habiletés parentales (intervention de groupe) (n = 44)	Version placebo du programme Cogmed (intervention individuelle) combinée à un entraînement des habiletés parentales (intervention de groupe) (n = 41)
Corkum <i>et al.</i> , [2019]	Élevée	Canada	ECR	Enseignants au primaire et leurs élèves de 6 à 12 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 58)	Programme <i>Teacher Help for ADHD</i> ciblant les enseignants et visant à aider à la prise en charge d'élèves ayant un TDAH : intervention individuelle, en ligne (n = 28)	Liste d'attente (n = 30)
Churchill <i>et al.</i> , [2018]	Modérée	États-Unis	ECR	Mères et leurs enfants de 4 à 18 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 174)	Programme <i>Parents and Children Together</i> (PACT) : intervention individuelle, à domicile, de soins infirmiers (n = 87)	Traitement usuel dans la communauté (n = 87)
DuPaul <i>et al.</i> , [2021]	Élevée	États-Unis	ECR	Adolescents (<i>high school, grade 9 to 11</i>) ayant reçu un diagnostic de TDAH (n = 186)	Intervention combinée : Programme <i>Challenging Horizons</i> (CHP), comprenant une intervention ciblant les habiletés d'organisation, la gestion des devoirs et les habiletés interpersonnelles combinée à de l'éducation psychologique pour les jeunes et les parents séparément, à l'école (n = 92)	Traitement dans la communauté (n = 94)
Mikami <i>et al.</i> , [2022]	Élevée	Canada	ECR	Enseignants et leurs élèves, y compris une proportion d'enfants qui ont un TDAH	Programme <i>Making Socially Accepting Inclusive Classrooms</i> (MOSAIC), intervention portant sur le fonctionnement social et scolaire offerte par l'enseignant à toute la	Enseignement usuel (n = 17 enseignants et n = 267 enfants, dont 61 enfants ayant un TDAH)

Source	Qualité méthodologique*	Pays	Devis	Population (N)	Intervention (n)	Comparateur (n)
				(n = 34 enseignants et 558 enfants)	classe, mais ciblant particulièrement les élèves qui ont des symptômes de TDAH (n = 17 enseignants et n = 291 enfants, comprenant 73 enfants qui ont un TDAH).	

*Évaluée par l'équipe de projet de l'INESSS avec l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada.

Cinq études primaires (quatre ECR de qualité élevée et un ECR de qualité moyenne) ont évalué des interventions psychosociales qui ne s'inscrivent dans aucune des catégories indiquées ci-dessus – voir le [tableau 10](#) pour les principales caractéristiques des études et l'annexe L du document *Annexes complémentaires*, tableau L-10, pour une synthèse des résultats, des constats, des énoncés de preuve et du niveau de preuve.

2.2.4.1.1 Efficacité des autres interventions psychosociales sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité et sur le fonctionnement

Corkum et ses collaborateurs [2019] ont évalué l'efficacité d'une intervention en ligne ciblant les enseignants (programme *Teacher Help for ADHD*) dans un ECR qui incluait des enseignants au primaire et leurs élèves qui avaient reçu un diagnostic de TDAH. Sur le plan des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) rapportés par les enseignants, les résultats ont démontré une diminution plus importante dans le groupe intervention que dans le groupe témoin entre le début de l'intervention et le suivi six semaines ($p = ,008$, taille d'effet moyenne). De plus, le fonctionnement global rapporté par les enseignants se serait davantage amélioré dans le groupe intervention ($p = ,01$, taille d'effet moyenne). Toutefois, aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée entre les groupes pour les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) et le fonctionnement ($p = ,58$ et $p = ,11$, respectivement) rapportés par les parents.

Un autre ECR, également en milieu scolaire, a évalué une intervention portant sur le fonctionnement social et scolaire offerte par l'enseignant à toute la classe, mais ciblant particulièrement les élèves qui présentaient des symptômes de TDAH (programme *Making Socially Accepting Inclusive Classrooms* [MOSAIC]) [Mikami et al., 2022]. Le groupe qui a reçu l'intervention se composait de 17 enseignants et de 291 enfants, dont 73 enfants ayant un TDAH. Lorsque les enfants avec et sans symptômes de TDAH étaient analysés ensemble, comparativement au groupe comparateur, le groupe qui avait reçu l'intervention était évalué comme s'étant davantage amélioré pour certains indicateurs du fonctionnement social et scolaire évalués par les enseignants – engagement, $p = ,020$; relations avec le personnel de l'école, $p = ,024$, relations avec les pairs, $p = ,041$. Pour d'autres indicateurs, les deux groupes ne différaient pas significativement : sous-échelles Interpersonnelle, Motivation, et Altération du

fonctionnement scolaire, $p = ,150$, $p = ,070$, et $p = ,131$, respectivement. Ces résultats étaient similaires lorsque les enfants qui présentaient des symptômes de TDAH étaient comparés à leurs pairs qui n'avaient pas de symptômes. Par ailleurs, les enfants ayant un TDAH qui ont reçu l'intervention ont rapporté davantage de soutien de la part de leur enseignant comparativement aux enfants du groupe comparateur ($p = ,017$, taille d'effet petite à moyenne). Aucun changement significatif n'a été observé quant au soutien perçu des pairs (valeur p non disponible). Cependant, les résultats révèlent que l'intervention était associée à un effet indésirable quant à la perception par leurs pairs des enfants qui présentaient des symptômes de TDAH. En effet, après la fin de l'intervention, les enfants ayant un TDAH qui avaient reçu l'intervention étaient proportionnellement plus nombreux à être perçus défavorablement par leurs pairs ($p < ,001$, taille d'effet : petite à moyenne); aucun effet n'a été observé sur la propension à être perçu favorablement par les pairs ($p = ,49$).

Dans une autre étude menée auprès d'enfants d'âge scolaire, une intervention combinant un programme d'entraînement des fonctions cognitives (programme *Cogmed Working Memory Training*) n'était pas associée à une amélioration significative sur le plan des symptômes d'inattention ($p = ,62$) et d'hyperactivité ($p = ,70$), du fonctionnement global ($p = 1,00$) et du fonctionnement familial (impact des problèmes sur la relation avec les parents, $p = ,80$; fonctionnement familial, $p = ,64$) rapporté par les parents [Chacko et al., 2018].

Chez des adolescents, DuPaul et ses collaborateurs [2021] ont quant à eux évalué un programme pour les jeunes et les parents comportant de l'éducation psychologique et une intervention ciblant les habiletés d'organisation, la gestion des devoirs et les habiletés interpersonnelles, offert à l'école (programme *Challenging Horizons*). Plusieurs indicateurs du fonctionnement scolaire rapportés par les parents, les enseignants, et autorapportés étaient considérés. Les résultats montrent qu'entre le début de l'intervention et le suivi six mois les participants qui avaient reçu l'intervention s'étaient davantage améliorés que ceux du groupe témoin pour certains indicateurs rapportés par les parents (compétences d'organisation, $p < ,001$ à $p = ,02$ selon les sous-échelles; préparation et complétion des devoirs $p < ,01$ à $p = ,02$ selon les sous-échelles; problèmes scolaires, $p < ,001$; tailles d'effet non disponibles). Aucune différence n'a été relevée entre les groupes concernant le fonctionnement scolaire rapporté par les enseignants (comportements en classe, $p = ,68$; fonctionnement à l'école, $p = ,11$) ou autorapporté ($p = ,12$), pour la moyenne cumulative ($p = ,08$) ou pour les retards à l'école ($p = ,24$). Les participants qui avaient reçu l'intervention s'étaient davantage améliorés pour la performance à des tests de lecture ($p < ,05$) et de mathématiques ($p < ,05$), mais pas en écriture ($p = ,46$).

Enfin, une intervention de soins infirmiers à domicile (programme *Parents and Children Together*) offerte à des mères et à leur enfant d'âge scolaire ou leur adolescent a été associée à une plus grande augmentation du contrôle comportemental perçu par les mères entre le début et la fin de l'intervention comparativement au groupe témoin ($p = ,035$; Churchill et al., [2018]). Aucune différence significative entre les groupes n'a été observée pour la cohésion familiale ($p = ,203$), la communication ($p = ,982$), les

conflits familiaux ($p = ,438$), la satisfaction familiale ($p = ,062$) et le fonctionnement familial ($p = ,095$).

2.2.4.1.2 Perceptions des parties prenantes sur les autres interventions psychosociales

Deux études portant sur d'autres interventions psychosociales ont été repérées.

Meyer et ses collaborateurs [2020] ont exploré l'expérience de participation à une thérapie comportementale dialectique de 20 adolescents âgés de 15 à 18 ans ayant un TDAH. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées une à deux semaines après la fin de l'intervention. Les bienfaits rapportés par les adolescents étaient une meilleure compréhension du TDAH, de leur fonctionnement et des stratégies utiles pour les aider. Les jeunes ont également rapporté des changements émotionnels et comportementaux, comme une meilleure estime et acceptation de soi, une diminution du stress et de la colère, moins de conflits interpersonnels ainsi qu'une plus grande attention et concentration.

Les résultats ont démontré que l'intervention de groupe était perçue comme utile par les jeunes et qu'elle leur a permis de normaliser leur expérience. Le format de groupe a été décrit comme étant plus facile, amusant et généralement plus rassurant que l'intervention individuelle. Les exercices et les thèmes abordés durant l'intervention ont été jugés pertinents, en particulier les exercices sollicitant la participation des jeunes ou utilisant de multiples apports sensoriels. Les discussions pendant les séances ont aussi été jugées utiles. Les jeunes ont toutefois exprimé le besoin de varier les exercices et de consacrer plus de temps à la pratique, aux activités physiques, aux discussions et aux pauses. Ils ont aussi proposé d'ajouter des séances de renforcement sur des thèmes ajustés selon les préférences et les besoins.

Corkum et ses collaborateurs [2019], (étude décrite plus haut) ont également évalué l'acceptabilité et la satisfaction associées au programme *Teacher Help for ADHD* auprès de 58 enseignants du primaire et de leurs élèves ayant un TDAH. Les résultats ont démontré une satisfaction élevée des enseignants envers le programme avec une moyenne de 4,81 sur une échelle de Likert allant de 1 à 6. Les composantes du programme qu'ils ont le plus appréciées et considérées comme utiles étaient les présentations PowerPoint, le format collaboratif et facile d'utilisation, les feuilles d'exercices ainsi que le matériel complémentaire disponible sur le Web. Les participants ont aussi déclaré avoir appris de nouvelles informations. Le forum de discussion a toutefois été considéré par eux comme étant l'élément le moins utile ou informatif, avec une moyenne de 4.

Pour les parents, les résultats ont démontré un taux moyen de satisfaction inférieur à celui des enseignants, avec une moyenne de 3.11. Bien que les parents aient déclaré avoir été inclus dans l'intervention, ils n'ont pas observé d'amélioration dans le comportement de leurs enfants à l'école ou à la maison et ne considèrent pas non plus avoir appris de nouvelle information.

2.2.4.2 Littérature grise

Aucune recommandation sur les autres interventions psychosociales discutées précédemment n'a été repérée parmi les guides de pratique clinique et les rapports d'évaluation des technologies de la santé retenus.

En bref

Selon la littérature scientifique, chez les **enfants d'âge scolaire qui présentent des symptômes de TDAH**, une intervention en classe portant sur le fonctionnement social et scolaire, ciblant particulièrement les élèves qui ont des symptômes de TDAH :

- ne semble pas efficace pour améliorer le fonctionnement social et scolaire rapporté par les enseignants et par le jeune;
- pourrait avoir un effet indésirable sur la perception par leurs pairs des enfants qui ont un TDAH.

Chez les **enfants d'âge scolaire qui ont reçu un diagnostic de TDAH**, une intervention ciblant les enseignants (individuelle, en ligne) :

- pourrait être efficace pour diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) et pour améliorer le fonctionnement global;
- ne semble pas efficace pour diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) et améliorer le fonctionnement global.

Chez les **enfants d'âge scolaire qui ont reçu un diagnostic de TDAH**, une intervention combinant un entraînement de la mémoire de travail (programme *Cogmed*) et un entraînement des habiletés parentales ne semble pas efficace pour :

- diminuer les symptômes d'inattention et les symptômes d'hyperactivité/impulsivité rapportés par les parents;
- améliorer le fonctionnement global et le fonctionnement familial rapporté par les parents.

Chez les **enfants d'âge scolaire et les adolescents qui ont reçu un diagnostic de TDAH**, une intervention individuelle, à domicile, de soins infirmiers (programme *Parents and Children Together*) :

- ne semble pas efficace pour améliorer le fonctionnement familial rapporté par les parents.

Chez les **adolescents qui ont reçu un diagnostic de TDAH**, une intervention ciblant les habiletés d'organisation, la gestion des devoirs et les habiletés interpersonnelles combinée à de l'éducation psychologique pour les adolescents et les parents (programme *Challenging Horizons*) :

- pourrait être efficace pour améliorer le fonctionnement scolaire rapporté par les parents;
- ne semble pas efficace pour améliorer le fonctionnement scolaire rapporté par les enseignants, par le jeune (autorapporté) ou évalué par des indicateurs objectifs.

Selon la littérature scientifique sur les perceptions des parties prenantes :

- la thérapie comportementale dialectique serait considérée comme utile par les jeunes. Les bienfaits qui auraient été observés sont des connaissances plus approfondies et une meilleure compréhension du TDAH, de leur fonctionnement et des stratégies utiles pour les aider. Ils apprécieraient rencontrer d'autres adolescents et échanger entre eux sur leurs expériences et leurs stratégies;
- du matériel sous une forme collaborative et facile d'utilisation accompagné de feuilles d'exercices et de matériel complémentaire facilement accessibles seraient considérés comme utiles par les enseignants pour une intervention offerte en ligne.

La littérature grise ne formule aucune recommandation sur les autres interventions psychosociales répertoriées.

Globalement, les données disponibles ne permettent pas de conclure, avec un niveau de confiance suffisamment élevé, que d'autres interventions psychosociales peuvent être efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH, quel que soit le contexte d'intervention.

Niveau de preuve : insuffisant.

2.3 Efficacité des interventions psychosociales chez les jeunes de 18 à 25 ans

Dans les travaux de 2018, quatre études primaires ont évalué des interventions psychosociales auprès d'adolescents et de jeunes adultes. Cependant, par manque de preuve scientifique et de qualité des données, de variabilité dans les résultats d'intérêt et de difficulté à distinguer les effets propres d'une intervention psychosociale pour les jeunes adultes comparativement à celle destinée aux adolescents, aucun énoncé de preuve n'a alors été formulé concernant les interventions psychosociales pour les jeunes de 18 à 25 ans.

Une revue exploratoire de la littérature a été réalisée pour répondre à la question d'évaluation 4 relative à l'efficacité des interventions psychosociales chez les jeunes adultes. Six articles portant sur l'efficacité d'interventions psychosociales sur les symptômes du TDAH ou le fonctionnement chez des adultes de 18 à 25 ans ont été retenus et analysés [Anastopoulos *et al.*, 2021; Eddy *et al.*, 2021; Jang *et al.*, 2021; Meinzer *et al.*, 2021; Van der Oord *et al.*, 2020; LaCount *et al.*, 2018]. Cinq articles ont rapporté les résultats d'ECR et un article a fait état des résultats d'une étude avant-après avec groupe témoin. Cinq études portaient sur l'efficacité d'interventions cognitives-comportementales chez de jeunes adultes, spécifiquement dans le contexte d'études universitaires. Dans une étude, l'intervention cognitive-comportementale était offerte par un agent conversationnel (logiciel capable de communiquer de façon bidirectionnelle). Les résultats d'intérêt mesurés dans ces études concernaient les symptômes du TDAH (inattention ou hyperactivité/impulsivité ou combinés) et le fonctionnement global, collégial, universitaire ou social. Aucune étude portant sur le fonctionnement professionnel et familial, la régulation émotionnelle, la qualité de vie, l'innocuité ou les perceptions des parties prenantes n'a été répertoriée.

2.3.1 Interventions cognitives-comportementales

Selon les études scientifiques répertoriées, les interventions cognitives-comportementales semblaient efficaces pour diminuer les symptômes d'inattention considérés de façon séparée et pour améliorer le fonctionnement collégial et universitaire autorapporté (Annexe N du document *Annexes complémentaires*). Toutefois, l'efficacité n'était pas clairement démontrée quant à la diminution des symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) et les symptômes d'hyperactivité/impulsivité séparés. De plus, ces interventions ne semblaient pas efficaces pour améliorer le fonctionnement scolaire mesuré par des indicateurs objectifs (moyenne collégiale ou universitaire et nombre de crédits de cours obtenus), le fonctionnement global dans la vie quotidienne et le fonctionnement social autorapportés.

En bref

Selon une revue exploratoire de la littérature scientifique, chez les **jeunes adultes qui présentent des symptômes de TDAH ou qui ont reçu un diagnostic de TDAH**, les interventions cognitives-comportementales :

- semblent efficaces pour diminuer les symptômes d'inattention seuls, et pour améliorer le fonctionnement collégial ou universitaire autorapporté;
- ne sont pas clairement efficaces pour diminuer les symptômes du TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité combinées) et les symptômes d'hyperactivité/impulsivité séparés;
- ne semblent pas efficaces pour améliorer le fonctionnement collégial ou universitaire mesuré par des indicateurs objectifs, le fonctionnement global et le fonctionnement social autorapportés.

Globalement, la littérature scientifique explorée indique une certaine efficacité des interventions cognitives-comportementales pour diminuer les symptômes d'inattention et pour améliorer le fonctionnement collégial ou universitaire des jeunes âgés de 18 à 25 ans.

Cependant, les données exploratoires actuelles ne permettent pas de conclure avec un niveau de confiance suffisamment élevé que les interventions cognitives-comportementales peuvent être efficaces pour diminuer les symptômes globaux du TDAH et améliorer le fonctionnement collégial ou universitaire mesuré par des indicateurs objectifs, le fonctionnement global et le fonctionnement social des jeunes âgés de 18 à 25 ans. La méthodologie exploratoire employée et le petit nombre d'études répertoriées limitent les conclusions.

2.4 Résultats des consultations auprès des parties prenantes

Dans le but de mieux comprendre les effets, la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des interventions psychosociales concernant les jeunes qui présentent 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 TDAH²⁵.

2.4.1 Consultation auprès des jeunes et des parents

La consultation auprès des jeunes et des parents a été réalisée par le biais d'un questionnaire en ligne (Annexes F et G du document *Annexes complémentaires*). 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 selon les répondants, lorsque requis. Les résultats sont aussi présentés par ordre d'occurrence, le cas échéant.

Profil des répondants

Tableau 11 Profil des jeunes et des parents

Jeunes qui ont un TDAH ou présentent des difficultés apparentées (N = 21)	Parents de jeunes qui ont un TDAH ou présentent des difficultés apparentées (N = 30)
• 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 au genre féminin (67 %, n = 14); • 62 % fréquentent une école à temps plein (n = 13), 33 % n'en fréquentent pas et une personne a mentionné qu'elle le fera prochainement; • Issus de huit régions du Québec.	• 80 % des parents ont un jeune âgé de 0 à 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 %); • 60 % sont âgés de 41 à 50 ans (n = 18) et 27 % sont âgés de 51 à 60 ans (n = 8); les autres, en moindres proportions, sont âgés de 31 à 40 ans (n = 2) et de 61 ans et plus (n = 2); • Issus de 10 régions du Québec.

²⁵ Comme souligné dans la section Méthodologie, les consultations individuelles et de groupe ont abordé conjointement les thèmes d'interventions psychosociales et autres pratiques non pharmacologiques pour diminuer les symptômes du TDAH chez les jeunes. Cependant, seuls les résultats sur les interventions psychosociales sont présentés dans le présent avis. Les propos abordant les autres pratiques non pharmacologiques feront l'objet d'un rapport indépendant.

Selon les réponses des jeunes et des parents, presque tous les jeunes (98 %) ont reçu un diagnostic de TDAH. Ce diagnostic a été établi principalement par un psychologue/neuropsychologue ou par un médecin de famille. Tous les parents, sauf un, ont indiqué avoir participé au processus d'évaluation en remplissant un questionnaire d'observation. L'âge auquel leur enfant a reçu son diagnostic varie entre 3 et 17 ans.

Le [tableau 12](#) résume l'information en provenance autant des jeunes que des parents concernant les principales manifestations cliniques de leur TDAH ou de celui de leur enfant, les difficultés apparentées nécessitant une aide ou un suivi professionnel, la médication ainsi que le suivi avec un professionnel de la santé²⁶.

Tableau 12 Caractéristiques des jeunes qui ont un TDAH ou des difficultés apparentées et information sur la médication et le suivi de santé

Manifestations cliniques du TDAH (par ordre d'occurrence)	Difficultés apparentées (par ordre d'occurrence)
Principales manifestations cliniques • Symptômes d'inattention et d'impulsivité • Difficultés scolaires • Hyperactivité • Problèmes de comportement Autres manifestations²⁷ • Anxiété • Difficultés d'organisation • Gestion des émotions • Manque de motivation • Faible mémoire	• 77 % des jeunes vivent d'autres difficultés nécessitant une aide ou un suivi professionnel Difficultés apparentées mentionnées²⁸ : • Anxiété • Troubles d'apprentissage • Trouble du spectre de l'autisme • Dépression • Syndrome de Gilles de la Tourette • Troubles du sommeil • Troubles liés à l'usage d'alcool ou de drogue • Idées suicidaires • Douance ou double exceptionnalité

²⁶ Dans le présent avis, les termes *professionnel de la santé* et *intervenant* sont employés pour décrire les résultats issus de la consultation au Québec.

²⁷ D'autres manifestations cliniques du TDAH ont été mentionnées par un jeune ou un parent, mais seulement une fois. Il s'agit des problèmes de socialisation, du manque d'estime de soi et de la sensibilité aux bruits ou aux stimuli.

²⁸ D'autres difficultés apparentées ont également été mentionnées une seule fois par un jeune ou un parent. Il s'agit de la déficience intellectuelle, du décrochage scolaire, du trouble oppositionnel, des problèmes d'estime de soi, des tics moteurs et des gestes compulsifs.

Manifestations cliniques du TDAH (par ordre d'occurrence)	Difficultés apparentées (par ordre d'occurrence)
Médication	
• 90 % des jeunes prennent ou ont déjà pris une médication • 72 % ont cessé temporairement de prendre leur médication	
Motifs de cessation de la médication	
• Effets secondaires • Périodes de congé ou de vacances • Doutes sur l'utilité et la pertinence de la médication • Désir de cesser	
Suivi avec un professionnel de la santé	
• 65 % ont bénéficié d'un suivi avec un professionnel de la santé au cours de la dernière année, • 73 % des jeunes estiment qu'il a été utile pour : – la surveillance des effets secondaires; – l'ajustement et le renouvellement de la médication.	

Ainsi, les principales difficultés signalées autant par les jeunes que par les parents en lien avec leur TDAH ou celui de leur enfant 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 et plus. Selon les réponses des jeunes et des parents, la majorité des jeunes (77 %) vivent d'autres difficultés qui nécessitent une aide ou un suivi professionnel. Les trois principales difficultés qu'ils ont rapportées sont l'anxiété, les troubles d'apprentissage et le trouble du spectre de l'autisme. Pour de l'information supplémentaire sur les caractéristiques des jeunes, leur médication ou leur suivi de santé, voir l'annexe O du document *Annexes complémentaires*.

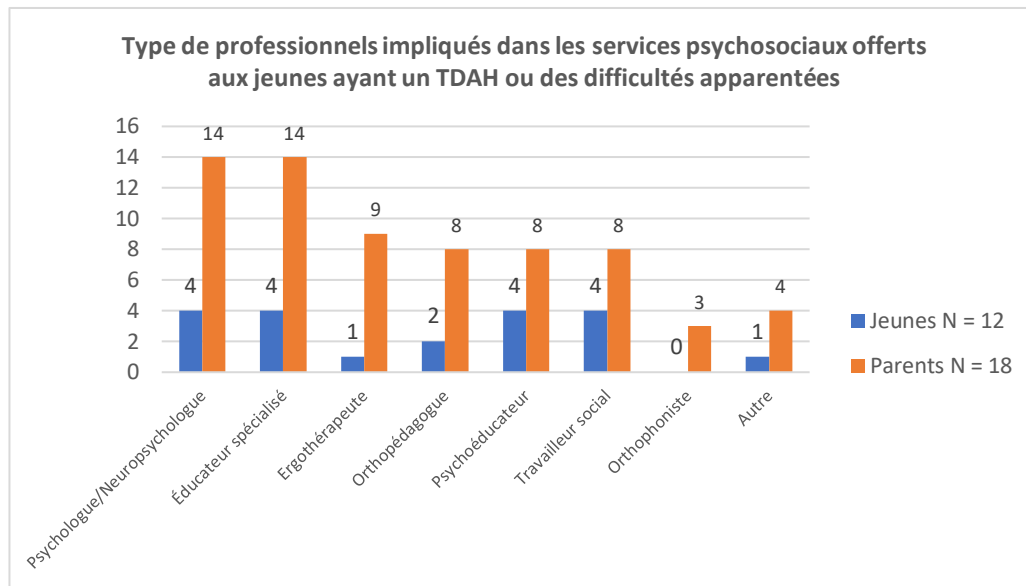
Interventions psychosociales

Selon les réponses des jeunes et des parents, un peu plus de la moitié des jeunes (59 %) ont reçu ou reçoivent actuellement des services psychosociaux pour les aider à réduire leurs symptômes du TDAH ou leurs difficultés apparentées.

- À cette question, un parent a précisé que les parents recevaient également de l'aide par de nombreux professionnels pour éviter l'épuisement et qu'ils participaient à divers colloques et séminaires sur le TDAH pour mieux comprendre ce trouble et aider leur enfant.

Le graphique qui suit présente les types de professionnels qui sont ou ont été impliqués auprès des jeunes ayant un TDAH, selon les répondants²⁹.

Figure 1 Types de professionnels qui dispensent les services psychosociaux offerts aux jeunes qui ont un TDAH ou des difficultés apparentées



Perception des effets et de la pertinence des interventions psychosociales

Parmi les jeunes qui ont bénéficié de services psychosociaux, la majorité (83 %) considère que les interventions psychosociales sont ou ont été utiles pour les aider avec leur TDAH ou leurs difficultés apparentées, alors que la totalité des parents estime qu'elles ont été pertinentes pour leur jeune.

À ce sujet, les jeunes et les parents ont précisé les aspects qu'ils ont jugés les plus utiles :

- la gestion de l'anxiété, des émotions et du comportement;
- la compréhension du TDAH;
- le soutien professionnel reçu : aide, soutien, acceptation du diagnostic, développement de compétences organisationnelles, apprentissage de stratégies ou de techniques, outils proposés, mesures d'accommodement mises en place, coordination des services avec d'autres professionnels;
- une meilleure connaissance de soi ou de son jeune.

²⁹ Plusieurs choix de réponses étaient possibles. Conséquemment, un jeune ou un parent a pu rendre compte de son recours aux services psychosociaux auprès de différents professionnels.

Les parents ont par ailleurs souligné les bienfaits de ces interventions sur le sommeil et l'énergie de leur jeune³⁰.

En contrepartie, les jeunes et les parents ont également souligné des éléments qu'ils ont jugés moins pertinents ou qu'ils ont moins aimés concernant les interventions psychosociales. Pour les jeunes, il s'agit de l'application des stratégies proposées par l'intervenant psychosocial (difficultés d'application) et du soutien offert par le milieu scolaire à la mise en place de mesures d'accommodement³¹.

Pour les parents, les aspects qu'ils ont jugés moins utiles ou plus difficiles d'application ou qu'ils ont moins aimés sont :

- l'applicabilité des stratégies et des interventions proposées;
- l'accessibilité des services – p. ex. la disponibilité des services et les délais d'attente, les rendez-vous fréquents à des endroits différents sur le territoire, le manque de services dans les milieux scolaires;
- l'expression et la gestion de leurs émotions;
- le manque d'expertise des intervenants psychosociaux sur le TDAH;
- les modalités de l'intervention individuelle.

Par ailleurs, concernant les interventions de groupe offertes aux parents, la majorité d'entre eux (63 %) n'a pas eu recours à cette modalité d'intervention. Moins de la moitié (37 %) a participé à une rencontre d'information, à un groupe d'entraide entre parents ou à des ateliers ou une formation sur le TDAH. Les parents qui ont participé à l'une ou plusieurs de ces interventions estiment qu'elles ont été utiles pour les aider dans leur rôle de parents pour les motifs suivants :

- démystifier et comprendre le TDAH;
- mieux comprendre les besoins de leur jeune et se centrer sur ses forces et ses qualités;
- échanger avec des parents qui vivent une situation ou des difficultés similaires;
- se sentir moins seuls et obtenir du soutien;
- développer des stratégies pour intervenir plus efficacement ou pour prendre soin de soi comme parents;
- accéder à des outils et des ressources additionnelles.

³⁰ Un parent a aussi mentionné les avantages de l'intervention de groupe : partager son expérience, échanger avec des personnes qui vivent une situation similaire, normaliser la situation vécue, percevoir sa situation ou ses difficultés autrement.

³¹ Un jeune a aussi indiqué que l'ergothérapie n'avait pas été utile pour lui, sans expliquer ou apporter de détails.

Préférences des services

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

Enjeux perçus sur l'accès aux interventions, la prise en charge des jeunes et le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

D'autres éléments, ne portant pas sur la question principale d'évaluation, ont émergé de la consultation des jeunes et des parents.

L'accessibilité des services dans le réseau de la santé et des services sociaux est perçue, autant par les jeunes que par les parents, comme un enjeu majeur. Ils ont mentionné qu'ils doivent recourir à des services dans le secteur privé, notamment pour l'évaluation diagnostique du TDAH. Les parents ont aussi souligné le manque de services spécialisés en TDAH et de ressources pour les jeunes adultes.

Parallèlement, des parents ont aussi rapporté que la médication était un enjeu important, notamment en raison des effets secondaires et de la durée de son effet. Ils ont aussi mentionné la nécessité que les médecins réévaluent le TDAH de façon régulière et qu'ils discutent de stratégies psychosociales au lieu de prescrire systématiquement une médication, sinon d'envisager que la famille rencontre un spécialiste en TDAH. Les parents ont aussi indiqué comme enjeux les désaccords entre parents sur les traitements, le soutien continu qu'ils offrent à leur jeune ainsi que l'épuisement et l'isolement des familles.

Enfin, pour les jeunes et les parents, la méconnaissance et la stigmatisation du TDAH demeurent des enjeux importants qui ont des répercussions sur la prise en charge des jeunes.

En bref

Selon les jeunes et les parents qui ont répondu au questionnaire en ligne :

- la majorité des jeunes a reçu des services psychosociaux;
- les aspects jugés les plus utiles par les jeunes et les parents sont :
 - la gestion de l'anxiété, des émotions et du comportement;
 - la compréhension du TDAH;
 - le soutien professionnel reçu : aide, soutien, acceptation du diagnostic, développement de compétences organisationnelles, apprentissages de stratégies ou techniques, outils proposés, mesures d'accommodement mises en application, coordination des services avec d'autres professionnels;
 - une meilleure connaissance de soi ou de son jeune.

Pour les jeunes, les aspects jugés moins utiles ou difficiles d'application sont les stratégies proposées par l'intervenant psychosocial et le soutien offert par le milieu scolaire à l'application de mesures d'accommodement.

Pour les parents, les aspects jugés moins utiles ou difficiles d'application sont l'applicabilité des stratégies des interventions proposées et des modalités de l'intervention individuelle.

Selon les parents, d'autres enjeux associés au TDAH concernent entre autres la difficulté pour leur jeune d'exprimer et de gérer ses émotions, et le manque d'expertise des intervenants psychosociaux sur le TDAH dans le but d'assurer une meilleure prise en charge.

L'accessibilité des services, la méconnaissance du TDAH et la stigmatisation des personnes ayant un TDAH sont les principaux enjeux soulevés par les jeunes et les parents.

2.4.2 Consultation auprès des enseignants et directeurs et des représentants des associations et organismes de soutien

Afin d'explorer les interventions psychosociales en contexte clinique et scolaire pour accompagner les jeunes et leur famille, deux groupes de discussion ont été réalisés : un auprès d'enseignants et de directeurs et un autre auprès de représentants d'associations et organismes de soutien. Le groupe des enseignants et directeurs était composé de trois enseignants et d'un directeur, tous de régions différentes du Québec. Celui des

représentants des associations et organismes de soutien était composé de huit personnes en provenance de cinq régions différentes du Québec. La section qui suit présente les résultats de cette consultation.

Description des jeunes desservis et des services

Pour débiter, les répondants³² ont été invités à décrire les jeunes qui présentent des symptômes de TDAH qu'ils accompagnent, le personnel qui intervient auprès d'eux et les services qui leur sont offerts (voir l'annexe P du document *Annexes complémentaires*). Ils ont ensuite échangé sur les effets, la pertinence, l'acceptabilité et l'applicabilité des interventions psychosociales. L'analyse thématique a permis de dégager trois principaux thèmes en lien avec les interventions psychosociales et leur contexte d'utilisation, soit :

- les approches et les interventions centrées sur les besoins;
- les effets perçus des interventions;
- les approches et les interventions issues des bonnes pratiques.

D'autres éléments ont été relevés lors des consultations abordant les enjeux et défis entourant l'utilisation des interventions, notamment en lien avec la communication et la coordination des services, les ressources humaines, financières et organisationnelles des milieux communautaires, la méconnaissance et la stigmatisation du TDAH, et les stratégies d'application pour les milieux scolaire et clinique. Les résultats complémentaires sont présentés à l'annexe P du document *Annexes complémentaires*.

Approches et interventions

Selon les répondants, il est important d'adopter une approche bienveillante et sans jugement auprès des jeunes qui ont un TDAH ou présentent des difficultés apparentées ainsi que de leurs parents.

Pour les enseignants et les directeurs, cette approche est un élément déterminant de la relation qu'ils établissent avec eux. Souvent, les parents craignent que leur enfant reçoive un diagnostic de TDAH et qu'une médication leur soit prescrite. Il est donc essentiel de les aborder avec douceur et délicatesse, sans jugement ou confrontation. Des stratégies perçues comme moins menaçantes par les parents pourraient aussi leur être proposées (p. ex. objets sensoriels), avant de les orienter vers un professionnel pour une évaluation diagnostique ou un suivi psychosocial. Selon eux, les interventions psychosociales ont plus d'effets lorsqu'un lien de confiance ou une relation significative ont été établis.

Pour les représentants des associations et des organismes de soutien, cette approche est démontrée par un accueil chaleureux, une attitude positive et une écoute des besoins et du vécu des familles ainsi que par la disponibilité des intervenants.

³² Les répondants font référence à la fois aux enseignants et directeurs et aux représentants des associations et des organismes de soutien pour les personnes qui présentent un TDAH.

Centrées sur les besoins

Les répondants estiment que les interventions psychosociales sont utiles et pertinentes lorsqu'elles sont centrées sur les besoins du jeune et adaptées à sa situation. Elles doivent tenir compte de l'âge et du développement des jeunes et être faciles à appliquer.

Pour les enseignants et les directeurs, une stratégie ou une intervention peut s'avérer aidante pour un élève et ne pas l'être pour un autre, même si celle-ci a été recommandée par un médecin ou un professionnel. Une période d'essais-erreurs est souvent nécessaire pour identifier les interventions ou les stratégies en classe qu'il est le plus pertinent d'utiliser. Lorsque les besoins du jeune sont plus spécifiques, un plan d'intervention³³ est mis en place. Il facilite le suivi du jeune et l'évaluation de ses progrès. Au besoin, des ajustements y sont apportés. Le plan d'intervention est réévalué annuellement afin de s'assurer que les stratégies répondent toujours aux besoins du jeune et à ceux de sa famille.

Les représentants des associations mentionnent que le soutien et l'accompagnement de proximité qu'ils offrent sont centrés sur les besoins, les forces et les capacités des personnes et portent davantage sur les manifestations cliniques du TDAH. Pour recevoir leurs services, un diagnostic confirmé n'est pas requis. Ils rapportent que les stratégies et les techniques enseignées ne sont pas stigmatisantes, qu'elles sont utiles pour la majorité des personnes et qu'elles sont nécessaires à la prise en charge du TDAH.

Selon les représentants des associations³⁴, en plus d'être centrées sur les besoins, les interventions psychosociales doivent être fondées sur des pratiques connues et démontrées efficaces. Ils indiquent s'appuyer sur les connaissances scientifiques pour guider les jeunes et les parents vers les interventions appropriées. Ils vont aussi les vulgariser pour les rendre plus accessibles et applicables.

Effets perçus

Les interventions psychosociales utilisées chez les jeunes qui ont un TDAH sont perçues comme aidantes par les répondants.

Lorsque questionnés sur les effets de ces interventions, les enseignants et les directeurs indiquent avoir observé une amélioration de l'attention et de la concentration et une diminution des comportements perturbateurs. De plus, ils ont mentionné que le bénéfice le plus recherché en contexte scolaire est la capacité du jeune à exécuter et à terminer une tâche.

Pour les représentants des associations, les bienfaits observés portent sur l'amélioration du fonctionnement du jeune, le temps de qualité parent-enfant, la capacité des parents à percevoir plus positivement leur jeune ainsi que les retombées, positives dans leur

³³ Outil clinique permettant « d'identifier [l]es besoins [de l'utilisateur], les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement ». *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) (L.Q., 1991, ch. S-4.2, c. 42, a. 102).

³⁴ Les enseignants et les directeurs n'ont pas formulé de commentaires à ce sujet.

ensemble, sur la famille ainsi que les liens qui se sont créés entre jeunes. Ils ont aussi mentionné que les jeunes et les parents se disent satisfaits du soutien et des services reçus et qu'ils sont fiers du chemin qu'ils ont parcouru.

Enjeux liés à l'accompagnement des familles et à l'accessibilité et disponibilité des services

D'autres aspects, qui ne portent pas sur la question principale d'évaluation, ont émergé de la consultation réalisée auprès des enseignants, directeurs et représentants des associations. L'accompagnement des familles ainsi que l'accessibilité et la disponibilité des services dans le RSSS sont deux enjeux qu'ils ont relevés.

Accompagnement des familles

Selon les enseignants et les directeurs, les familles ont besoin d'un accompagnement soutenu et personnalisé à leur situation. Lors de la prise en charge du TDAH, elles reçoivent beaucoup d'information et elles peuvent avoir de la difficulté à identifier les étapes à franchir et les priorités à accorder à chacune d'elles. Elles ont besoin d'être informées et guidées concernant les démarches à réaliser. Elles ont aussi besoin d'être accompagnées par un professionnel dans l'appropriation des stratégies et leur application à la maison. Le milieu scolaire peut leur proposer certaines stratégies à appliquer, mais il n'est pas en mesure de les aider dans leur application et de leur offrir l'intensité de services requise par leurs besoins.

Selon les représentants des associations, certaines caractéristiques des familles peuvent compromettre leur participation aux services offerts, notamment des oublis fréquents, une motivation irrégulière et la variation dans leur engagement. Elles peuvent s'inscrire à une activité et ne pas y participer. Elles vivent des contraintes de temps et ont plusieurs engagements et responsabilités familiales. Les représentants indiquent avoir observé un faible taux de participation des familles. Des incitatifs à la participation seraient la possibilité pour les jeunes et les parents de se regrouper et d'échanger avec des personnes qui vivent une situation similaire ou de se joindre à des activités sous une forme ludique ou participative.

Accessibilité et disponibilité des services

Les répondants ont mentionné que l'accessibilité et la disponibilité des services sont des enjeux importants vécus par les jeunes et leur famille. Cette préoccupation a également été soulignée lors de la consultation auprès des jeunes et des parents.

Afin d'accéder à des services et de bénéficier d'un suivi, les jeunes doivent au préalable avoir confirmation de leur diagnostic. Selon les répondants, plusieurs familles éprouvent des difficultés à obtenir un rendez-vous chez un médecin, avec ou sans rendez-vous. Et, après avoir obtenu ce diagnostic, elles sont confrontées à des délais importants et à des listes d'attente. À cet égard, les représentants des associations et des organismes de soutien ont ajouté que les familles doivent souvent recourir au secteur privé pour obtenir des services et que, en région éloignée, même ces services sont peu disponibles.

Selon les enseignants et les directeurs, l'expérience de soins serait toutefois différente d'une famille à l'autre. Pour certaines, la prise en charge pourrait être plus rapide si elles ont un médecin ou ont déjà recours à un suivi psychosocial, et pour d'autres, elle pourrait être plus longue si les familles ne sont pas à l'aise pour réaliser les démarches demandées.

Les répondants expliquent ces enjeux d'accessibilité et de disponibilité associés aux services par le manque de services et de ressources. Les enseignants et les directeurs ont également mentionné la méconnaissance du TDAH et la formation déficiente des professionnels de la santé comme facteurs explicatifs.

En bref

Selon les répondants qui ont participé aux travaux des groupes de discussion :

- une approche bienveillante et sans jugement est nécessaire pour rassurer et mettre en confiance les jeunes qui ont un TDAH et leurs parents;
- les interventions psychosociales destinées aux jeunes doivent être centrées sur leurs besoins et adaptées à leur situation.

Globalement, les interventions psychosociales et les stratégies éducatives employées auprès des jeunes qui ont un TDAH sont perçues comme aidantes et utiles :

- les principaux effets perçus par les enseignants et les directeurs sont l'amélioration de l'attention et de la concentration et la diminution des comportements perturbateurs;
- les bienfaits observés par les représentants des associations et des organismes portent sur l'amélioration du fonctionnement du jeune, le temps de qualité parent-enfant, la capacité des parents à percevoir plus positivement leur jeune ainsi que les retombées positives dans leur ensemble sur la famille ainsi que les liens qui se sont créés entre jeunes qui ont un TDAH.

L'accompagnement des familles ainsi que l'accessibilité et la disponibilité des services sont les principaux enjeux soulevés par les enseignants, directeurs, représentants des associations et des organismes de soutien.

2.4.3 Consultation auprès du comité consultatif d'experts et autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux

L'ensemble des résultats issus des travaux a été présenté au comité consultatif d'experts qui accompagnait l'équipe de projet³⁵. Il était composé de cliniciens, professionnels de la santé et des services sociaux et gestionnaires autres que ceux rencontrés à l'occasion des précédentes consultations³⁶.

Les membres du comité consultatif ont été invités à se prononcer sur la littérature recensée ainsi que les constats élaborés pour chacune des interventions psychosociales évaluées dans le cadre de cet avis, et à fournir de l'information contextuelle et expérientielle liée à la prise en charge du TDAH au Québec. Dans l'ensemble, les membres du comité se sont dits en accord avec les résultats présentés et les constats élaborés par l'équipe de projet. L'ensemble des commentaires a alors été intégré et triangulé avec les autres données, en tout ou en partie, notamment dans la formulation des constats globaux et des recommandations.

Les membres du comité ont toutefois apporté quelques nuances concernant les interventions d'éducation psychologique, indiquant qu'en pratique elles peuvent être utiles pour les jeunes. Certains membres ont ajouté que les interventions d'organisation et de planification sont perçues comme aidantes par les jeunes et peuvent être bénéfiques pour leur fonctionnement général. Ils ont également précisé qu'elles n'étaient pas nuisibles pour les jeunes et qu'elles étaient accessibles, à faible coût.

Concernant la prise en charge globale des jeunes, les membres du comité d'experts ont suggéré d'élaborer des recommandations de prise en charge et d'offre d'interventions dans les CISSS et CIUSSS pour les jeunes qui présentent autant des symptômes de TDAH sans diagnostic ferme qu'avec diagnostic confirmé, afin de répondre à l'ensemble des besoins non comblés des jeunes au Québec.

Au-delà des consultations menées dans le cadre de cet avis, d'autres travaux sur la problématique du TDAH ont été réalisés par l'INESSS en 2017 et 2018, dans lesquels des consultations ont été menées auprès de différents groupes cibles (usagers et professionnels) du réseau public de la santé et des services sociaux et du réseau scolaire afin de documenter le recours aux services psychosociaux dans les cas de TDAH [INESSS, 2017c], et d'élaborer une trajectoire de services pour la détection, l'évaluation et la prise en charge du TDAH [INESSS, 2018a].

³⁵ Les rencontres d'une durée de trois heures se sont déroulées le 27 mars 2024 et le 13 mai 2024. Certains experts ont aussi été consultés *ad hoc* selon les besoins du projet et leur expertise.

³⁶ Comme présenté à la section [1.10.3.1](#), le comité était composé précisément de médecins de famille et spécialistes en pédiatrie, infirmière, neuropsychologue et psychologue scolaire, orthopédagogue, psychoéducatrice, nutritionniste, pharmacienne, chercheurs universitaires et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Plus spécifiquement, lors de la consultation portant sur la perspective du RSSS, 918 professionnels exerçant auprès de jeunes de 17 ans et moins (travailleurs sociaux, psychoéducateurs, éducateurs spécialisés et psychologues), 403 professionnels exerçant auprès de jeunes adultes de 18 à 25 ans (travailleurs sociaux, psychologues, infirmières et psychoéducateurs) et 198 médecins omnipraticiens et spécialistes qui interviennent auprès de jeunes et jeunes adultes ayant un TDAH ont répondu à un questionnaire en ligne qui abordait les aspects suivants : l'âge de l'usager au moment du diagnostic, les comorbidités les plus fréquentes et les difficultés associées au TDAH. Les professionnels de même que les médecins ont indiqué, entre autres, que l'âge des jeunes au moment du diagnostic se situait majoritairement entre 6 et 12 ans et que les troubles anxieux étaient une comorbidité fréquemment observée.

De plus, afin de documenter les trajectoires et l'offre de services proposées aux personnes de 25 ans et moins ayant un TDAH dans les CISSS/CIUSSS, des entrevues téléphoniques ont été réalisées auprès de 63 gestionnaires dans les principales directions susceptibles de leur dispenser des services. Quelques personnes venaient également du réseau scolaire. Les personnes consultées ont souligné des problèmes d'accès à l'évaluation et la confusion dans les rôles et les mandats des différents acteurs. Des problèmes d'arrimage à l'intérieur du RSSS ont aussi été mentionnés ainsi qu'un manque de ressources pour répondre, en temps opportun, aux besoins des jeunes. Selon les répondants, dans le réseau, il y aurait peu d'interventions psychosociales destinées aux jeunes qui ont un TDAH. Pour plus de détails, voir l'état des pratiques [INESSS, 2017c].

Un outil de prise en charge a également été élaboré par l'INESSS en 2024 (publication à venir) parallèlement aux présents travaux, en collaboration avec de nombreux experts et acteurs clés du RSSS; il permet d'approfondir les aspects de prise en charge, de déprescription et de suivi des jeunes ayant un TDAH.

L'ensemble de ces consultations permet ainsi d'aborder de façon holistique la problématique du TDAH, ainsi que les perceptions des intervenants et leur contexte de pratique dans la prise en charge des jeunes présentant un TDAH. La consultation auprès d'experts du comité consultatif dans le cadre de cet avis est ainsi en continuité avec l'ensemble des travaux élaborés par l'INESSS.

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, et la perspective de multiples parties prenantes – jeunes ayant un TDAH et leurs parents, représentants d'associations, enseignants et directeurs d'école – assurent la robustesse du présent avis et renforcent la confiance envers les résultats et les constats dégagés. Une autre force porte sur les recommandations des guides de pratique clinique concernant les interventions psychosociales. Ils sont majoritairement de qualité modérée et élevée, augmentant ainsi le niveau de confiance des recommandations présentées. Seul un guide était de faible qualité. Dans leur ensemble, les recommandations pour chacune des catégories d'intervention sont cohérentes entre elles.

Toutefois, la méthodologie et les données incluses comportent certaines limites. Une limite est inhérente aux études et aux revues incluses dans les présents travaux dont les résultats de l'évaluation de la qualité n'ont pas toujours été rapportés. De plus, pour certaines catégories d'interventions psychosociales, seul un nombre limité d'études primaires était disponible. Également, il n'a pas été possible d'évaluer l'innocuité de certaines interventions psychosociales étant donné l'absence de données documentant cet aspect.

Par ailleurs, les interventions psychosociales sont 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 d'intervention. Les échelles de mesure employées pour mesurer l'efficacité des interventions étaient également hétérogènes entre les études. Cette hétérogénéité a rendu les données difficiles à combiner et à comparer entre elles, et pourrait réduire la généralisabilité des résultats et des constats dégagés.

Pour ce qui est de la revue narrative de la littérature portant sur les jeunes adultes de 18 à 25 ans, les constats sont limités par la méthodologie exploratoire employée et par le petit nombre d'études recensées (une à quatre études par résultat d'intérêt).

Concernant la revue narrative de la littérature scientifique sur les perceptions des parties prenantes, seulement quelques études ont été répertoriées et plusieurs d'entre elles ont été réalisées à l'extérieur du Québec. 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 employée pour les consultations individuelles et de groupe avait pour but de recueillir des données contextuelles et expérientielles auprès des jeunes, des parents, des enseignants et directeurs ainsi que des représentants des associations et des organismes de soutien concernant les interventions psychosociales au Québec. Un nombre restreint de personnes ont été jointes, limitant la représentativité et la généralisabilité des résultats. Aucune personne du milieu scolaire de niveau secondaire

ou collégial n'a pu être recrutée, ce qui limite également la prise en considération 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 l'avis, et il 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 été jugé acceptable pour obtenir une certaine diversité d'opinions et de perceptions à l'égard du TDAH et dégager un consensus de constats et d'idées [Creswell, 1998; Morse, 1994]. Et, comme décrit dans la section [2.4.3](#), d'autres consultations menées dans le cadre de travaux complémentaires à cet avis permettent d'embrasser la problématique de façon holistique.

Enfin, dans le présent avis, la méthodologie employée et la façon de classer les interventions diffèrent des travaux réalisés par l'INESSS en 2018. De plus, la portée des présents travaux n'incluait pas les aspects de la population adulte de plus de 25 ans, des aspects légaux ou juridiques en lien avec les interventions ou pratiques, ceux de l'analyse de l'impact budgétaire et de l'efficacité économique des interventions et des pratiques non pharmacologiques, des interventions se déroulant en milieu hospitalier ou psychiatrique ainsi que la comparaison de l'efficacité des interventions en fonction des modalités – p. ex. durée, fréquence, lieu, type de professionnel de la santé offrant l'intervention. D'autres travaux pourraient être requis pour approfondir ces éléments.

CONSTATS GLOBAUX

L'intégration de l'ensemble des données scientifiques, contextuelles et expérientielles issues du processus d'évaluation, appuyée sur le cadre multidimensionnel de l'INESSS, a permis de formuler les constats suivants.

Problématique de santé

- Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental qui touche de 3 % à 9 % des enfants et des adolescents, et de 3 % à 7 % des adultes.
- 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 un avis et un état des connaissances produits par l'INESSS [INESSS, 2018a; 2018b].
- D'autres interventions psychosociales pourraient être efficaces pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des personnes qui présentent ces symptômes.

Contexte au Québec

Certains éléments spécifiques à la réalité québécoise ont été identifiés :

- La prévalence du TDAH est plus élevée au Québec que dans les autres provinces canadiennes. Des disparités importantes entre les régions du Québec ont également été relevées, avec une prévalence annuelle allant de 2,2 % à 7,8 %.
- Au Québec, 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 et moins.
- En 2019, un regroupement de pédiatres a lancé une mise en garde contre la croissance élevée du nombre des diagnostics et des ordonnances de médicaments contre le TDAH chez les enfants québécois. De plus, la nécessité d'améliorer l'accès aux services et de favoriser les interventions psychosociales ainsi que l'approche multimodale a été soulignée dans un rapport de la Commission de la santé et des services sociaux du Québec en 2020.
- Malgré les recommandations selon lesquelles la prise en charge du TDAH devrait être multimodale, au Québec, les interventions pharmacologiques constituent souvent le seul traitement proposé et accessible pour les enfants et les adolescents qui présentent un TDAH.

Efficacité des interventions psychosociales

Le présent avis a permis :

- 1) d'actualiser les travaux réalisés par l'INESSS en 2018, qui ont évalué l'efficacité des interventions psychosociales pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH;
- 2) de bonifier ces travaux par l'ajout de nouvelles interventions psychosociales qui n'avaient pas été évaluées en 2018;
- 3) d'explorer les interventions psychosociales qui pourraient être bénéfiques pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement des jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans qui ont reçu un diagnostic de TDAH.

Les travaux du présent avis indiquent que :

- Les **interventions comportementales semblent efficaces** pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement global et le fonctionnement social chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH;
 - Cependant, les données portant spécifiquement sur les interventions cognitives-comportementales sont limitées;
- Les **interventions d'entraînement aux habiletés parentales semblent efficaces** pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement familial chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire qui ont reçu un diagnostic de TDAH.
- Parallèlement, selon les parties prenantes consultées au Québec³⁷, les **interventions psychosociales sont perçues comme aidantes** pour diminuer les symptômes du TDAH ou les difficultés apparentées chez les jeunes.
 - Cependant, certains jeunes et parents qui ont répondu à la consultation en ligne considèrent que l'applicabilité des stratégies et des interventions psychosociales proposées pourrait être améliorée.
- Chez les jeunes adultes de 18 à 25 ans, les travaux du présent avis, appuyés sur une revue exploratoire de la littérature scientifique, suggèrent que les **interventions cognitives-comportementales** semblent efficaces pour réduire les symptômes d'inattention et améliorer le fonctionnement collégial ou universitaire perçu.

³⁷ Consultations auprès des jeunes, des parents, des enseignants et directeurs, des représentants d'associations ainsi que des membres experts du comité consultatif.

De plus, les travaux du présent avis soulignent que :

- Les données de la littérature **sont limitées ou ne démontrent pas clairement l'efficacité** des interventions psychosociales suivantes pour réduire les symptômes du TDAH ou améliorer le fonctionnement chez les jeunes :
 1. Interventions d'entraînement des fonctions cognitives;
 2. Interventions de neurofeedback;
 3. Interventions ciblant les compétences d'organisation et de planification;
 4. Interventions basées sur la pleine conscience;
 5. Interventions d'éducation psychologique;
 6. Interventions d'entraînement aux habiletés sociales.

D'autres sources de données soulignent que certaines interventions dont l'efficacité clinique n'est pas clairement démontrée pourraient présenter des bénéfices au-delà des résultats d'intérêt du présent avis. Notamment :

- la littérature scientifique sur les perceptions des parties prenantes³⁸, la littérature grise ainsi que les membres du comité consultatif ont souligné que les interventions d'éducation psychologique peuvent présenter des bénéfices au-delà des résultats d'intérêt du présent avis, par exemple en aidant à mieux comprendre le TDAH et en favorisant l'acceptation du diagnostic;
- la littérature grise et les membres du comité consultatif ont également souligné que l'apprentissage de stratégies d'organisation et de planification peut présenter des bénéfices pour les jeunes au-delà des résultats d'intérêt du présent avis. Ces interventions seraient perçues comme aidantes par les jeunes et bénéfiques pour leur fonctionnement général, sans effets indésirables. Elles pourraient également être accessibles à faible coût.

L'ensemble des sources de données (littérature et consultations) souligne l'importance d'offrir des interventions psychosociales avec une attitude bienveillante, respectueuse et sans jugement.

Parallèlement, dans une prise en charge globale, les travaux soulignent la nécessité d'impliquer le jeune et ses parents dans le processus de soins et de services afin d'offrir des interventions psychosociales permettant le plus de répondre à leurs besoins, et ce, au bon moment.

³⁸ Les parties prenantes font référence ici aux jeunes qui ont un TDAH, aux parents de jeunes et aux jeunes adultes qui ont un TDAH, aux enseignants du primaire et aux cliniciens ou professionnels de la santé, en particulier les psychologues, psychiatres et éducateurs.

Bien que les aspects touchant la prise en charge du TDAH n'aient pas été formellement évalués dans les présents travaux, la nécessité d'améliorer l'accès aux services et de favoriser les interventions psychosociales ainsi que l'approche multimodale, qui combine des interventions psychosociales et pharmacologiques, a été soulignée par différentes parties prenantes³⁹, de même que l'importance d'offrir des services aux jeunes et à leur famille, que le diagnostic soit ou non confirmé.

³⁹ Littérature sur les perceptions, et consultation auprès des jeunes et des parents.

DÉLIBÉRATION ET RECOMMANDATIONS

Délibération

Les propositions de recommandations ainsi que les constats et les données qui les appuient ont été présentés au Comité délibératif permanent mixte spécifique au projet. Les membres du comité ont échangé au sujet des recommandations proposées, puis ont délibéré en faveur ou en défaveur de chacune d'entre elles. Ils ont exprimé leur appui à l'ensemble des constats et recommandations formulés à l'issue du processus d'évaluation, avec des modifications mineures et des suggestions concernant certaines des recommandations.

Plus spécifiquement, les membres souhaitaient renforcer les éléments suivants :

- mettre en évidence les interventions psychosociales démontrées efficaces;
- souligner les bénéfices potentiels des interventions psychosociales sur le développement et le bien-être global des jeunes qui ont un TDAH;
- mettre l'accent sur les besoins des jeunes qui ont un TDAH et ceux de leurs parents.

Ils ont aussi soulevé comme enjeu l'accessibilité des interventions psychosociales et leur application dans le réseau de la santé et des services sociaux. À cet égard, ils sont d'avis que les interventions psychosociales jugées efficaces devraient être accessibles autant aux jeunes qui présentent des symptômes de TDAH qu'à ceux dont le diagnostic a été confirmé, ainsi qu'à leur famille.

Les recommandations ont été bonifiées à la lumière des commentaires des membres du Comité délibératif permanent mixte.

Recommandations

1) Compte tenu de l'efficacité clinique et de la cohérence de l'ensemble des données constituant la preuve, et de l'acceptabilité perçue de ces interventions psychosociales, l'INESSS est d'avis que :

- les interventions comportementales devraient être proposées aux enfants d'âge scolaire et aux adolescents qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement global et le fonctionnement social;
 - les interventions recommandées emploient des techniques comportementales pour cibler plusieurs types de comportements (p. ex. la capacité à demeurer concentré sur une tâche individuelle ou à lever la main pour parler en classe; l'accomplissement des devoirs; les tâches ménagères), et ce, dans plusieurs contextes de vie du jeune – p. ex. à l'école, à la maison.

- les interventions d'entraînement aux habiletés parentales devraient être proposées aux parents d'enfants d'âge préscolaire et scolaire qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement familial.
- 2) À la lumière de l'ensemble de l'information répertoriée et avec le consensus du comité consultatif d'experts, l'INESSS est d'avis que les interventions psychosociales suivantes pourraient être considérées pour leurs bénéfices potentiels concernant le développement et le bien-être global des jeunes de moins de 18 ans qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH, bien que leur efficacité pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement ne soit pas clairement démontrée :
- interventions ciblant exclusivement les compétences d'organisation et de planification;
 - interventions basées sur la pleine conscience;
 - interventions d'éducation psychologique.
- 3) À la lumière de l'ensemble de l'information répertoriée, compte tenu du peu de données disponibles et de leurs limites méthodologiques, et en l'absence d'une démonstration claire de l'efficacité clinique, l'INESSS est d'avis que davantage de recherche est nécessaire afin d'évaluer l'efficacité des interventions psychosociales suivantes pour réduire les symptômes et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH :
- interventions cognitives-comportementales;
 - interventions ciblant exclusivement l'entraînement aux habiletés sociales.
- 4) L'INESSS est d'avis que les données répertoriées ne permettent pas de recommander avec un niveau de confiance suffisamment élevé les interventions psychosociales suivantes pour réduire les symptômes et améliorer le fonctionnement des jeunes de moins de 18 ans qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH :
- interventions d'entraînement des fonctions cognitives;
 - interventions de neurofeedback.
- 5) À la lumière des données issues d'une revue exploratoire de la littérature scientifique et avec le consensus d'un groupe d'experts, les interventions cognitives-comportementales pourraient être envisagées afin de réduire les symptômes d'inattention et d'améliorer le fonctionnement collégial ou universitaire perçu des jeunes adultes de 18 à 25 ans qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH.

Enfin, l'ensemble de la littérature répertoriée, des parties prenantes et des comités consultés, en continuité avec les travaux de l'INESSS de 2018, ont souligné l'importance que les interventions recommandées soient offertes au moment opportun, en concertation avec le jeune et sa famille, et adaptées à leurs besoins.

CONCLUSION

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble fréquent qui peut toucher différentes sphères de la vie 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 leur famille. Les travaux réalisés dans le cadre du présent avis, en cohérence avec les travaux antérieurs de l'INESSS sur le TDAH, ont permis de formuler des recommandations appuyées sur les données scientifiques et sur les expériences de différentes parties prenantes, qui visent à éclairer les professionnels de la santé, cliniciens et intervenants des milieux scolaires et communautaires sur les meilleures pratiques à employer. Plus spécifiquement, les interventions psychosociales recommandées pour les jeunes qui présentent des symptômes ou ont reçu un diagnostic de TDAH incluent les interventions comportementales (pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents) et les interventions d'entraînement aux habiletés parentales (pour les parents d'enfants d'âge préscolaire et scolaire). Les présents travaux ont également permis de relever d'autres éléments fondamentaux dans la prise en charge des personnes qui ont un TDAH, notamment l'importance de recourir à une intervention psychosociale selon les besoins des jeunes ayant un TDAH et ceux de leur famille, et d'adopter une approche bienveillante.

Par ailleurs, le manque d'accessibilité des interventions psychosociales pour le TDAH au Québec est une préoccupation qui a été soulevée par plusieurs instances au cours des dernières années, dont la Commission de la santé et des services sociaux [2020]. Dans le cadre des présents travaux, l'accessibilité est également un enjeu qui a été nommé à de nombreuses reprises par les parties prenantes consultées. Il serait ainsi souhaitable d'optimiser l'accès aux interventions qui pourraient améliorer le bien-être des personnes qui en ont besoin, et ce, le plus tôt possible dans la trajectoire de soins et de services, afin de favoriser une meilleure évolution clinique et un développement optimal des jeunes. Plus largement, il serait important d'améliorer la connaissance et la compréhension du TDAH, tant au sein de la population en général que chez les professionnels de la santé et de l'éducation, pour éviter la stigmatisation et assurer une prise en charge optimale des jeunes.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections : Trousse d'outils de l'évaluation critique. . 2014.
- Aggensteiner PM, Brandeis D, Millenet S, Hohmann S, Ruckes C, Beuth S, et al. Slow cortical potentials neurofeedback in children with ADHD: comorbidity, self-regulation and clinical outcomes 6 months after treatment in a multicenter randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry* 2019;28(8):1087-95.
- Allen S, Bradley SK, Savage E. Experience and impact of the 1-2-3 magic parent programme for children with ADHD on the family unit from the mothers' perspectives: A narrative analysis. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community* 2023;27(1):5-17.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). 2022.
- American Psychological Association (APA). *APA Dictionary of Psychology: Neurofeedback*. Washington, DC, États-Unis : American Psychological Association; 2018a. Disponible à : <https://dictionary.apa.org/neurofeedback> (consulté le 18 juillet 2024).
- American Psychological Association (APA). *APA Dictionary of Psychology: Mindfulness*. Washington, DC, États-Unis : American Psychological Association; 2018b. Disponible à : <https://dictionary.apa.org/mindfulness> (consulté le 18 juillet 2024).
- Anastopoulos AD, Langberg JM, Eddy LD, Silvia PJ, Labban JD. A randomized controlled trial examining CBT for college students with ADHD. *Journal of consulting and clinical psychology* 2021;89(1):21-33.
- Andersen AC, Sund AM, Thomsen PH, Lydersen S, Young S, Novik TS. Cognitive behavioural group therapy for adolescents with ADHD: a study of satisfaction and feasibility. *Nordic journal of psychiatry* 2022;76(4):280-6.
- Australian ADHD Professionals Association. *Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Melbourne, Australia : AADPA; 2022:5.
- Australian Psychological Society (APS). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review*. Melbourne, Australie : 2018.
- Bachmann CJ, Wijlaars LP, Kalverdijk LJ, Burcu M, Glaeske G, Schuiling-Veninga CC, et al. Trends in ADHD medication use in children and adolescents in five western countries, 2005–2012. *European neuropsychopharmacology* 2017;27(5):484-93.

- 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.
- Bikic A, Leckman JF, Christensen TO, Bilenberg N, Dalsgaard S. Attention and executive functions computer training for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): results from a randomized, controlled trial. *European child & adolescent psychiatry* 2018;27(12):1563-74.
- Brault MC. Diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : pistes de réflexion au sujet des inégalités de prévalence entre établissements scolaires La nouvelle revue - Éducation et société inclusives 2018;(3-4 (n 83-84):99-111.
- Breaux RP, Langberg JM, Molitor SJ, Dvorsky MR, Bouchtein E, Smith ZR, Green CD. Predictors and trajectories of response to the Homework, Organization, and Planning Skills (HOPS) intervention for adolescents with ADHD. *Behavior therapy* 2019;50(1):140-54.
- 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.
- Bruce C, Unsworth C, Tay R. A systematic review of the effectiveness of behavioural interventions for improving driving outcomes in novice drivers with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *British journal of occupational therapy* 2014;77(7):348-57.
- Brunkhorst-Kanaan N, Libutzki B, Reif A, Larsson H, McNeill RV, Kittel-Schneider S. ADHD and accidents over the life span—A systematic review. *Neuroscience & biobehavioral reviews* 2021;125:582-91.
- Canadian ADHD Resources Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. Toronto (Ontario) : 2020:128.
- CASP. CASP qualitative checklist. Critical Appraisal Skills Programme 2018;
- Chacko A, Bedard ACV, Marks D, Gopalan G, Feirsen N, Uderman J, et al. Sequenced neurocognitive and behavioral parent training for the treatment of ADHD in school-age children. *Child neuropsychology : a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence* 2018;24(4):427-50.
- Chesterfield JA, Porzig-Drummond R, Stevenson RJ, Stevenson CS. Evaluating a brief behavioral parenting program for parents of school-aged children with ADHD. *Parenting: science and practice* 2021;21(3):216-40.

- Churchill SS, Leo MC, Brennan EM, Sellmaier C, Kendall J, Houck GM. Longitudinal impact of a randomized clinical trial to improve family function, reduce maternal stress and improve child outcomes in families of children with ADHD. *Maternal and child health journal* 2018;22(8):1172-82.
- Commission de la santé et des services sociaux. Mandat d'initiative sur l'augmentation préoccupante de la consommation de psychostimulants chez les enfants et les jeunes en lien avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Québec (Québec) : Assemblée nationale; 2020.
- Corkum P, Elik N, Blotnicky-Gallant PAC, McGonnell M, McGrath P. Web-based intervention for teachers of elementary students with ADHD: randomized controlled trial. *Journal of attention disorders* 2019;23(3):257-69.
- Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA, US : Sage Publications, Inc; 1998.
- Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents, 2016. *Journal of clinical child & adolescent psychology* 2018;47(2):199-212.
- 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.
- Dekkers TJ, Groenman AP, Wessels L, Kovshoff H, Hoekstra PJ, van den Hoofdakker BJ. Which factors determine clinicians' policy and attitudes towards medication and parent training for children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *European child & adolescent psychiatry* 2022;31(3):483-93.
- Dijk HH, Wessels LM, Constanti M, van den Hoofdakker BJ, Hoekstra PJ, Groenman AP. Cost-effectiveness and cost utility of treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Journal of child and adolescent psychopharmacology* 2021;31(9):578-96.
- DuPaul GJ, Evans SW, Owens JS, Cleminshaw CL, Kipperman K, Fu Q, Benson K. School-based intervention for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: effects on academic functioning. *Journal of school psychology* 2021;87:48-63.
- DuPaul GJ, Kern L, Belk G, Custer B, Daffner M, Hatfield A, Peek D. Face-to-face versus online behavioral parent training for young children at risk for ADHD: treatment engagement and outcomes. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53* 2018;47(sup1):S369-S83.
- DuPaul GJ, Weyandt LL, Janusis GM. ADHD in the classroom: effective intervention strategies. *Theory into practice* 2011;50(1):35-42.

- Eddy LD, Anastopoulos AD, Dvorsky MR, Silvia PJ, Labban JD, Langberg JM. An RCT of a CBT intervention for emerging adults with ADHD attending college: functional outcomes. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53* 2021;50(6):844-57.
- Erskine HE, Norman RE, Ferrari AJ, Chan GC, Copeland WE, Whiteford HA, Scott JG. Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry* 2016;55(10):841-50.
- Espinet 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.
- Estrada-Plana V, Esquerda M, Mangués R, March-Llanes J, Moya-Higueras J. A pilot study of the efficacy of a cognitive training based on board games in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *Games for health journal* 2019;8(4):265-74.
- Evans SW, Langberg JM, Egan T, Molitor SJ. Middle school-based and high school-based interventions for adolescents with ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2014;23(4):699-715.
- Fabiano GA, Schatz NK, Lupas K, Gordon C, Hayes T, Tower D, et al. A school-based parenting program for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impact on paternal caregivers. *Journal of school psychology* 2021;86:133-50.
- Feldman ME, Charach A, Belanger SA. ADHD in children and youth: Part 2-Treatment. *Paediatrics & Child Health* 2018;23(7):462-72.
- Ferrin M, Perez-Ayala V, El-Abd S, Lax-Pericall T, Jacobs B, Bilbow A, Taylor E. A randomized controlled trial evaluating the efficacy of a psychoeducation program for families of children and adolescents with ADHD in the United Kingdom: results after a 6-month follow-up. *Journal of attention disorders* 2020;24(5):768-79.
- Fleming AP, McMahon RJ, Moran LR, Peterson AP, Dreessen A. Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of attention disorders* 2015;19(3):260-71.
- Ford T. Transitional care for young adults with ADHD: Transforming potential upheaval into smooth progression. *Epidemiology and psychiatric sciences* 2020;29:e87.
- Franke N, Keown LJ, Sanders MR. An RCT of an online parenting program for parents of preschool-aged children with ADHD symptoms. *Journal of attention disorders* 2020;24(12):1716-26.
- Garner AA, O'Connor BC, Narad ME, Tamm L, Simon J, Epstein JN. The relationship between ADHD symptom dimensions, clinical correlates, and functional impairments. *Journal of developmental & behavioral pediatrics* 2013;34(7):469-77.

- Gu Y, Xu G, Zhu Y. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for college students with ADHD. *Journal of attention disorders* 2018;22(4):388-99.
- Haack LM, Araujo EA, Meza J, Friedman LM, Spiess M, Alcaraz Beltran DK, et al. Can school mental health providers deliver psychosocial treatment improving youth attention and behavior in Mexico? A pilot randomized controlled trial of CLS-FUERTE. *Journal of attention disorders* 2021;25(14):2083-97.
- 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.
- Hasslinger J, Bolte S, Jonsson U. Slow cortical potential versus live Z-score neurofeedback in children and adolescents with ADHD: a multi-arm pragmatic randomized controlled trial with active and passive comparators. *Research on child and adolescent psychopathology* 2022;50(4):447-62.
- Haugan ALJ, Sund AM, Young S, Thomsen PH, Lydersen S, Novik TS. Cognitive behavioural group therapy as addition to psychoeducation and pharmacological treatment for adolescents with ADHD symptoms and related impairments: a randomised controlled trial. *BMC psychiatry* 2022;22(1):375.
- Hong QN, Gonzalez - Reyes A, Pluye P. Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). *Journal of evaluation in clinical practice* 2018;24(3):459-67.
- Hornstra R, van der Oord S, Staff AI, Hoekstra PJ, Oosterlaan J, van der Veen-Mulders L, et al. Which techniques work in behavioral parent training for children with ADHD? A randomized controlled microtrial. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53* 2021;50(6):888-903.
- 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). Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées. Québec, QC : INESSS; 2018a:118 p.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées. Québec, QC 2018 :b:87p.

- 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; 2017a:21p.
- 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; 2017b:80 p.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait des services psychosociaux utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins. Québec, QC : INESSS; 2017c:94p.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Système d'appréciation de la preuve et de la force des recommandations. Québec, QC : INESSS; 2017d.
- 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; 2024.
- 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. Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants et jeunes adultes au Québec : usage des médicaments. Québec, QC : INSPQ; Surveillance des maladies chroniques, No 42 2022.
- Institut national de santé publique du Québec. Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec. Québec, QC : INSPQ; 2019.
- Institute of Medicine (IOM). Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards. Washington, DC : National Academies Press; 2015.
- Jang S, Kim JJ, Kim SJ, Hong J, Kim S, Kim E. Mobile app-based chatbot to deliver cognitive behavioral therapy and psychoeducation for adults with attention deficit: A development and feasibility/usability study. *International journal of medical informatics* 2021;150:104440.
- Jones MR, Katz B, Buschkuehl M, Jaeggi SM, Shah P. Exploring N-Back cognitive training for children with ADHD. *Journal of attention disorders* 2020;24(5):704-19.

- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: science and practice* 2003;10(2):144-56.
- 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.
- LaCount PA, Hartung CM, Shelton CR, Stevens AE. Efficacy of an organizational skills intervention for college students with ADHD symptomatology and academic difficulties. *Journal of attention disorders* 2018;22(4):356-67.
- Langberg JM, Dvorsky MR, Molitor SJ, Bouchtein E, Eddy LD, Smith ZR, et al. Overcoming the research-to-practice gap: a randomized trial with two brief homework and organization interventions for students with ADHD as implemented by school mental health providers. *Journal of consulting and clinical psychology* 2018;86(1):39-55.
- Lange AM, Daley D, Frydenberg M, Houmann T, Kristensen LJ, Rask C, et al. Parent training for preschool ADHD in routine, specialist care: a randomized controlled trial. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* 2018;57(8):593-602.
- Lantz S, Fornwall C, Lööf M, Isaksson J. SKILLS - A psychoeducational group programme for children with ADHD. *Scandinavian journal of psychology* 2021;62(4):460–7.
- Larsen LB, Daley D, Lange AM, Sonuga-Barke E, Thomsen PH, Rask CU. Effect of parent training on health-related quality of life in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a secondary analysis of data from a randomized controlled trial. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* 2021;60(6):734-44.e3.
- Leckey Y, McGilloway S, Hickey G, Bracken-Scally M, Kelly P, Furlong M. A randomised control trial of parent and child training programmes (versus wait list control) for children with ADHD-type behaviours: a pilot study. *Child care in practice* 2019;25(4):419-38.
- Letarte M-J, Normandeau S, Allard J. Le programme d'entraînement aux habiletés parentales Ces années incroyables: Expériences dans deux contextes. M Déry, AS Denault, & JP Lemelin (Éds), Aide aux jeunes en difficulté de comportement: regard sur nos pratiques 2010:27-48.
- London AS et Landes SD. Cohort change in the prevalence of ADHD among US adults: evidence of a gender-specific historical period effect. *Journal of attention disorders* 2021;25(6):771-82.
- Maniadaki K et Kakouros E. The complete guide to ADHD. Nature, diagnosis, and treatment. New-York, États-Unis : Routledge; 2018.

- Mawjee K, Woltering S, Tannock R. Working memory training in post-secondary students with ADHD: A randomized controlled study. *PloS one* 2015;10(9):e0137173.
- Meinzer MC, Oddo LE, Vasko JM, Murphy JG, Iwamoto D, Lejuez CW, Chronis-Tuscano A. Motivational interviewing plus behavioral activation for alcohol misuse in college students with ADHD. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of psychologists in addictive behaviors* 2021;35(7):803-16.
- Meyer J, Oster C, Ramklint M, Isaksson J. You are not alone - adolescents' experiences of participation in a structured skills training group for ADHD. *Scandinavian journal of psychology* 2020;61(5):671-8.
- Mikami AY, Jia M, Na JJ. Social skills training. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 2014;23(4):775-88.
- Mikami AY, Owens JS, Evans SW, Hudec KL, Kassab H, Smit S, et al. Promoting classroom social and academic functioning among children at risk for ADHD: the MOSAIC program. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of clinical child and adolescent psychology, American Psychological Association, Division 53* 2022;51(6):1039-52.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations et organisation du réseau. 2022. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-orientations-et-organisation-du-reseau/organismes-du-reseau/> (consulté le 31 juillet 2024).
- 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.
- Muratori P, Conversano C, Levantini V, Masi G, Milone A, Villani S, et al. Exploring the efficacy of a mindfulness program for boys with attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *Journal of attention disorders* 2021;25(11):1544-53.
- National Institute for Health Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder (update) Appendix 2: Cost-effectiveness analysis: Combination treatment in children and adolescents. Royaume-Uni : NICE; 2018a.
- National Institute for Health Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. Royaume-Uni : NICE; 2018b.
- Ngô T-L. Présentation : pleine conscience et psychiatrie. *Santé mentale au Québec* 2013;38(2):9-17.
- Nobel E, Hoekstra PJ, Agnes Brunnekreef J, Messink-de Vries DEH, Fischer B, Emmelkamp PMG, van den Hoofdakker BJ. Home-based parent training for school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder and behavior problems with remaining impairing disruptive behaviors after routine treatment: a randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry* 2020;29(3):395-408.

- Nuno VL, Wertheim BC, Murphy BS, Glasser H, Wahl RA, Roe DJ. The online nurtured heart approach to parenting: a randomized study to improve ADHD behaviors in children ages 6-8. *Ethical human psychology and psychiatry* 2020;22(1):31-48.
- Office des professions du Québec. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines – Guide explicatif. Québec : Gouvernement du Québec; 2021:3.
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Avis de l'ordre des psychologues du Québec sur le biofeedback et le neurofeedback à l'attention de l'office des professions du Québec Mont-Royal, Qc : Ordre des psychologues du Québec; 2016.
- 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.
- Pfiffner LJ et Haack LM. Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child and adolescent psychiatric clinics* 2014;23(4):731-46.
- Pfiffner LJ, Rooney ME, Jiang Y, Haack LM, Beaulieu A, McBurnett K. Sustained effects of collaborative school-home intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2018;57(4):245-51.
- Rahali M, Fongaro E, Franc N, Nesensohn J, Purper-Ouakil D, Kerbage H. Expected changes in parenting after an online parent training for ADHD. *L'Encephale* 2023;50(1):59-67.
- Raman SR, Man KK, Bahmanyar S, Berard A, Bilder S, Boukhris T, et al. Trends in attention-deficit hyperactivity disorder medication use: a retrospective observational study using population-based databases. *The Lancet psychiatry* 2018;5(10):824-35.
- Rivard C, Dentz A, Romo L, Parent V, Guay M, Gauthier B. Suivi à long terme des effets d'un entraînement de la mémoire de travail (Cogmed) auprès d'enfants présentant un TDA/H. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2020;68(1):29-38.
- Rutledge KJ, van den Bos W, McClure SM, Schweitzer JB. Training Cognition in ADHD: Current Findings, Borrowed Concepts, and Future Directions. *Neurotherapeutics* 2012;9(3):542-58.
- Ruuskanen E, Leitch S, Sciberras E, Evans S. "Eat, pray, love. Ritalin": a qualitative investigation into the perceived barriers and enablers to parents of children with ADHD undertaking a mindful parenting intervention. *Complementary therapies in clinical practice* 2019;37:39-46.
- 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.

- Schöpfel J. Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahiers de la documentation* 2012;66(3):14-24.
- Schorr-Sapir I, Gershy N, Apter A, Omer H. Parent training in non-violent resistance for children with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled outcome study. *European child & adolescent psychiatry* 2022;31(6):929-38.
- Sedgwick J. University students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a literature review. *Irish journal of psychological medicine* 2018;35(3):221-35.
- Sibley MH, Graziano PA, Coxe S, Bickman L, Martin P. Effectiveness of motivational interviewing-enhanced behavior therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized community-based trial. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* 2021;60(6):745-56.
- Sibley MH, Graziano PA, Coxe SJ, Bickman L, Martin P, Flores S. A randomized community-based trial of behavior therapy vs. usual care for adolescent ADHD: secondary outcomes and effects on comorbidity. *Behavior therapy* 2023;
- Siebelink NM, Bogels SM, Speckens AEM, Dammers JT, Wolfers T, Buitelaar JK, Greven CU. A randomised controlled trial (MindChamp) of a mindfulness-based intervention for children with ADHD and their parents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2022;63(2):165-77.
- Song P, Zha M, Yang Q, Zhang Y, Li X, Rudan I. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: a global systematic review and meta-analysis. *Journal of global health* 2021;11
- Sonuga-Barke E, Brandeis D, Holtmann M, Cortese S. Computer-based cognitive training for ADHD: a review of current evidence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2014;23(4):807-24.
- Sonuga-Barke EJS, Barton J, Daley D, Hutchings J, Maishman T, Raftery J, et al. A comparison of the clinical effectiveness and cost of specialised individually delivered parent training for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder and a generic, group-based programme: a multi-centre, randomised controlled trial of the New Forest Parenting Programme versus Incredible Years. *European child & adolescent psychiatry* 2018;27(6):797-809.
- Staff AL, van den Hoofdakker BJ, van der Oord S, Hornstra R, Hoekstra PJ, Twisk JWR, et al. Effectiveness of specific techniques in behavioral teacher training for childhood ADHD: a randomized controlled microtrial. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of clinical child and adolescent psychology, American Psychological Association, Division 53* 2021;50(6):763-79.
- Staff AL, van der Oord S, Oosterlaan J, Hornstra R, Hoekstra PJ, van den Hoofdakker BJ, Luman M. Effectiveness of specific techniques in behavioral teacher training for childhood ADHD behaviors: secondary analyses of a randomized controlled microtrial. *Research on child and adolescent psychopathology* 2022;50(7):867-80.

- Tarver J, Daley D, Sayal K. A self-help version of the New Forest Parenting Programme for parents of children with attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative study of parent views and acceptability. *Child and adolescent mental health* 2022;27(3):215-22.
- The Neurofeedback Collaborative Group. Neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder: 25-month follow-up of double-blind randomized controlled trial. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* 2023;62(4):435-46.
- The Neurofeedback collaborative Group. Double-blind placebo-controlled randomized clinical trial of neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder with 13-month follow-up. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* 2021;60(7):841-55.
- 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.
- Valero M, Cebolla A, Colomer C. Mindfulness training for children with ADHD and their parents: a randomized control trial. *Journal of attention disorders* 2022;26(5):755-66.
- Van der Oord S, Boyer BE, Van Dyck L, Mackay KJ, De Meyer H, Baeyens D. A randomized controlled study of a cognitive behavioral planning intervention for college students with ADHD: an effectiveness study in student counseling services in Flanders. *Journal of attention disorders* 2020;24(6):849-62.
- 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.
- Veenman B, Luman M, Hoeksma J, Pieterse K, Oosterlaan J. A randomized effectiveness trial of a behavioral teacher program targeting ADHD symptoms. *Journal of attention disorders* 2019;23(3):293-304.
- Verret C, Masse L, Lagace-Leblanc J. Implantation and evaluation of a social skills training program for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of behavioral and cognitive therapy* 2018;28(3):103-13.
- Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual review of medicine* 2002;53(1):113-31.
- Willis D, Sicheloff ER, Morse M, Neger E, Flory K. Stand-Alone Social Skills Training for Youth with ADHD: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2019;22(3):348-66.

- 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)
- Yao A, Shimada K, Kasaba R, Tomoda A. Beneficial effects of behavioral parent training on inhibitory control in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a small-scale randomized controlled trial. *Frontiers in psychiatry* 2022;13:859249.
- Young S, Adamou M, Asherson P, Coghill D, Colley B, Gudjonsson G, et al. Recommendations for the transition of patients with ADHD from child to adult healthcare services: a consensus statement from the UK adult ADHD network. *BMC psychiatry* 2016;16:1-10.
- Young S, Murphy CM, Coghill D. Avoiding the 'twilight zone': recommendations for the transition of services from adolescence to adulthood for young people with ADHD. *BMC Psychiatry* 2011;11(1):174.

**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

