

GUIDES ET NORMES

Prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Rapport en soutien à l'outil d'aide à la prise en
charge

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

et

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Rapport en soutien à l'outil d'aide à la prise en charge

Rédaction

Stéphanie Roberge
Anne-Josée Guimond
Ginette D'Auray

Collaboration

Priscilla Lam Wai Shun

Coordination scientifique

Stéphane Gilbert
Marilyn Fortin

Direction

Marie-Claude Sirois
Catherine Truchon
Ann Lévesque



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

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Stéphanie Roberge, Ph. D.
Anne-Josée Guimond, Ph. D.
Ginette D'Auray, M. Sc.

Collaboratrice interne

Priscilla Lam Wai Shun, erg., Ph. D.

Coordonnatrice et coordonnateur scientifiques

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

Directrice adjointe, volets scientifique et transversal

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrices

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps. Éd. M. Sc. adm.
Catherine Truchon, Ph. D., 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

Esther McSween-Cadieux, 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
Traductions Alain Gélinas inc., traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
ISBN 978-2-550-99126-7 (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). Prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Rapport en soutien à l'outil d'aide à la prise en charge rédigé par Stéphanie Roberge, Anne-Josée Guimond et Ginette D'Auray. Québec, Qc : INESSS; 2024. 63 p.

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

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

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

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

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

M^{me} 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, directrice médicale du groupe de médecine familiale – universitaire de Gatineau (jusqu'au 13 mai 2024)

M^{me} 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 et 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

M. 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^{re} 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

Lectrice et lecteur externes

Pour ce rapport les lecteurs externes sont :

M^{me} Karine Desharnais, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale, professeure de clinique, Université Laval
D^r Francis Livernoche, pédiatre général, professeur adjoint en pédiatrie, CIUSSS de l'Estrie—CHUS, Université de Sherbrooke

Futur(e)s utilisatrices et utilisateurs des outils cliniques

Les futurs utilisateurs qui ont accepté d'être cités sont :

M^{me} Cindy Beausoleil, technicienne en éducation spécialisée, gestionnaire en pédopsychiatrie, CISSS de Lanaudière
M^{me} Caroline Beaulieu, IPSSM, CISSS de Chaudière-Appalaches, Centre ambulatoire pédiatrique de Saint-Georges
D^{re} Jeanne Bonnaud, médecin de famille, clinique TDAH Laval Laurentides, Saint-Eustache
M^{me} Laurie Boudreault, infirmière clinicienne, Centre mère-enfant, Hôpital de Sept-Îles
D^{re} Marie-Ève Boulais, médecin de famille, Groupe de médecins de famille universitaire (GMF-U) Charles-Le Moyne, Saint-Lambert
M^{me} Annie Demers, médecin de famille, Clinique médicale privée Admedica, Saint-Romuald

M^{me} Ines Gargasson, neuropsychologue, Centre de réadaptation Marie Enfant, CHU Sainte-Justine

M^{me} Émilie Gendron, infirmière praticienne spécialisée, groupe de médecins de famille universitaire (GMF-U), GMF-U4B, Québec

D^{re} Martine Gobeil, médecin de famille, Clinique de santé familiale Praxis, La Prairie

M^{me} France Laliberté, neuropsychologue, clinique ambulatoire CASEN, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ), Université Laval, Québec

M^{me} Catherine Pothier, neuropsychologue, Clinique médicale Pierre-Bertrand, Centre de services scolaire de la Capitale, Québec

D^r Michel Sirois, médecin de famille à la retraite depuis 2022

M^{me} Mélina Tessier, neuropsychologue, clinique Aventurine, Québec

M. Emmanuel Tremblay, clinique Équipe psychologique, Montréal

M^{me} Nadya Turmel, infirmière clinicienne, CISSS de Chaudière-Appalaches, Direction des services professionnels, Hôpital de Saint-Georges

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.

M^{me} Karine Desharnais a reçu des honoraires pour un module sur le traitement du TDAH dans le nanoprogramme de l'Université Laval Les soins pharmaceutiques axés sur le rétablissement en santé mentale. Elle a également donné des conférences sur les traitements du 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 par les 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.

La **D^{re} Ridha Joober** a déclaré avoir obtenu des subventions fédérales pour des projets de recherche sur le TDAH.

Le **D^r Francis Livernoche** a déclaré être signataire avec d'autres pédiatres d'une lettre d'opinion 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 a aussi été consultante pour la mise sur pied d'une trajectoire de prise en charge du TDAH au CISSS des Laurentides.

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 ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

L'usage du masculin dans ce document a pour unique but d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES	VII
GLOSSAIRE	IX
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS	4
1.1 Méthodologie.....	4
1.2 Description des documents retenus	4
1.2.1 Documents scientifiques sélectionnés	4
1.3 Information issue des données expérientielles et contextuelles	6
2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	7
2.1 Information générale et présentation clinique	7
2.2 Démarche évaluative	8
2.3 Diagnostic du TDAH	10
2.3.1 Diagnostic différentiel et comorbidités	11
2.4 Principes de traitement	12
2.4.1 Enfants de moins de 6 ans	12
2.4.2 Interventions psychosociales chez les enfants de moins de 6 ans	13
2.4.3 Jeunes de 6 ans et plus	13
2.4.4 Interventions psychosociales chez les jeunes de 6 ans et plus	15
2.4.5 Autres pratiques non pharmacologiques.....	16
2.4.6 Traitements pharmacologiques	16
2.4.7 Contre-indications, précautions et interactions pharmacologiques	22
2.4.8 Amorce du traitement pharmacologique	24
2.4.9 Considérations lors de l'amorce d'un traitement pharmacologique	26
2.4.10 Traitements pharmacologiques du TDAH et des troubles comorbides.....	28
2.5 Suivi du TDAH.....	29
2.5.1 Principes du suivi	29
2.5.2 Révision de la médication.....	32
2.5.3 Congé thérapeutique des psychostimulants.....	33
2.5.4 Déprescription.....	34
2.5.5 Transition des soins	35
2.5.6 Consultation en médecine spécialisée	38
DISCUSSION.....	39
CONCLUSION	41
RÉFÉRENCES.....	42

ANNEXE I	46
Méthodes de synthèse des données de la littérature, de l'information contextuelle, des savoirs expérientiels et de la perspective des parties prenantes	46
ANNEXE II	57
Symptômes du TDAH.....	57
ANNEXE III	58
Démarche évaluative	58
ANNEXE IV.....	59
Critères diagnostiques du TDAH.....	59
ANNEXE V.....	60
Définition des interventions psychosociales	60
ANNEXE VI.....	61
Tableaux des coûts liés aux traitements pharmacologiques des jeunes diagnostiqués avec un TDAH.....	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Consultation des parties prenantes et profil des répondants	6
Tableau 2	Choix des traitements pharmacologiques de première intention.....	18
Tableau 3	Choix des traitements pharmacologiques de deuxième intention	20
Tableau 4	Principales contre-indications et précautions associées au traitement pharmacologique du TDAH	23
Tableau 5	Principales interactions des traitements pharmacologiques du TDAH	24
Tableau 6	Liste d'aspects à considérer lors du suivi des jeunes qui présentent un TDAH.....	31
Tableau I-1	Critères d'inclusion et d'exclusion de la littérature pour les questions d'évaluation principales (PIPOH).....	47
Tableau I-2	Critères d'inclusion et d'exclusion de la littérature pour les questions d'évaluation secondaires (PIPOH).....	49
Tableau I-3	Composition du comité consultatif	54
Tableau VI-1	Coûts des psychostimulants à longue action pour le traitement des jeunes de moins de 18 ans diagnostiqués avec un TDAH	61
Tableau VI-2	Coûts des psychostimulants à courte action pour le traitement des jeunes de moins de 18 ans diagnostiqués avec un TDAH	62
Tableau VI-3	Coûts des non-stimulants pour le traitement des jeunes de moins de 18 ans diagnostiqués avec un TDAH	63

LISTE DES FIGURES

Figure III-1	Aspects à couvrir lors de la démarche évaluative.....	58
--------------	---	----

RÉSUMÉ

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental présentant un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement de la personne. Une croissance préoccupante du nombre de diagnostics de TDAH et d'ordonnances de médicaments associés est observée depuis les 20 dernières années concernant les jeunes de moins de 18 ans. Dans le but de soutenir les professionnels de première ligne et d'encadrer la pratique, l'INESSS a réalisé un outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH. Cet outil intègre, entre autres, de l'information sur les démarches évaluative et diagnostique, les approches thérapeutiques non pharmacologiques et pharmacologiques ainsi que sur le suivi des jeunes et la déprescription.

Méthodologie

Une revue rapide de la littérature présentant de l'information et des recommandations cliniques concernant le diagnostic, le traitement et le suivi des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH a été effectuée pour la période couvrant 2018 à 2023, en respectant les lignes directrices des revues rapides de l'INESSS. Un comité consultatif a été formé, et différentes parties prenantes ont été consultées afin de recueillir de l'information contextuelle, des savoirs expérientiels et des perspectives complémentaires essentiels à la compréhension de la problématique dans son ensemble. En ce qui concerne les interventions psychosociales, les recommandations se sont appuyées sur des travaux de l'INESSS menés en parallèle et portant, notamment, sur l'efficacité de ces interventions sur les symptômes du TDAH [INESSS, 2024].

Prise en charge multidisciplinaire centrée sur les besoins du jeune

Le jeune qui présente un TDAH doit être au centre des décisions prises dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, et recevoir des soins personnalisés et adaptés à ses besoins.

Démarche évaluative

La démarche évaluative permet une analyse globale du jeune, et elle doit impliquer la participation des différents milieux et intervenants qui entourent le jeune. C'est à cette étape que l'information pertinente est recueillie, y compris celle sur les interventions déjà en place. Les éléments de la démarche évaluative incluent l'appréciation de la condition de santé, l'évaluation de l'environnement ainsi que celle du fonctionnement et des symptômes du jeune à l'aide de questionnaires, et de l'entrevue spécifique.

Démarche diagnostique

La démarche diagnostique du TDAH proposée repose, en grande partie, sur le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5). La présence de troubles mentaux, de problèmes de santé physique ou de situations psychosociales difficiles pouvant expliquer les symptômes devrait être évaluée durant la démarche diagnostique. De plus, les symptômes du TDAH peuvent chevaucher ceux d'autres troubles mentaux, et les comorbidités devraient être considérées lors de la démarche diagnostique.

Principes de traitement

Dans un contexte de décision partagée avec la famille ou le jeune lui-même, l'approche thérapeutique recommandée est la suivante :

- Chez les enfants de moins de six ans, une approche basée **uniquement** sur des interventions psychosociales offerte en première intention pour réduire les symptômes du TDAH, soit, pour les parents, les interventions d'entraînement aux habiletés parentales.
- Chez les jeunes de 6 à 17 ans, une approche **multimodale** impliquant des interventions psychosociales, non pharmacologiques et pharmacologiques offertes pour réduire les symptômes du TDAH.
 - Les interventions psychosociales qui ont montré une efficacité pour améliorer les symptômes du TDAH incluent les interventions comportementales et l'entraînement aux habiletés parentales.
 - L'activité physique pratiquée de manière régulière est une approche non pharmacologique également recommandée.
 - L'administration d'une dose minimale efficace et tolérable d'un psychostimulant à longue durée d'action est recommandée en première intention.

Suivi

- Lors du suivi régulier — idéalement aux 6 à 12 mois — le jeune, sa famille et tout autre intervenant (selon les besoins) devraient être impliqués.
- Plusieurs éléments sont à considérer au cours du suivi, dont, notamment, l'évolution des atteintes fonctionnelles, l'efficacité des interventions en place, le besoin de révision de la médication et la croissance de l'enfant concerné.
- Le besoin de prévoir un congé thérapeutique en raison de problèmes de croissance ou la possibilité d'amorcer la déprescription en fonction de certains moments charnières du développement devraient également être envisagés lors du suivi.
- Plusieurs périodes de transition peuvent survenir au cours de la vie d'un jeune qui présente un TDAH. Pour que ces transitions se déroulent bien, elles devraient

être basées sur les besoins du jeune, ses forces et les étapes de son développement.

- À noter que la transition vers l'âge adulte devrait être préparée de 12 à 24 mois à l'avance, et faire participer le jeune de manière active aux décisions afin de favoriser son indépendance et son autonomie relativement à ses soins.

Conclusion

Le TDAH est une condition complexe qui peut toucher un jeune dans plusieurs sphères de son fonctionnement. Les besoins de ce jeune doivent être considérés, et ce dernier devrait être au centre des décisions concernant ses traitements et le suivi de sa condition. Sans se substituer au jugement clinique, l'application et l'implantation des recommandations proposées dans cet outil d'aide à la prise en charge visent à soutenir les professionnels de première ligne dans l'évaluation, le diagnostic, le traitement et le suivi des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH. Les retombées de cet outil dépendront cependant de la diffusion de l'outil, de l'adhésion aux recommandations de même que de l'appropriation et de l'engagement des professionnels de première ligne quant à son utilisation.

SUMMARY

Care Management for Youth under 18 with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) - Report in Support of the Care Management Tool

Attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD) is a neurodevelopmental disorder with a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with a person's functioning or development. A worrying increase in the number of ADHD diagnoses and associated medication prescriptions has been observed over the past 20 years for youth under the age of 18. To support front-line health professionals and provide a framework for practice, the INESSS has produced a care management tool to help care for youth under 18 with ADHD. This tool includes information on assessment and diagnosis, non-pharmacological and pharmacological therapeutic approaches, follow-up and deprescription.

Methodology

A rapid review of the literature presenting information and clinical recommendations regarding the diagnosis, treatment and follow-up of youth under 18 with ADHD was conducted for the period covering 2018 to 2023, following the INESSS rapid review guidelines. An advisory committee was formed, and various stakeholders were consulted to gather background information, experiential knowledge and complementary perspectives essential to understanding the problem as a whole. Regarding psychosocial interventions, the recommendations were based on parallel INESSS work on the effectiveness of these interventions on ADHD symptoms [INESSS, 2024].

Multidisciplinary care management focused on the needs of youths

Youths with ADHD must be at the center of multidisciplinary care management decisions, and receive personalized care tailored to their needs.

Assessment process

The assessment process provides an overall analysis of the youth's situation and must involve the participation of the various stakeholders in his or her life. It is at this stage that all relevant information is gathered, including information on interventions already in place. Assessment includes an evaluation of the youth's health, environment, functioning and symptoms, using questionnaires and specific interviews.

Diagnostic process

The recommended diagnostic process for ADHD is largely based on the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). The presence of mental disorders, physical health problems or difficult psychosocial situations that may explain the symptoms, should be assessed during the diagnostic process. In addition, ADHD

symptoms may overlap with those of other mental disorders, and comorbidities should be considered during the diagnostic process.

Treatment process

Based on a shared decision with the family or the youth him/herself, the recommended therapeutic process is as follows:

- For children under the age of six, an approach based **solely** on psychosocial interventions provided as first-line treatment to reduce ADHD symptoms, i.e., parent training interventions.
- For children aged 6 to 17, a **multimodal** approach involving psychosocial, non-pharmacological and pharmacological interventions provided to reduce ADHD symptoms.
 - Psychosocial interventions shown to be effective in improving ADHD symptoms include behavioural interventions and parent training interventions.
 - Regular physical activity is also recommended as a non-pharmacological approach.
 - Administration of a minimum effective and tolerable dose of a long-acting psychostimulant is recommended as a first-line treatment.

Follow-up

- During regular follow-up - ideally every 6 to 12 months - the youth, his or her family and any other caregivers (as required) should be involved.
- A number of factors need to be considered during follow-up, including the evolution of functional impairment, the effectiveness of existing interventions, the need to review medication and the youth's physical growth.
- The need for a drug holiday due to growth delays, or the possibility of initiating deprescribing based on certain developmental milestones, should also be considered during follow-up.
- Many transitions may occur in a youth's life with ADHD. For these transitions to go smoothly, they should be based on his or her needs, strengths and developmental milestones.
 - It should be noted that the transition to adulthood should be prepared 12 to 24 months in advance and should actively involve the youth in decision-making to foster independence and autonomy in his or her care.

Conclusion

ADHD is a complex condition that can affect youth in many areas of their functioning. Their needs must be considered, and they should be at the center of decisions concerning treatment and follow-up. Without replacing clinical judgment, the application and implementation of the recommendations outlined in this care management tool are intended to support front-line health professionals in the assessment, diagnosis, treatment and follow-up of youth under 18 with ADHD. However, the impact of this tool will depend on its dissemination, adherence to the recommendations, and the adoption and commitment of front-line health professionals to its use.

SIGLES ET ACRONYMES

AADPA	Australian ADHD Professionals Association
AAFP	American Academy of Family Physicians
AAP	American Academy of Pediatrics
ADOQ	Association des orthopédistes du Québec
AEESQ	Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
AMSTAR	<i>Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews</i>
APA	American Psychiatric Association
APQ	Association des pédiatres du Québec
AQNP	Association québécoise des neuropsychologues
AQPS	Association québécoise des psychologues scolaires
BC	British Columbia
CADDRA	Canadian ADHD Resource Alliance
CIM	Classification internationale des maladies
CLSC	Centre local de services communautaires
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECG	Électrocardiogramme
ECR	Essai clinique <i>randomisé</i>
EEG	Électroencéphalogramme
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
ICASA	International Collaboration on ADHD and Substance Abuse
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
OPPQ	Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
PICO	Population, interventions d'intérêt, comparateur, objectif escompté par les interventions ciblées (<i>outcome</i>)
PIPOH	Population, interventions d'intérêt, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt (<i>outcomes</i>) et le milieu et contexte clinique où s'appliquent les interventions (<i>health care setting</i>)
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SDBP	Society for Developmental and Behavioral Pediatrics
TCC	Traumatisme craniocérébral
TDAH	Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

GLOSSAIRE

Déprescription

La déprescription est une approche visant à réduire la dose ou cesser la prise d'un médicament qui n'a plus d'effet bénéfique ou qui risque de nuire au patient. Le processus de déprescription est planifié et supervisé dans le but de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie.¹

Interventions psychosociales

Les interventions psychosociales sont des activités, techniques ou 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 présents 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, son fonctionnement et son bien-être [Office des professions du Québec, 2021, section 5, p. 3].

Pharmacogénomique

Science qui a pour objet d'étudier les facteurs génétiques qui participent à la réponse aux médicaments afin de pouvoir offrir aux malades ceux qui leur conviennent le mieux tout en présentant le minimum d'effets secondaires.²

Soins virtuels

Toute interaction entre patients, entre personnes qui participent à leurs soins ou entre membres de ces deux groupes, qui se produit à distance, emploie une forme de technologie de l'information ou des communications et vise à améliorer ou à optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients [Shaw *et al.*, 2018].

TDAH

Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité. Mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité; trouble neurodéveloppemental fréquent qui interfère avec le fonctionnement ou le développement de la personne [APA, 2022; CADDRA, 2020].

¹ Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription. Qu'est-ce que la déprescription? [site Web]. Disponible à : <https://www.reseaudeprescription.ca/deprescription> (Consulté le 23 mai 2024).

² Office québécois de la langue française (OQLF). Pharmacogénomique [site Web]. Disponible à : <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8385009/pharmacogenomique> (Consulté le 12 février 2024).

INTRODUCTION

Problématique

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement de la personne [APA, 2022; CADDRA, 2020]. La diversité des symptômes et des comorbidités qui lui sont associés rend complexes le diagnostic et la prise en charge de cette condition. Sans un traitement curatif, les lignes directrices recommandent une approche multimodale, soit la combinaison d'interventions psychosociales et d'un traitement pharmacologique afin de réduire les symptômes d'inattention, d'impulsivité ou d'hyperactivité [CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; NICE, 2018]. Les symptômes du TDAH évoluent tout au long de la vie et, pour certaines personnes, ils peuvent persister de manière significative alors que pour d'autres ils peuvent s'estomper durant la progression vers l'âge adulte [CADDRA, 2020; De Crescenzo *et al.*, 2017; Faraone *et al.*, 2015].

Depuis le début des années 2000, la prévalence du diagnostic et de la prescription de médicaments spécifiques au TDAH est en constante augmentation au Québec [INSPQ, 2019; INESSS, 2017c; 2017b; 2017a]. La prévalence annuelle du diagnostic de TDAH chez les 1 à 24 ans est passée de 0,9 % en 2000-2001 à 4,1 % en 2015-2016, avec une prévalence à vie établie à 11,3 % [INSPQ, 2019]. Conséquemment, la prescription des médicaments spécifiques au TDAH est passée de 1,9 % en 2000 à 7,7 % en 2020 pour les 24 ans et moins³, et elle varie selon le sexe, le milieu socioéconomique et le milieu scolaire, la région administrative et l'approche diagnostique [INSPQ, 2022; Brault, 2018]. Comparativement aux autres provinces canadiennes, le Québec est la province où la prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH est la plus élevée : 6,4 %, versus 2,4 % dans le reste du Canada en 2014-2015. Au cours des dernières années, des préoccupations ont donc été soulevées par les médecins, les chercheurs et la santé publique québécoise et internationale quant à l'existence possible de surdiagnostic et de surprescription [Haeck *et al.*, 2023; Kazda *et al.*, 2021; Commission de la santé et des services sociaux, 2020; Merten *et al.*, 2017].

Plusieurs facteurs pourraient être responsables de la présence d'un surdiagnostic au Québec, soit :

- le temps disponible et les ressources consacrés à l'évaluation et à la prise en considération d'un diagnostic différentiel [Haeck *et al.*, 2023; Commission de la santé et des services sociaux, 2020];
- la pression des parents ou du milieu scolaire fréquenté [Haeck *et al.*, 2023; Commission de la santé et des services sociaux, 2020];

³ En 2019-2020, le taux de prescription était de 0,5 %; 11,3 %; 13,4 % et 6,3 % chez les moins de 5 ans, 6-11 ans, 12-17 ans et 18-24 ans, respectivement [INSPQ, 2022].

- le mois de naissance de l'enfant [Haeck *et al.*, 2023; Elder, 2010; Evans *et al.*, 2010]⁴.

Plusieurs facteurs pourraient être responsables de la présence d'une prévalence élevée de l'usage de médicaments spécifiques au TDAH au Québec [Commission de la santé et des services sociaux, 2020; INESSS, 2017a], soit :

- un diagnostic posé trop rapidement;
- un suivi médical insuffisant;
- une offre limitée de services psychosociaux dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que dans le réseau de l'éducation.

Contexte de l'amorce des travaux

En 2019, un regroupement de pédiatres québécois a lancé une mise en garde contre la croissance élevée des diagnostics de TDAH et la consommation de médicaments par les enfants québécois pour traiter cette condition^{5,6}. En 2020, face aux 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. La Commission a recommandé, entre autres, la rédaction d'un guide des meilleures pratiques à l'intention des médecins et des autres professionnels de la santé pour les soutenir, encadrer leur pratique et optimiser le recours aux interventions psychosociales et à l'approche multimodale.

L'INESSS a donc entrepris la réalisation d'un outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH, destiné aux professionnels de première ligne. Cet outil intègre, entre autres, de l'information sur les démarches évaluative et diagnostique, les approches thérapeutiques psychosociales, non pharmacologiques et pharmacologiques ainsi que sur le suivi des jeunes qui présentent un TDAH.

⁴ Dans une étude portant sur plus de 800 000 Québécois de moins de 18 ans, des taux de diagnostic et de médication du TDAH plus élevés de 35 % ont été observés chez les enfants nés en septembre (soit les plus jeunes de classe) comparativement aux taux observés chez les jeunes nés en octobre de l'année précédente (soit les plus âgés de classe selon les critères d'admissibilité scolaire des cohortes en date du 30 septembre de chaque année) [Haeck *et al.*, 2023].

⁵ Giguère U. TDAH : des pédiatres dénoncent la surmédication des enfants [site Web]. La Presse; 2019. 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).

⁶ Radio-Canada. Des médecins dénoncent l'abus de médicaments pour traiter le TDAH [site Web]. 2019. Disponible à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1150178/pediatric-enfant-trouble-deficit-attention-hyperactivite-traitement-medicament-quebec-canada> (Consulté le 8 mai 2023).

Objectifs

Ces travaux ont comme objectifs d'optimiser l'évaluation et la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH, de soutenir les professionnels de la première ligne et d'encadrer la pratique.

Pour atteindre cet objectif, l'INESSS a réalisé un outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH. Les aspects du diagnostic, de l'approche thérapeutique et du suivi, y compris de la déprescription, ont été traités.

Pour l'incorporation des interventions psychosociales, l'outil d'aide à la prise en charge s'appuie sur un avis de l'INESSS, réalisé en parallèle, portant sur l'efficacité des interventions psychosociales chez les jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH [INESSS, 2024].

Livrables

- Outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH.
- Rapport en soutien à l'outil de prise en charge.

Aspects exclus

- La population adulte (18 ans et plus) en termes de prise en charge globale du TDAH. Certains aspects concernant la transition des jeunes vers la vie adulte et les jeunes adultes (moins de 25 ans) ont cependant été couverts.
- Les interventions se déroulant en milieu hospitalier ou psychiatrique.
- L'organisation des soins et services en lien avec la trajectoire de soins des personnes présentant un TDAH.
- Le rôle et la formation des différents intervenants en lien avec le TDAH.
- L'aspect économique, les dimensions légale ou juridique.

1 MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DES DOCUMENTS RETENUS

1.1 Méthodologie

Une méthodologie de revue rapide respectant les lignes directrices de l'INESSS [INESSS, 2023] a été employée pour recenser la littérature qui présente de l'information et des recommandations cliniques concernant le diagnostic, le traitement (pharmacothérapie), le suivi ou les facteurs de risque (ou symptômes) relatifs aux jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH. La recherche a été effectuée en juillet 2023 dans plusieurs bases de données (MEDLINE, PsycInfo et Embase) pour la période couvrant 2018 à 2023. Les documents sélectionnés incluent des guides de pratique clinique, des rapports d'évaluation des technologies de la santé ou des revues systématiques qui comportent des recommandations cliniques. En février 2024, un repérage complémentaire relatif à la transition vers la vie adulte a été effectué dans les mêmes bases ainsi que dans EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews). D'autres sources spécialisées, dont des sources de littérature grise, ont été consultées.

La qualité méthodologique des documents a été évaluée à l'aide d'outils standardisés. Un comité consultatif a été formé, et différentes parties prenantes ont été consultées afin de recueillir de l'information contextuelle, des savoirs expérientiels et des perspectives complémentaires essentiels à la compréhension de la problématique dans son ensemble. En ce qui concerne les interventions psychosociales, les recommandations se sont appuyées sur des travaux de l'INESSS menés en parallèle et portant sur l'efficacité de ces interventions sur les symptômes du TDAH [INESSS, 2024]. Les questions d'évaluation et la méthodologie complète pour mener à terme ces travaux sont présentées à l'[annexe I](#) du présent document.

1.2 Description des documents retenus

La présente section fait état de la collecte des données et des documents scientifiques retenus. Le document *Annexes complémentaires* (Annexes A à F) contient le détail de cette information, et il est consultable sur le site Web de l'INESSS.

1.2.1 Documents scientifiques sélectionnés

La stratégie de recherche a permis de repérer 4 832 références issues de la littérature scientifique, et 53 à l'aide du repérage dans d'autres sources (Annexe A du document *Annexes complémentaires*). Parmi ces références, 281 documents ont été sélectionnés pour lecture complète, dont 13 ont été retenus. Une recherche complémentaire sur la transition vers l'âge adulte a permis d'identifier 432 documents scientifiques (Annexe A du document *Annexes complémentaires*). Lors de cette recherche, 24 documents ont été sélectionnés pour lecture complète. Deux documents ont été retenus et ajoutés à la

recherche initiale, dont une déclaration de position de la Société canadienne de pédiatrie qui a été considérée comme document complémentaire aux publications de cette association qui étaient déjà incluses [Therribout *et al.*, 2023; Belanger *et al.*, 2018; Feldman *et al.*, 2018]. Au total, 15 documents visant à répondre aux questions d'évaluation ont été retenus. Ils comprennent un rapport d'évaluation des technologies de la santé [Kemper *et al.*, 2018], 11 guides de pratique clinique [Krull *et al.*, 2023; Therribout *et al.*, 2023; AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; BC Guidelines, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Belanger *et al.*, 2018; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018], et 3 revues systématiques avec recommandations [Leon-Barriera *et al.*, 2023; Mulraney *et al.*, 2022; McCormick-Deaton et Mohiuddin, 2018] (Annexe B du document *Annexes complémentaires*). Dans le présent rapport, le terme général « guide » a été employé pour désigner à la fois les guides de pratique clinique et les rapports d'évaluation des technologies de la santé.

La qualité méthodologique des guides a été jugée bonne pour quatre documents [AADPA, 2022; Wolraich *et al.*, 2019; Kemper *et al.*, 2018; NICE, 2018], modérée pour cinq documents [CADDRA, Krull *et al.*, 2023; Therribout *et al.*, 2023; Barbaresi *et al.*, 2020; Belanger *et al.*, 2018; Feldman *et al.*, 2018] et faible pour deux documents [Chang *et al.*, 2020; BC Guidelines, 2020]. La qualité méthodologique des revues systématiques avec recommandations a été jugée élevée pour un document [Mulraney *et al.*, 2022] et très faible pour deux documents [Leon-Barriera *et al.*, 2023; McCormick-Deaton et Mohiuddin, 2018]. Les deux revues classées « très faibles » ont été enlevées de l'extraction et de l'analyse. Finalement, 13 documents ont été extraits pour répondre aux questions d'évaluation. Ces documents proviennent du Canada, de l'Australie, des États-Unis, du Royaume-Uni et d'une association internationale.

Les monographies officielles des médicaments homologués par Santé Canada et indiqués pour le traitement du TDAH ont été consultées et extraites⁷ (Annexe B du document *Annexes complémentaires*).

La liste des documents retenus est présentée à l'annexe B du document *Annexes complémentaires*, alors que l'annexe C du même document inclut les schémas PRISMA pour les recherches initiales et la recherche complémentaire sur la transition vers la vie adulte. L'annexe D du document *Annexes complémentaires* présente la liste des documents exclus avec la raison de leur exclusion. L'annexe E du document *Annexes complémentaires*, pour sa part, porte sur l'évaluation de la qualité méthodologique des guides (Tableau E-1) et des revues systématiques (Tableau E-2) retenus. Enfin, la synthèse des éléments extraits des documents ainsi que les constats et les recommandations qui en découlent sont présentés à l'annexe F du document *Annexes complémentaires*.

⁷ Gouvernement du Canada. Recherche de produits pharmaceutiques en ligne [site Web]. Disponible à : <https://produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/?lang=fr> (Consulté le 17 octobre 2023).

1.3 Information issue des données expérientielles et contextuelles

Des consultations ont été réalisées auprès de parties prenantes ([Tableau 1](#)) afin de recueillir de l'information contextuelle, des savoirs expérientiels et des perspectives complémentaires et essentiels à la compréhension de la problématique dans son ensemble.

Tableau 1 Consultation des parties prenantes et profil des répondants

CONSULTATION	NB	PROFIL DES RÉPONDANTS
Questionnaire — jeunes de 14 à 25 ans	21	38 % ont 14 à 18 ans, 62 % 18 à 25 ans 67 % sont du genre féminin* 62 % fréquentent une école à temps plein
Questionnaire — parents de jeunes	30	80 % sont parents d'un jeune présentant un TDAH âgé de 0 à 18 ans 93 % des parents sont du genre féminin* 60 % des parents sont âgés de 41 à 50 ans
Groupe de discussion — enseignants et directeurs	4	- enseignants, 1 directeur - population desservie d'élèves au primaire, certains présentant un TDAH
Groupe de discussion — représentant d'organismes communautaires	8	- représentants d'organismes de soutien pour les personnes présentant un TDAH - population desservie d'enfants, adolescents et adultes présentant un TDAH ou des difficultés apparentées, parents et parents proches

NB : nombre de répondants; TDAH : trouble du de l'attention/hyperactivité.

* Se sont identifiées de genre féminin.

Les détails méthodologiques concernant les consultations sont présentés dans l'avis de l'INESSS portant sur les interventions psychosociales chez les jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH [INESSS, 2024]. Les données concernant le diagnostic, le traitement pharmacologique et le suivi des jeunes recueillies lors de ces consultations ont été intégrées, lorsque pertinentes, à ce rapport.

2 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

2.1 Information générale et présentation clinique

L'outil d'aide à la prise en charge aborde en premier lieu des généralités afin de contextualiser la problématique et de permettre aux professionnels d'avoir une vision globale du TDAH. Tous les guides retenus présentent des définitions similaires du TDAH [Krull *et al.*, 2023; Therribout *et al.*, 2023; AADPA, 2022; Mulraney *et al.*, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; BC Guidelines, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Belanger *et al.*, 2018; Clark et Belanger, 2018; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Dans le contexte de cet outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH, la définition proposée par la Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA) a été retenue : « *Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement de la personne* » [CADDRA, 2020].

Le jeune qui présente un TDAH et sa famille doivent être au centre des décisions prises concernant ses soins. Il est rapporté dans six guides que chaque jeune chez qui on suspecte un TDAH doit se voir offrir une évaluation appropriée et, en fonction du résultat, recevoir une prise en charge personnalisée adaptée à ses besoins [AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Belanger *et al.*, 2018; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Par ailleurs, la prise en charge globale doit faire l'objet d'une approche multidisciplinaire impliquant la participation du jeune et de sa famille [NICE, 2018].

Les symptômes du TDAH se divisent en deux catégories : les symptômes d'inattention et les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité. L'utilisation des documents de référence, soit le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* DSM-5 [APA, 2022] et la *Classification internationale des maladies*, onzième révision (CIM-11) [ICD-11, 2019/2021] est recommandée dans huit guides pour établir le diagnostic du TDAH [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Belanger *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Très similaires en termes de critères diagnostiques du TDAH, ces deux manuels sont également recommandés par l'Ordre des psychologues du Québec⁸. La CIM-11 semble plus fréquemment utilisée en Europe, et le DSM-5 en Amérique du Nord. Considérant le contexte québécois, le comité consultatif propose de présenter uniquement les critères du DSM-5 dans l'outil, mais sans empêcher le recours à la CIM-11. La liste des symptômes d'inattention et la liste des symptômes de l'hyperactivité et de l'impulsivité présentée dans l'outil sont donc adaptées du DSM-5 [APA, 2022] (*Liste des symptômes* à l'[annexe II](#)).

⁸ Ordre des psychologues du Québec (OPQ). L'évaluation des troubles mentaux [site Web]. Disponible à : <https://www.ordrepsy.qc.ca/evaluation-troubles-mentaux> (Consulté le 20 mars 2024).

2.2 Démarche évaluative

La démarche évaluative est la première étape du processus de prise en charge des jeunes qui présentent un TDAH. Lors des consultations avec le comité consultatif, les membres ont souligné qu'avant de procéder à un diagnostic une démarche évaluative globale doit être réalisée. Par ailleurs, l'environnement et les différents milieux dans lesquels le jeune évolue doivent être examinés. Dans ces milieux, comme à l'école, certaines initiatives ou interventions (p. ex. psychosociale, plan d'intervention) peuvent avoir été établies pour améliorer le fonctionnement d'un jeune qui présente des signes ou symptômes apparentés au TDAH. Par conséquent, la première étape pour le professionnel qui amorce l'évaluation est de regrouper cette information. Dans le guide canadien de la CADDRA [2020], il est mentionné que : « *La communication avec l'école de l'enfant ou de l'adolescent est essentielle pour recueillir de l'information et adopter les mesures appropriées* ».

Il est rapporté dans huit guides retenus que, lors de l'évaluation, des symptômes doivent être recensés dans plus d'un milieu, et que des personnes ou intervenants issus de ces milieux devraient collaborer au processus d'évaluation du jeune [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; Mulraney *et al.*, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Belanger *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Tout au long de la démarche évaluative, les jeunes, leurs parents et les intervenants ou professionnels qui participent au processus devraient être engagés dans cette évaluation et consentir au partage de l'information [Therribout *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; NICE, 2018].

Des éléments essentiels à inclure dans le processus d'évaluation des jeunes de moins de 18 ans chez qui on suspecte un TDAH ont été rapportés dans neuf guides [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; Mulraney *et al.*, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Belanger *et al.*, 2018; NICE, 2018].

Ces éléments ont donc été regroupés dans quatre étapes liées au processus d'évaluation. Ces étapes interreliées devraient toujours être suivies pour évaluer et poser un diagnostic de TDAH chez les jeunes qui présentent des symptômes ([Annexe III](#)). Voici ces étapes :

- l'appréciation de la condition de santé,
- l'évaluation de l'environnement,
- l'évaluation du fonctionnement et des symptômes à l'aide :
 - de questionnaires validés et autres outils d'évaluation;
 - d'une entrevue spécifique aux symptômes du TDAH.

Plusieurs types de questionnaire s'adressant aux parents, enseignants, jeunes ou professionnels en classe peuvent être utilisés pour l'évaluation du TDAH. Il est recommandé d'utiliser des outils validés et reconnus, et que ces formulaires soient remplis par plusieurs évaluateurs [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; Mulraney *et al.*, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019]. Le choix spécifique des questionnaires revient à l'évaluateur selon le contexte, la culture locale et les préférences

de ce dernier. Plusieurs questionnaires, outils ou échelles d'évaluation validés sont inventoriés sur le site Web de la CADDRA⁹. Il faut cependant noter que, dans le cadre d'une démarche évaluative complète, les questionnaires et les tests psychologiques ou neuropsychologiques ne devraient pas être utilisés seuls pour diagnostiquer le TDAH et déterminer la sévérité ou les impacts sur le fonctionnement [CADDRA, 2020; Belanger *et al.*, 2018], car « *ils ne mesurent pas précisément les déficits cognitifs ou académiques qui caractérisent le TDAH en situation réelle* » [CADDRA, 2020]. L'évaluation du TDAH doit prendre en considération le contexte et l'environnement dans lesquels les symptômes surviennent, tout comme les interventions et initiatives en cours ou passées [AADPA, 2022; CADDRA, 2020; NICE, 2018]. Le fonctionnement familial doit également être évalué, de même que la santé physique et mentale de la famille lors de l'établissement du diagnostic de TDAH [AADPA, 2022; Belanger *et al.*, 2018; NICE, 2018].

Il est recommandé que le professionnel qui évalue le TDAH réalise une appréciation de la condition de santé comprenant l'anamnèse, un examen physique et de la santé mentale (y compris les fonctions cognitives) [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Belanger *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Cependant, certains tests de neuroimagerie ou l'électroencéphalogramme (EEG) sont déconseillés, car aucune preuve n'a démontré leur efficacité en tant que tests diagnostiques du TDAH [Krull *et al.*, 2023; CADDRA, 2020; Kemper *et al.*, 2018].

Le professionnel de la santé qui évalue le jeune doit réaliser une entrevue spécifique au TDAH en évaluant son fonctionnement dans plusieurs sphères de sa vie [CADDRA, 2020; NICE, 2018]. Dans la plupart des guides, il est recommandé de tenir compte des perceptions du jeune et de celles de sa famille [Therribout *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; NICE, 2018]. Des membres du comité consultatif ont également souligné l'importance de porter une attention particulière aux situations conflictuelles ou aux événements stressants, qui peuvent engendrer des symptômes ou signes apparentés au TDAH (p. ex. anxiété, opposition, surcharge cognitive).

L'ordre des étapes d'évaluation peut dépendre de la préférence du professionnel qui évalue le jeune. Considérant que chacun des aspects à couvrir comprend des processus complexes impliquant l'intervention de plusieurs personnes et de plusieurs milieux, il a été rapporté par les membres du comité consultatif et lors des consultations auprès des parties prenantes et des réviseurs externes qu'il est important de ne pas oublier l'importance des observations du professionnel de la santé lors de l'examen physique et de l'entrevue, qu'il faut allouer le temps requis pour chacune de ces étapes de l'évaluation et que les délais demandés doivent être raisonnables pour traiter la documentation et faire les évaluations adéquates. De plus, il est rapporté que des influences externes provenant de divers milieux peuvent survenir lors de l'évaluation, et que les professionnels doivent s'assurer que celle-ci est faite de manière objective sans influence provenant des attentes sociales, scolaires ou culturelles.

⁹ CADDRA. Formulaires de la eTrousse [site Web]. Disponible à : <https://www.caddra.ca/fr/etoolkit-forms-french/> (Consulté le 28 juin 2024).

En résumé

La démarche évaluative doit permettre une analyse globale du fonctionnement du jeune. Le professionnel doit donc s'assurer d'avoir en main toute l'information nécessaire, y compris les initiatives ou interventions qui ont déjà été menées.

La synthèse des données issues de la littérature scientifique, ainsi que l'information contextuelle et expérientielle ont permis de regrouper en quatre étapes les aspects à couvrir lors de la démarche évaluative :

- l'appréciation de la condition de santé,
- l'évaluation de l'environnement,
- l'évaluation du fonctionnement et des symptômes à l'aide :
 - de questionnaires validés et autres évaluations;
 - d'entrevues spécifiques aux symptômes du TDAH.

Plusieurs personnes et intervenants (p. ex. parents, enseignants, techniciens en éducation spécialisée) devraient collaborer au processus d'évaluation.

2.3 Diagnostic du TDAH

Le diagnostic du TDAH peut être établi à l'aide des critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) ou de la *Classification internationale des maladies* (ICD-11) [APA, 2022; ICD-11, 2019/2021]. Pour la démarche diagnostique, dans l'outil sont présentés des tableaux issus du DSM-5 ([Annexe IV](#)) sur les critères diagnostiques ainsi que la spécification du sous-type et de la sévérité du TDAH.

Le diagnostic du TDAH est basé sur la présence d'un nombre de symptômes, soit de la catégorie de l'inattention ou encore de l'hyperactivité et de l'impulsivité. La personne peut donc présenter différents sous-types de TDAH, soit le sous-type combiné (mixte) qui affiche une combinaison de chacune des deux catégories de symptômes, alors que certaines personnes peuvent présenter une prédominance vers l'inattention ou vers l'hyperactivité/impulsivité. La sévérité se classe en trois catégories; légère, moyenne ou grave.

Selon l'information présente dans les guides retenus, les cliniciens devraient être adéquatement formés pour établir le diagnostic du TDAH [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Belanger *et al.*, 2018; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Au Québec, les professionnels habilités pour faire le diagnostic du TDAH incluent les médecins, les psychologues, les infirmières et les conseillers en orientation détenteurs d'une attestation de leur ordre professionnel. En plus des critères issus du DSM-5, il est rapporté que le fonctionnement familial doit être évalué, de même que la santé physique et mentale de la famille, lors du

diagnostic du TDAH [AADPA, 2022; Belanger *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Au Québec, selon les membres du comité consultatif et les données de l'INSPQ [INSPQ, 2022], une grande majorité des diagnostics de TDAH et la première prescription de médicaments seraient faits par des médecins de famille. Les membres ont également mentionné qu'un outil d'aide à la prise en charge pourrait soutenir les cliniciens et autres professionnels de première ligne dans leur démarche lors de la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH.

2.3.1 Diagnostic différentiel et comorbidités

Lors du diagnostic, il a été rapporté dans plusieurs des guides retenus qu'il est important de s'assurer que les symptômes observés ne sont pas causés par d'autres troubles mentaux, problèmes de santé physique ou situations psychosociales difficiles pouvant imiter ceux du TDAH [AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; Belanger *et al.*, 2018; NICE, 2018]. De plus, les symptômes du TDAH peuvent chevaucher ceux d'autres troubles mentaux [Krull *et al.*, 2023; Therribout *et al.*, 2023; AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Belanger *et al.*, 2018; NICE, 2018], et la présence de comorbidités est fréquemment observée chez les jeunes présentant un TDAH. Lorsqu'ils sont présents, les troubles comorbides sont généralement traités de façon concomitante au TDAH [Feldman *et al.*, 2018]. Les troubles comorbides les plus fréquemment mentionnés dans les guides retenus sont :

- les troubles spécifiques des apprentissages (lecture, mathématiques, écriture),
- les troubles oppositionnels avec provocation/trouble des conduites,
- les troubles anxieux (p. ex. trouble d'anxiété généralisée),
- les troubles du spectre de l'autisme,
- les troubles développementaux du langage,
- les troubles du sommeil (p. ex. insomnie),
- les troubles de l'humeur (p. ex. dépression majeure, trouble bipolaire),
- les troubles liés à l'usage de substances (chez les adolescents et les jeunes adultes),
- autres troubles neurodéveloppementaux (p. ex. tics).

Le traumatisme craniocérébral (TCC) est une condition qui peut occasionner l'apparition de symptômes du TDAH [Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Belanger *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Selon la CADDRA, les enfants ou les adolescents qui ont subi un TCC ont 20 % de plus de risque de présenter des symptômes de TDAH, qui est connu comme un TDAH secondaire ou TDAH acquis [CADDRA, 2020]. Les jeunes qui présentent un TDAH secondaire au TCC peuvent être traités avec les mêmes médicaments que ceux associés au TDAH [CADDRA, 2020; NICE, 2018]. Cependant, l'administration des médicaments devrait commencer avec des doses plus faibles, le

titrage devrait être plus lent et il devrait y avoir un suivi plus fréquent [CADDRA, 2020; NICE, 2018].

En appui à cette littérature, les membres du comité consultatif et les lecteurs externes ont mentionné que les comorbidités sont fréquentes chez les jeunes qui présentent un TDAH. La présence d'autres troubles mentaux ou de situations psychosociales difficiles (p. ex. démotivation, sédentarité, surcharge cognitive, gestion des émotions, etc.) peut également expliquer les symptômes du TDAH. Les membres sont en accord avec la liste des comorbidités les plus fréquentes citées dans l'outil de prise en charge des jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH. En contrepartie, il a été mentionné que le TDAH secondaire à un TCC n'est pas un diagnostic fréquent pour les professionnels de première ligne. Ces cas seront généralement orientés vers la médecine spécialisée et considérés comme une commotion complexe avec symptômes d'inattention.

En résumé

Basés sur les guides et sur la consultation du comité consultatif, les critères du DSM-5 sont ceux proposés pour établir le diagnostic du TDAH; toutefois ceux de la CIM-11 peuvent également être employés.

Lors du diagnostic, le fonctionnement familial et la santé physique et mentale du jeune et de sa famille devraient également être considérés.

La présence d'autres troubles mentaux, de comorbidités ou de situations psychosociales difficiles pouvant expliquer les symptômes du TDAH devrait être examinée durant la démarche diagnostique.

Les troubles mentaux comorbides sont fréquents chez un jeune présentant un TDAH, et ils devraient être envisagés durant la démarche diagnostique.

Lorsqu'ils sont présents, les troubles comorbides sont généralement traités de façon concomitante au TDAH.

2.4 Principes de traitement

2.4.1 Enfants de moins de 6 ans

La prise en charge des enfants présentant un TDAH doit faire l'objet d'un processus de décision partagée entre le professionnel de la santé et la famille de l'enfant [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Selon les recommandations provenant de sept guides retenus, des interventions psychosociales devraient être proposées en première intention dans le traitement du TDAH chez les enfants de moins de six ans [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018].

Chez les enfants de moins de 6 ans qui présentent un TDAH jugé moyen ou grave, pour qui les interventions psychosociales n'ont pas entraîné d'amélioration significative et dont le fonctionnement demeure altéré, l'usage de méthylphénidate à courte action peut être envisagé [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; NICE, 2018]. Cependant, avant d'amorcer des traitements pharmacologiques chez cette population, une consultation avec un spécialiste est recommandée [AADPA, 2022; NICE, 2018]. Puisque le guide s'adresse aux professionnels de première ligne, les membres du comité consultatif ont mentionné qu'il est préférable de ne pas détailler les traitements pharmacologiques de deuxième intention pour cette population dans l'outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH. L'approche proposée par les membres du comité consultatif est de favoriser une consultation en médecine spécialisée ou auprès d'un collègue expérimenté, et de formuler une mise en garde relativement aux traitements pharmacologiques destinés aux enfants de moins de six ans.

En résumé

Une intervention psychosociale devrait être offerte en première intention dans le traitement du TDAH chez les enfants de moins de six ans et faire l'objet d'une décision partagée avec la famille.

Bien que, dans certaines situations, un traitement pharmacologique puisse être tenté chez les enfants de moins de 6 ans, une consultation auprès d'un collègue expérimenté ou en médecine spécialisée devrait être réalisée avant d'amorcer ce traitement.

2.4.2 Interventions psychosociales chez les enfants de moins de 6 ans

Un avis portant sur l'efficacité des interventions psychosociales pour réduire les symptômes du TDAH a été réalisé en parallèle par l'INESSS à l'aide d'une triangulation des données scientifiques, de la littérature grise et de consultations [INESSS, 2024]. Selon les données recensées, les interventions d'entraînement aux habiletés parentales sont recommandées pour les parents des enfants de moins de 6 ans qui ont eu un diagnostic ou présentent des symptômes de TDAH afin de réduire les symptômes du TDAH et d'améliorer le fonctionnement familial. Les définitions des interventions psychosociales sont présentées à l'[annexe V](#).

2.4.3 Jeunes de 6 ans et plus

Chez les jeunes de 6 à 17 ans, une approche thérapeutique multimodale comprenant des interventions psychosociales et un traitement pharmacologique est recommandée dans la majorité des guides retenus [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; NICE, 2018]. Conformément à cette recommandation, les membres du comité consultatif ont mentionné que les traitements qui font partie de l'approche multimodale sont complémentaires : les effets d'un type de traitement seront généralement maximisés et renforcés par le second.

La prise en charge des jeunes présentant un TDAH devrait faire l'objet d'une approche centrée sur le patient [Toulany *et al.*, 2022; CADDRA, 2020]. La participation du jeune de moins de 18 ans ou du jeune adulte et celle de sa famille concernant les décisions (décision partagée) relatives aux soins est encouragée [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018]. Le jeune devrait également être invité à partager ses opinions, ses préférences et ses préoccupations [Therribout *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; NICE, 2018]. Les consultations menées auprès des parties prenantes ont appuyé ces recommandations, en mentionnant que le jeune et sa famille devraient toujours pouvoir exprimer leur point de vue sur la condition et sur les soins.

Il est également rapporté par les auteurs de cinq guides que les cliniciens doivent discuter d'un mode de vie équilibré avec les jeunes et leur famille, qui comprendra de saines habitudes en regard de l'alimentation, du sommeil ou de la pratique régulière d'activités physiques [Krull *et al.*, 2023; Therribout *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; NICE, 2018]. Lors de la validation externe, il a également été souligné dans l'outil de prise en charge qu'il était important de mettre de l'avant et d'encourager les saines habitudes de vie.

Les membres du comité consultatif ont souligné que le milieu scolaire prend une place importante dans l'environnement du jeune et de son développement. Des interventions peuvent être amorcées dans certains milieux et avoir des impacts sur les autres. Les enseignants ou les intervenants scolaires ont avantage à être informés lorsqu'un jeune entreprend une médication ou une intervention afin de comprendre ces impacts et de mieux aider et outiller le jeune lors de son parcours scolaire. Ces éléments concordent avec les énoncés provenant des guides concernant l'évaluation, le diagnostic et le suivi du TDAH selon lesquels l'information issue des différents milieux devrait être coordonnée [Krull *et al.*, 2023; Wolraich *et al.*, 2019; Belanger *et al.*, 2018].

Les consultations auprès des organismes ont mis en lumière une diversité de services offerts dans plusieurs régions du Québec. Il en est ressorti que ces ressources, parfois méconnues du public, devraient davantage être partagées et discutées. Par conséquent, les jeunes et leurs parents devraient être orientés vers les services ou ressources disponibles dans leur région respective. Cela inclut les services dans les écoles, les CLSC, plusieurs organismes communautaires, des sites Web reconnus, etc.

Dans un état des connaissances réalisé par l'INESSS [2023], il est mentionné que le recours à la téléconsultation (soins virtuels) en pédiatrie peut être efficace. Une efficacité clinique a été rapportée pour le traitement et le soutien thérapeutique associés aux troubles neurodéveloppementaux et à la réduction de symptômes cognitifs comme l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Dans certains cas, la téléconsultation pourrait remplacer ou compléter les soins usuels comme le traitement et le soutien thérapeutique [INESSS, 2023].

En résumé

Chez les jeunes de 6 à 17 ans, une approche multimodale impliquant des interventions psychosociales et un traitement pharmacologique est recommandée. L'approche thérapeutique devrait être centrée sur le jeune et faire l'objet d'une décision partagée.

Les différents milieux et intervenants venant des sphères dans lesquelles évolue le jeune devraient être informés lors de l'amorce d'un traitement pour le TDAH. Les jeunes et leur famille devraient également être orientés vers des services ou ressources dans leur région.

Dans certains cas, la téléconsultation pourrait remplacer ou être complémentaire aux soins usuels.

2.4.4 Interventions psychosociales chez les jeunes de 6 ans et plus

Selon les données recensées dans l'avis de l'INESSS [2024], les interventions psychosociales montrant une efficacité chez les jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH et qui sont recommandées incluent :

- les interventions d'entraînement aux habiletés parentales (jusqu'à 12 ans) pour les parents de jeunes âgés de 6 à 12 ans afin de réduire les symptômes du TDAH et d'améliorer le fonctionnement familial, et
- les interventions comportementales pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement global et le fonctionnement social du jeune.

L'éducation psychologique, les interventions basées sur la pleine conscience et les interventions ciblant exclusivement les compétences d'organisation et de planification pourraient être envisagées, selon le jugement clinique, en raison de leurs bénéfices potentiels sur le développement et le bien-être global des jeunes, bien que leur efficacité pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement ne soit pas clairement démontrée [INESSS, 2024].

Davantage de recherche est nécessaire pour recommander les interventions cognitives comportementales et les 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 qui ont reçu un diagnostic de TDAH.

- *Cependant, chez les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans, les interventions cognitives comportementales pourraient être envisagées afin de réduire les symptômes d'inattention et d'améliorer le fonctionnement scolaire perçu.*

Finalement, les données recensées dans l'avis de l'INESSS concernant l'efficacité des interventions psychosociales pour réduire les symptômes du TDAH et améliorer le fonctionnement chez les jeunes ne permettent pas de recommander l'entraînement des fonctions cognitives et le neurofeedback.

2.4.5 Autres pratiques non pharmacologiques

Dans sept des guides retenus, les auteurs ont mentionné que l'activité physique doit faire partie des saines habitudes de vie chez les enfants qui présentent un TDAH [Krull *et al.*, 2023; Therribout *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Au-delà des bienfaits généraux démontrés dans la population et chez les enfants en général [Krull *et al.*, 2023], il est rapporté que la pratique régulière d'activité physique pourrait réduire les symptômes principaux du TDAH [CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Feldman *et al.*, 2018]. Cependant, les modalités spécifiques (p. ex. durée, intensité, fréquence) associées à l'activité physique pour les enfants qui présentent un TDAH ne sont pas précisées dans les différents guides retenus, et davantage de recherche semble nécessaire à cet égard [Krull *et al.*, 2023]. Les membres du comité consultatif, de même que les parties prenantes consultées, appuient les bienfaits de l'activité physique, et ce, quelles que soient ses modalités.

En résumé

Chez les jeunes de 6 à 17 ans, les interventions psychosociales qui ont démontré leur efficacité incluent les interventions d'entraînement aux habiletés parentales (jusqu'à 12 ans) et les interventions comportementales.

L'activité physique pratiquée de manière régulière est recommandée, car elle pourrait avoir des effets bénéfiques sur les symptômes du TDAH.

2.4.6 Traitements pharmacologiques

Traitement de première intention

Dans le cadre de l'approche thérapeutique multimodale, les psychostimulants à longue durée d'action sont recommandés en première intention pour le jeune de 6 ans et plus qui présente un TDAH [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Les psychostimulants à longue durée d'action approuvés par Santé Canada et indiqués pour le TDAH se divisent en deux groupes, soit des variantes du chlorhydrate de méthylphénidate (variant dans la forme et la durée d'action) ou des molécules de la classe des amphétamines (dimésylate de lisdexamfétamine ou les sels mixtes d'amphétamines) ([Tableau 2](#)) [CADDRA, 2020; BC Guidelines, 2020; Feldman *et al.*, 2018].

Dans aucun des guides retenus, il n'est mentionné qu'un des psychostimulants à longue durée d'action doit être priorisé en première intention. Seul le guide du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), en raison de critères de remboursement, mentionne que le méthylphénidate doit être administré en premier (avant les amphétamines) [NICE, 2018]. Dans deux guides retenus, il est rapporté que les

amphétamines semblent légèrement plus efficaces que le méthylphénidate, mais qu'en contrepartie ce dernier serait mieux toléré par les jeunes [Krull *et al.*, 2023; Nice, 2018].

Critères de sélection de la médication

Le choix d'une molécule parmi les psychostimulants à libération prolongée peut être basé sur plusieurs critères dont le mode de libération de l'agent actif, la durée d'action et la capacité de l'enfant à prendre le médicament (mode d'administration) [Krull *et al.*, 2023]. Dans certaines circonstances, les coûts peuvent également influencer sur le choix [Krull *et al.*, 2023] ([Annexe VI](#)). De plus, avant de passer à un médicament de deuxième intention, il est recommandé que les deux groupes de psychostimulants à longue durée d'action de première intention soient essayés [CADDRA, 2020]. Aucune donnée n'a été recensée dans les guides retenus quant à une possible relation entre le choix du traitement de première intention et le sous-type de TDAH (mixte, prédominance vers l'inattention ou prédominance vers l'hyperactivité/impulsivité) ou la sévérité du TDAH.

Lorsque disponibles, l'usage des versions génériques du méthylphénidate à longue durée d'action [INESSS, 2024] ou des amphétamines [Krull *et al.*, 2023; CADDRA, 2020] est adéquat pour le traitement des personnes nouvellement diagnostiquées avec le TDAH.

En discutant de la priorisation des médicaments de première intention avec les membres du comité consultatif, ces derniers ont rapporté que le choix initial parmi les traitements de première intention est basé sur l'individu selon les critères énoncés ci-haut, mais qu'il peut également dépendre des antécédents familiaux. Selon eux, et en accord avec les guides retenus, il est impossible de mettre un ordre de priorisation parmi les choix de traitements de première intention et que le choix du médicament ne peut pas être basé sur le sous-type de TDAH ou sur sa sévérité. De plus, compte tenu de l'efficacité sur les symptômes et le fonctionnement, de même que la réaction unique aux traitements et aux effets indésirables, il n'est pas rare qu'un jeune doive essayer plusieurs options avant de trouver celle qui lui convient.

Tableau 2 Choix des traitements pharmacologiques de première intention

MÉDICAMENTS (% de libération immédiate/prolongée)		POSOLOGIE INITIALE	AJUSTEMENT	DOSES DISPONIBLES	POSOLOGIE MAXIMALE	DURÉE D'ACTION	FORME (administration)
Méthylphénidine	Méthylphénidine à libération prolongée (22/78) Générique - \$ / innovateur (Concerta®) - \$\$\$	18 mg DIE	18 mg/palier aux 7 jours	18, 27, 36 et 54 mg	54 mg DIE	8 à 12 h	Comprimé insécable (avaler entier)
	Méthylphénidine à libération contrôlée (40/60) Générique* - \$\$ / innovateur (Biphentin®) - \$\$\$	10 à 20 mg DIE	10 mg/palier aux 7 jours	10, 15, 20, 30, 40, 50, 60 et 80 mg	60 mg DIE	6 à 10 h	Capsule (avaler entière ou saupoudrer) <i>! Ne pas écraser ou croquer</i>
	Méthylphénidine à libération contrôlée (20/80) Innovateur (Foquest®) - \$\$\$	25 mg DIE	10-15 mg/palier aux 7 jours	25, 35, 45, 55, 70, 85 et 100 mg	70 mg DIE	13 à 16 h	
	Méthylphénidine à libération prolongée • Suspension orale (20/80) • Comprimé à croquer (30/70) Innovateur (Quillivant ER®)†	20 mg DIE	10-20 mg/palier aux 7 jours	<i>Suspension orale</i> 5 mg/ml <i>Comprimé à croquer</i> 20, 30 et 40 mg	60 mg DIE	8 à 12 h	Suspension orale (sirop) Comprimé à croquer
Amphétamine	Sels mixtes d'amphétamines (50/50) Génériques - \$ / innovateur (Adderall XR®) - \$\$\$	<u>6-12 ans :</u> 5 à 10 mg DIE <u>13-17 ans :</u> 10 mg DIE	5-10 mg/palier aux 7 jours	5, 10, 15, 20, 25 et 30 mg	30 mg DIE	6 à 8 h	Gélules/Capsule (avaler entière ou saupoudrer) <i>! Ne pas écraser ou croquer</i>
	Lisdexamfétamine Génériques‡ - \$\$ / innovateur (Vyvanse XR®) - \$\$\$	20 à 30 mg DIE	10-20 mg/palier aux 7 jours	10, 20, 30, 40, 50 et 60 mg	60 mg DIE	8 à 13 h	Gélules/ comprimés à croquer

DIE : une fois par jour; mg : milligramme; h : heure; XR : *extended-release*; \$: 0-500 \$; \$\$: 500-1 000 \$; \$\$\$: > 1 000 \$ (Calculé à partir des prix de la liste des médicaments de la RAMQ [août 2024] pour l'équivalent de 1 an de traitement à la posologie maximale).

* Inscrit à la *Liste des médicaments* de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) depuis juin 2024.

† Non disponible au Québec et non inscrit à la *Liste des médicaments* de la RAMQ.

‡ Inscrit à la *Liste des médicaments* de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) depuis août 2024.

Traitement de deuxième intention

Psychostimulants à courte durée d'action

Des psychostimulants à courte durée d'action ou à durée d'action intermédiaire sont disponibles et recommandés comme traitement de deuxième intention dans plusieurs guides [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Du méthylphénidate et des amphétamines (p. ex. dextroamphétamine) à courte durée d'action sont disponibles et approuvés par Santé Canada [CADDRA, 2020]. Dans le guide de la CADDRA [2020], il est toutefois mentionné que les psychostimulants à courte durée d'action ne sont pas recommandés en première intention, car l'usage de doses multiples peut réduire l'adhésion au traitement. De plus, ces traitements peuvent être plus susceptibles aux fluctuations d'effet, ce qui peut réduire la couverture des symptômes et augmenter le risque d'effets indésirables. Le potentiel d'abus serait également plus élevé avec ce genre de formulation [CADDRA, 2020]. Toutefois, dans certaines circonstances, les psychostimulants à courte durée d'action peuvent être indiqués en première intention : pour des raisons de commodité, en cas de contre-indication médicale ou lorsqu'une surveillance rapprochée est requise [AADPA, 2022; Feldman *et al.*, 2018].

Les psychostimulants à courte durée d'action peuvent être combinés à ceux de longue durée d'action en traitement d'appoint, entre autres : pour obtenir une couverture temporelle adéquate de la médication telle que le maintien de l'efficacité en soirée (p. ex. devoirs, conduite automobile) [Krull *et al.*, 2023; Wolraich *et al.*, 2019]. Au regard de ces traitements, il a été rapporté par des membres du comité consultatif que, lorsqu'un psychostimulant est administré en traitement d'appoint, il est préférable de conserver des formulations différentes de la même molécule ou de la même classe (p. ex. méthylphénidate à courte action en appoint à du méthylphénidate à longue action) afin de minimiser les effets secondaires.

Non psychostimulants

Chez les jeunes de 6 à 17 ans, l'usage de médicaments non psychostimulants, soit l'atomoxétine ou la guanfacine, est recommandé en deuxième intention dans plusieurs des guides retenus ([Tableau 3](#)) [AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Les non-psychostimulants peuvent être envisagés lorsque les psychostimulants n'ont pas démontré d'efficacité, sont mal tolérés ou présentent des effets secondaires trop importants [AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Il est également mentionné que ces molécules peuvent être choisies en présence d'un risque élevé de mésusage des psychostimulants [CADDRA, 2020].

Tableau 3 Choix des traitements pharmacologiques de deuxième intention

MÉDICAMENTS (% de libération immédiate/prolongée)		POSOLOGIE INITIALE	AJUSTEMENT		DOSES DISPONIBLES	POSOLOGIE MAXIMALE	DURÉE D'ACTION	FORME (ADMINISTRATION)
PSYCHOSTIMULANTS								
Méthylphénidate	Méthylphénidate courte action† (100/0) Génériques (anciennement Ritalin®) - \$	5 à 10 mg BID à TID	5-10 mg/palier aux 7 jours		5, 10 mg et 20 mg	60 mg DIE	3 à 5 h	Comprimé sécable
	Méthylphénidate SR (100/0) Générique (anciennement Ritalin SR®) - \$	Peut remplacer le méthylphénidate courte action lorsque la posologie est équivalente durant une période de 8 h (comprimé de 20 mg)			20 mg		< 8 h	Comprimé insécable ! Ne pas écraser ou croquer
Amphétamine	Dextroamphétamine* (sulfate) (100/0 comprimé, 50/50 capsule) Génériques - \$\$\$ / innovateur (Dexédrine®) - \$\$\$	Comprimé 5-10 mg TID Spansule 10 mg DIE	5-10 mg/palier aux 7 jours		Comprimé 5 mg Spansule 10 et 15 mg	40 mg DIE	Comprimé 4 à 6 h Spansule 6 à 8 h	Comprimé sécable/Capsules (avaler entière ou saupoudrer) ! Ne pas croquer ou croquer
NON PSYCHOSTIMULANTS								
Non-stimulants	Atomoxétine‡ (Réponse graduelle pouvant prendre jusqu'à 3 mois) Génériques de Strattera® - \$	< 70 kg : 0,5 mg/kg/j ≥ 70 kg : 40 mg/j	Maintenir 7-14 jours chaque ajustement		10, 18, 25, 40 et 60 mg	< 70 kg : 1,4 mg/kg/j ≥ 70 kg : 100 mg DIE	Jusqu'à 24 h	Capsule insécable ! Ne pas écraser ou croquer
	Guanfacine§ (prise conjointe avec un psychostimulant) Génériques - \$\$ / innovateur (Intuniv XR®) - \$\$\$	1 mg/jour	< 70 kg : - 0,8 mg/kg/j - 1,2 mg/kg/j ≥ 70 kg : 20 mg/palier					
			1 mg/palier aux 7 jours		1, 2, 3 et 4 mg	4 mg DIE	Jusqu'à 24 h	Comprimé insécable ! Ne pas écraser ou croquer

BID : deux fois par jour; DIE : une fois par jour; j : jour; kg : kilogramme; mg : milligramme; h : heure; SR : *sustained-release*; TID : trois fois par jour; XR : *extended release*. \$: 0-500 \$; \$\$: 500-1 000 \$; \$\$\$: > 1 000 \$ (Calculé à partir des prix de la Liste des médicaments de la RAMQ [août 2024] pour l'équivalent de 1 an de traitement à la posologie maximale).

* Peut convenir aux jeunes qui répondent à la lisdexamfétamine, mais qui ne peuvent en tolérer l'effet.

† Peut convenir aux jeunes qui ne tolèrent pas les psychostimulants à longue durée d'action.

‡ Médicament d'exception selon les critères de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

§ Selon les critères de remboursement de la RAMQ, la guanfacine doit être administrée conjointement avec un psychostimulant. En monothérapie, la dose maximale est de 4 mg/jour DIE (6-12 ans) et 7 mg/jour DIE (13-17 ans)

|| Bien que les psychostimulants demeurent la 1^{re} intention de traitement, la guanfacine peut être envisagée en cas de tics, d'anxiété, de trouble oppositionnel ou d'agressivité comorbide au TDAH.

Guanfacine

Les auteurs de cinq guides mentionnent que la guanfacine peut être envisagée en monothérapie ou en traitement d'appoint en présence de certaines comorbidités dont, notamment, les tics, l'anxiété, le trouble oppositionnel ou l'agressivité en comorbidité avec le TDAH [Krull *et al.*, 2023; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Les psychostimulants peuvent parfois causer ou exacerber certaines comorbidités associées au TDAH comme les tics [Barbaresi *et al.*, 2020]. La guanfacine peut alors être envisagée pour contrôler ces symptômes, ou pour traiter des conditions coexistantes [Krull *et al.*, 2023]. Par ailleurs, selon les auteurs du NICE [2018], si les tics sont liés aux psychostimulants, il est recommandé de réduire la dose ou d'envisager l'usage de la guanfacine en monothérapie, de l'atomoxétine ou d'arrêter le traitement. Les membres du comité consultatif sont en accord avec le fait que la guanfacine peut être particulièrement intéressante pour le traitement du TDAH en lien avec certaines comorbidités.

En 2014, l'INESSS avait jugé que les preuves étaient insuffisantes quant à l'administration de la guanfacine en monothérapie pour le traitement du TDAH. Par conséquent, selon les critères de remboursement du régime public d'assurance médicaments (RAMQ)¹⁰, la guanfacine doit être administrée en traitement d'appoint avec un psychostimulant. Selon la monographie canadienne du produit, la guanfacine en monothérapie est indiquée pour le traitement du TDAH. Dans plusieurs provinces du Canada ainsi qu'au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis, l'usage de la guanfacine en monothérapie est recommandé pour le traitement du TDAH [AADPA, 2022; CADDRA, 2020; BC Guidelines, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. De leur côté, les membres du comité consultatif ont souligné qu'actuellement, au Québec, il pourrait être bénéfique pour certaines personnes d'avoir accès à la guanfacine en monothérapie.

Atomoxétine

L'usage de l'atomoxétine en monothérapie est recommandé en deuxième intention pour le traitement du TDAH [AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; BC Guidelines, 2020; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Toutefois, elle est inscrite comme médicament d'exception à la *Liste des médicaments* de la RAMQ¹⁰, et doit donc être prescrite aux jeunes présentant un TDAH « *chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la maladie avec le méthylphénidate et une amphétamine ou lorsque ceux-ci sont contre-indiqués.* » Tout comme pour la guanfacine, il est rapporté dans certains guides que l'atomoxétine pourrait présenter des bénéfices en cas d'exacerbation des tics ou de l'anxiété [NICE, 2018; Feldman *et al.*, 2018]. Les données concernant cet usage de l'atomoxétine semblent toutefois limitées [Feldman *et al.*, 2018].

¹⁰ Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Liste des médicaments [site Web]. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/a-propos/liste-medicaments> (Consulté le 29 août 2024).

Traitement de troisième intention

Les traitements de troisième intention (p. ex. bupropion, clonidine, modafinil¹¹) sont réservés aux cas réfractaires et, la plupart de temps, une consultation en médecine spécialisée est nécessaire. De même, le recours à des doses dépassant les doses maximales recommandées par les monographies de produits pour tout traitement de première ou deuxième intention devrait faire l'objet d'une consultation en médecine spécialisée [CADDRA, 2020].

En résumé

Les psychostimulants (méthylphénidate, amphétamine) à longue durée d'action sont recommandés en première intention pour le traitement du TDAH chez les jeunes de 6 à 17 ans.

Le choix de la molécule devrait être basé sur le mode de libération, la durée d'action et la capacité à prendre le médicament.

- Les deux groupes de psychostimulants de 1^{re} intention devraient être tentés avant de passer à un médicament de 2^e intention.

Les psychostimulants (méthylphénidate, amphétamine) à courte durée d'action, et les non-stimulants (atomoxétine, guanfacine) sont recommandés en deuxième intention ou en traitement d'appoint.

- Ces traitements peuvent être envisagés après l'essai d'une dose jugée adéquate d'un ou plusieurs médicaments de 1^{re} intention sans réduction des symptômes de TDAH ou en présence d'effets indésirables.

L'usage de la guanfacine peut être envisagé en présence de tics, d'anxiété, de trouble oppositionnel ou d'agressivité comorbide au TDAH.

2.4.7 Contre-indications, précautions et interactions pharmacologiques

De l'information détaillée sur les contre-indications, précautions et interactions pharmacologiques des médicaments destinés à traiter le TDAH est documentée dans le guide canadien [CADDRA, 2020]. Cette information concorde avec celle extraite des monographies canadiennes des différents traitements indiqués pour le TDAH⁷. Selon les membres du comité consultatif, plusieurs précautions et interactions pharmacologiques sont peu fréquentes ou s'appliquent moins à une population pédiatrique (p. ex. glaucome à angle fermé). Par conséquent, les éléments qui concernent une clientèle plus âgée ou spécifique n'ont pas été retenus. Seuls les éléments jugés pertinents pour la population

¹¹ Ces traitements n'ont pas d'indication, dans leur monographie canadienne officielle, pour le traitement du TDAH.

ciblée par l'outil, selon les membres du comité consultatif, ont été présentés dans l'outil. La liste des contre-indications et des précautions retenues est présentée au [tableau 4](#).

Même si l'anxiété et les tics peuvent mener à prendre des précautions lors de la prise de psychostimulants, les membres du comité consultatif ont souligné que les bienfaits associés au traitement du TDAH avec un psychostimulant surpassent souvent les risques. En accord avec les recommandations présentes dans deux guides retenus [AADPA, 2022; CADDRA, 2020], les psychostimulants demeurent donc le premier choix en présence de tics ou d'anxiété, mais les patients susceptibles de présenter ces problèmes devraient faire l'objet d'une surveillance étroite [CADDRA, 2020].

Tableau 4 Principales contre-indications et précautions associées au traitement pharmacologique du TDAH

CONTRE-INDICATIONS	
Général ▪ Hypersensibilité ou allergie connue au produit Psychostimulants et atomoxétine ▪ Hypertension de modérée à grave ▪ Hyperthyroïdie non maîtrisée ▪ Maladie cardiovasculaire symptomatique ▪ Troubles cardiovasculaires graves	
PRÉCAUTIONS	
Général ▪ Grossesse et allaitement Psychostimulants ▪ Vasculopathie périphérique, y compris syndrome de Raynaud ▪ Insuffisance rénale ▪ Épilepsie ▪ Priapisme et rétention urinaire ▪ Anxiété (trouble ou symptôme)* ▪ Tics* ▪ Croissance	Atomoxétine ▪ Vasculopathie périphérique, y compris syndrome de Raynaud ▪ Priapisme et rétention urinaire ▪ Insuffisance hépatique Guanfacine ▪ Somnolence et sédation ▪ Allongement de l'intervalle QTc ▪ Hausse de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque à l'interruption du traitement ▪ Insuffisance hépatique et rénale

Liste non exhaustive des contre-indications et des précautions. Pour plus de détails concernant les traitements pharmacologiques, se référer aux monographies des médicaments.

* Les bienfaits associés au traitement du TDAH avec un psychostimulant surpassent souvent les risques.

Interactions pharmacologiques

Les interactions médicamenteuses graves sont peu fréquentes avec les traitements pharmacologiques du TDAH chez les jeunes de moins de 18 ans selon les monographies⁷ des différents traitements et les guides retenus [CADDRA, 2020]. Il a tout de même été jugé pertinent, avec les membres du comité consultatif, de restreindre la liste aux interactions correspondant à une population pédiatrique et chez qui une mise en garde ou une surveillance de l'effet ou de la réponse au traitement est nécessaire

(Tableau 5). La seule combinaison de traitements à éviter concerne la guanfacine et les agonistes α_2 et bêtabloquants (p. ex. clonidine), car ils ont des mécanismes d'action similaires.

Tableau 5 Principales interactions des traitements pharmacologiques du TDAH

Médicament concomitant*	Méthylphénidate	Amphétamine	Atomoxétine	Guanfacine
Antidépresseurs				
Antidépresseur tricycliques (ATC)	⚠	⚠	⚠	⚠
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) (p. ex. fluoxétine, citalopram, paroxétine)	⚠	⚠	⚠	⚠
Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) (p. ex. venlafaxine)	⚠	⚠	✓	✓
Antihypertenseurs				
Agonistes α_2 et bêtabloquants (p. ex. clonidine)	⚠	⚠	⚠	✗
Antipsychotiques				
Quétiapine	✓	✓	⚠ (rare)	⚠
Décongestionnants				
(p. ex. éphédrine, pseudoéphédrine)	⚠	⚠	⚠	✓
Inhibiteurs du cytochrome P450 3A4				
(p. ex. pamplemousse)	✓	✓	✓	⚠

✗ Éviter la combinaison

⚠ Surveiller l'effet ou la réponse au traitement

✓ Aucune interaction connue

* Liste non exhaustive des interactions avec des produits parfois administrés aux jeunes de moins de 18 ans

2.4.8 Amorce du traitement pharmacologique

L'amorce du traitement pharmacologique est abordée dans huit documents consultés [AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; BC Guidelines, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. La prise des psychostimulants devrait commencer avec la dose la plus faible possible et être ajustée chaque semaine pour obtenir la dose minimale efficace et tolérable. Les médicaments contre le TDAH chez les jeunes devraient être ajustés en fonction des symptômes, du niveau de fonctionnement et des effets indésirables. La dose adéquate correspond à la dose minimale jugée efficace pour réduire les symptômes et améliorer le fonctionnement, qui implique des effets indésirables absents, minimes ou tolérables [Wolraich *et al.*, 2019].

Les traitements devraient faire l'objet d'un suivi rapproché de la part des professionnels de la santé au début et tout au long de la prise de la médication [AADPA, 2022]. Le choix du médicament et de la dose ne doit pas être basé uniquement sur l'âge et le poids de l'enfant, mais tenir compte des symptômes et de la réponse au traitement [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018].

En résumé

La prise des psychostimulants devrait commencer avec la plus petite dose possible et ajustée hebdomadairement pour obtenir la dose minimale efficace et tolérable.

Les symptômes, le fonctionnement et les effets indésirables doivent être évalués pour l'ajustement de la dose et servir à déterminer la dose minimale du traitement pharmacologique jugée efficace.

Le choix du médicament et de la dose ne devrait pas être basé uniquement sur l'âge et le poids de l'enfant, mais tenir compte des symptômes et de la réponse au traitement.

Utilisation de la pharmacogénomique

La pharmacogénomique, la médecine personnalisée ou la médecine de précision sont des domaines en plein essor. La pharmacogénomique étudie l'influence des facteurs génétiques sur la réponse aux médicaments et vise à prédire, à l'aide d'une analyse génétique, la médication et le dosage efficaces et optimaux pour les patients. Dans la littérature, certaines réserves ont été soulevées quant à l'utilité de ces tests. À ce jour, aucun essai clinique *randomisé* (ECR) n'a été réalisé concernant l'efficacité de ce genre de tests en ce qui concerne les médicaments spécifiques au TDAH [Maruf *et al.*, 2020]. De plus, ces tests ne tiennent pas compte des facteurs démographiques, des caractéristiques cliniques (poids, fonction rénale et hépatique) ou de l'usage concomitant d'autres médicaments, d'inhibiteurs ou d'inducteurs d'enzyme métabolisant les médicaments qui ont des impacts connus sur l'exposition aux traitements [Maruf *et al.*, 2020]. Des pharmaciens québécois et français ont indiqué leur préoccupation quant à la nécessité d'une formation adéquate, de lignes directrices claires et de balises de remboursement – ce qui n'est pas le cas actuellement pour la pharmacogénomique au Québec ou ailleurs [Harry *et al.*, 2019]. L'interprétation de ces tests devrait toujours être réalisée par ou en collaboration avec les cliniciens formés.

Disponibles sur le marché québécois, des « bilans pharmacogénétiques » permettraient, selon la description présente sur les pages Web de fournisseurs, d'évaluer l'efficacité et les risques associés à une dizaine de traitements pharmacologiques administrés pour traiter le TDAH. Toutefois, il faut noter que ce genre d'analyse ne fait pas l'objet d'une évaluation de la part de Santé Canada [Young et MacDougall, 2023].

Les recommandations canadiennes rapportent que, bien que prometteuses, les données sur le dépistage génétique sont actuellement insuffisantes pour prédire le médicament optimal à administrer à une personne qui présente un TDAH [CADDRA, 2020].

Les énoncés de quatre autres guides retenus appuient ces recommandations, incitant à ne pas recourir aux tests génétiques pour orienter le traitement du TDAH [CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018].

De plus, lors des rencontres avec le comité consultatif, certains membres ont soulevé un doute quant à l'utilité des tests génétiques offerts actuellement au Québec pour orienter les traitements pharmacologiques du TDAH. Ces tests incitent à la prudence dans leur utilisation et leur interprétation.

En résumé

Actuellement, l'efficacité des tests génétiques (pharmacogénomique) pour orienter le choix des médicaments destinés à traiter le TDAH n'est pas démontrée. Ces tests ne peuvent donc pas être recommandés.

2.4.9 Considérations lors de l'amorce d'un traitement pharmacologique

Les traitements pharmacologiques du TDAH ne devraient pas être amorcés sans un diagnostic établi [NICE, 2018]. La Société canadienne de pédiatrie [2018] a émis une recommandation pour que les médicaments soient réservés aux enfants et aux adolescents diagnostiqués avec un TDAH « dont les apprentissages ou la performance scolaire sont perturbés par des troubles d'attention ou dont les comportements et les interactions sociales sont altérés par l'absence de contrôle de l'impulsivité et de l'hyperactivité. » Les membres du comité consultatif ont réitéré cette préoccupation, à savoir qu'il devrait y avoir une assurance que les traitements pharmacologiques sont donnés après une évaluation approfondie, un diagnostic basé sur les critères établis et lorsqu'ils sont cliniquement requis.

Risque cardiovasculaire

Plusieurs risques cardiovasculaires sont associés aux traitements pharmacologiques du TDAH. Selon l'information issue de cinq guides, il est recommandé, avant l'amorce d'un traitement pharmacologique du TDAH, d'évaluer les risques cardiaques avant et pendant la prise de la médication (p. ex. fréquence cardiaque, tension artérielle) [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018].

Un électrocardiogramme n'est pas recommandé avant d'amorcer un traitement pharmacologique du TDAH, à moins d'avoir la suspicion d'un problème cardiaque basée sur le tableau clinique – symptômes, signes, antécédents familiaux ou personnels, facteurs de risque [AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020]. Certaines conditions spécifiques mentionnées dans cinq guides [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018] peuvent mener à l'orientation du patient vers la cardiologie :

- un antécédent de maladie cardiaque congénitale ou de chirurgie cardiaque,
- des palpitations, une syncope, des convulsions,
- un antécédent familial de mort cardiaque subite, un syndrome de Wolff-Parkinson-White, une cardiomyopathie hypertrophique ou un syndrome du QT long,
- un souffle cardiaque, une insuffisance cardiaque,
- une douleur thoracique évoquant une origine cardiaque,
- un évanouissement à l'effort,
- un essoufflement à l'effort comparativement aux pairs, et
- une tension artérielle constamment au-dessus du 95^e percentile pour l'âge et le poids.

Compte tenu des risques cardiaques, les membres du comité consultatif ont spécifié qu'il n'était pas nécessaire de mentionner dans l'outil tous les détails des conditions pouvant mener à l'orientation vers la cardiologie. Les médecins ou infirmières sauront juger des critères spécifiques en fonction de leurs patients. Les membres du comité ont cependant souligné qu'au Québec, dans certaines régions éloignées, il n'est pas toujours possible d'avoir accès à un cardiologue et qu'un le patient pourrait être orienté vers la pédiatrie.

En résumé

La fréquence cardiaque et la tension artérielle devraient être surveillées avant l'amorce d'un traitement pharmacologique pour le TDAH et lors du suivi subséquent.

L'orientation vers la cardiologie ou la pédiatrie peut être envisagée avant de commencer des traitements en cas d'antécédent de maladie cardiaque congénitale, de chirurgie cardiaque ou d'un examen médical qui souligne un état anormal.

Risque d'abus de substance

Les psychostimulants peuvent être détournés pour un mésusage ou un abus, et ce, particulièrement par les personnes qui présentent des troubles comorbides de conduite ou d'opposition avec provocation [Krull *et al.*, 2023]. Selon l'information présentée dans six guides, les professionnels de la santé doivent être vigilants face au risque d'abus de substance, de détournement et de mésusage des psychostimulants chez les adolescents [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; NICE, 2018]. Dans deux des guides retenus, il a été proposé de prescrire des molécules à longue durée d'action et d'éviter de remettre des ordonnances qui couvrent de longues périodes afin de réduire le risque d'abus et de détournement de psychostimulants [Therribout *et al.*, 2023; AADPA, 2022]. Les traitements de seconde intention, soit l'atomoxétine et la guanfacine, peuvent également être envisagés comme autres options thérapeutiques, car ils ne présentent pas de risque d'abus [Therribout *et al.*, 2023].

En résumé

Avant de commencer un traitement pharmacologique pour le TDAH chez les adolescents et les jeunes adultes, le risque d'abus de substance, de détournement et de mésusage des psychostimulants devrait être évalué.

2.4.10 Traitements pharmacologiques du TDAH et des troubles comorbides

La prévalence des jeunes qui présentent un TDAH accompagné d'un trouble comorbide est élevée; elle peut varier de 50 % à 90 % selon les données rapportées par la CADDRA [2020]. Par conséquent, les professionnels de la santé doivent envisager de traiter ces troubles concomitants. La majorité des documents retenus abordent le traitement du TDAH et des troubles comorbides [AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; NICE, 2018]. Il est recommandé que le clinicien, à l'aide d'un processus de décision partagé, détermine quelle condition, du TDAH ou des comorbidités, compromet le plus le fonctionnement et traiter cette condition en premier [Barbarese *et al.*, 2020].

Selon les éléments mentionnés dans le guide de la CADDRA [2020], les professionnels de la santé qui traitent un jeune présentant un TDAH et un trouble psychiatrique comorbide devraient opter pour des médicaments qui altèrent le moins possible les fonctions cognitives afin d'éviter d'aggraver les symptômes du TDAH. Il a été rapporté par les auteurs du NICE [2018] et de l'AADPA [2022] que les traitements pharmacologiques offerts pour le TDAH peuvent également être administrés aux personnes ayant un TDAH comorbide avec un trouble de l'anxiété, un trouble de l'humeur, un tic ou un trouble du spectre de l'autisme. Il faut toutefois considérer que le traitement d'un jeune qui présente un TDAH et une ou plusieurs comorbidités peut entraîner de la polypharmacie, et par conséquent augmenter le risque d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires [CADDRA, 2020]. Par conséquent, certaines circonstances ou conditions peuvent nécessiter l'orientation de la personne atteinte vers un médecin spécialiste [Wolraich *et al.*, 2019]. Dans cette optique, selon le NICE [2018], des antipsychotiques atypiques combinés à des psychostimulants ne devraient pas être proposés aux jeunes présentant un TDAH et de l'agressivité, des colères ou de l'irritabilité sans l'avis d'un spécialiste.

En résumé

Les troubles comorbides au TDAH sont prévalents et doivent être traités de manière concomitante; le trouble qui a le plus d'impact sur le fonctionnement devrait être traité en premier. Les professionnels devraient opter pour des médicaments qui altèrent le moins possible les fonctions cognitives.

Les médicaments spécifiques au TDAH peuvent être administrés en présence de certains troubles mentaux comorbides : troubles anxieux; troubles de l'humeur; tics; trouble du spectre de l'autisme.

Dans certains cas complexes, les jeunes peuvent être orientés vers la médecine spécialisée, comme dans le cas où des antipsychotiques atypiques sont combinés à des psychostimulants pour un jeune qui présente un TDAH et de l'agressivité, de la colère ou de l'irritabilité.

2.5 Suivi du TDAH

2.5.1 Principes du suivi

Des indications concernant le suivi des jeunes qui présentent un TDAH sont énoncées dans neuf des guides retenus [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; BC Guidelines, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018]. Les auteurs de plusieurs de ces guides ont indiqué que le TDAH devrait être considéré comme une condition chronique et faire l'objet d'un suivi

approprié [AADPA, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020]. Ainsi, les jeunes qui présentent un TDAH devraient avoir un suivi régulier, quelle que soit l'approche thérapeutique employée (intervention pharmacologique ou non pharmacologique) [AADPA, 2022].

Selon les recommandations des guides de la CADDRA et du NICE, le jeune et sa famille doivent participer au processus de suivi [CADDRA, 2020; NICE, 2018]. Lors des rencontres avec les membres du comité consultatif, l'importance, lors du suivi, de la participation d'intervenants venant des différentes sphères d'activité dans lesquelles le jeune évolue a également été soulignée, soit :

- le milieu des services de garde éducatifs à l'enfance (garderie, préscolaire, etc.),
- le milieu scolaire (enseignants, directeurs, orthopédagogues, travailleurs en éducation spécialisée, etc.),
- le milieu médical (médecins, infirmières, pédiatres, etc.),
- le milieu communautaire (CLSC, organismes, etc.), et
- l'intervenant de coordination-liaison, lorsque disponible.

Les membres du comité consultatif ont aussi mentionné qu'une bonne communication entre les différents professionnels et intervenants des différentes sphères d'activité est essentielle, mais ils sont conscients que le système de santé actuel ne peut pas toujours y prétendre. Selon eux, il demeure tout de même idéal pour le jeune et sa famille de bénéficier d'un suivi où toutes les sphères professionnelles et d'intervenants sont intégrées.

Les consultations menées auprès des parties prenantes ont également mis en lumière que le suivi des jeunes qui présentent un TDAH nécessite un accompagnement soutenu de la part de plusieurs milieux, dont le milieu scolaire. Les enseignants et les directeurs ont rapporté que la collaboration et la communication sont requises entre les parents, l'école et les cliniciens, et qu'il y a un besoin d'informer les parents et de les guider à travers les différentes étapes de cheminement du jeune.

Dans quatre guides, les auteurs recommandent des intervalles de suivi variant de trois à six mois lors de prise de médication pour traiter le TDAH [AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; NICE, 2018]. Les membres du comité consultatif ont cependant souligné que les intervalles de suivi dépendent de la condition du jeune, de ses comorbidités et de facteurs externes. Ils ont confirmé que le suivi devrait être rapproché lors de l'amorce de la médication, et particulièrement au cours de la période de stabilisation (titrage). Considérant certains facteurs organisationnels spécifiques au contexte québécois, les membres du comité consultatif ont mentionné qu'une fois cette période de stabilisation terminée il est plus réaliste de proposer que les jeunes soient suivis durant une période allant de 6 à 12 mois. Les consultations menées auprès des parties prenantes ont permis de constater que la fréquence du suivi diffère grandement d'un individu à l'autre (aux 3, 6, 12 mois...).

En résumé

Un suivi régulier des jeunes qui présentent un TDAH est recommandé, et devrait impliquer la collaboration de ce jeune, de sa famille, de même que des milieux éducatif, scolaire, médical et communautaire.

La communication entre les différents intervenants et professionnels devrait être favorisée.

Après la période de stabilisation de la médication, les jeunes qui présentent un TDAH devraient être suivis tous les 6 à 12 mois.

Éléments à considérer lors du suivi

Plusieurs éléments à considérer lors du suivi sont mentionnés dans les guides retenus, dont, notamment, l'aggravation des symptômes, les effets indésirables et les atteintes fonctionnelles (voir détails au [tableau 6](#)) [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Chang *et al.*, 2020; NICE, 2018].

Tableau 6 Liste d'aspects à considérer lors du suivi des jeunes qui présentent un TDAH

▪ Évolution des atteintes fonctionnelles ▪ Aggravation des symptômes du TDAH ▪ Efficacité des interventions en place ▪ Besoin d'une révision de la médication ▪ Besoin de soutien (p. ex. social, éducatif, psychologique) ▪ Croissance (poids, taille) ▪ Carences nutritionnelles/appétit	▪ Anxiété, tics, changements d'humeur, qualité du sommeil ▪ Fonction cardiovasculaire, fréquence cardiaque et tension artérielle ▪ Chez les adolescents et les jeunes adultes : – risque de consommation, d'abus et de détournement de substances (p. ex. amélioration des performances scolaires) – fonction sexuelle
--	---

TDAH : trouble du déficit de l'attention/hyperactivité; p. ex. : par exemple.

Concernant ces aspects, les membres du comité consultatif ont également ajouté que l'efficacité des interventions devrait être évaluée, de même que le risque d'abus et de consommation de substances, en plus du risque de détournement. Par ailleurs, les psychostimulants pouvant compromettre l'appétit et la croissance, et il a été suggéré par les membres du comité d'ajouter un point au regard de la surveillance des carences nutritionnelles lors du suivi des jeunes qui présentent un TDAH.

Il est recommandé de surveiller régulièrement la croissance et le poids de l'enfant à la suite de l'administration de psychostimulants [Krull *et al.*, 2023; AADPA, 2022; CADDRA, 2020; NICE, 2018]. En cas de préoccupation, il est suggéré :

- de prendre la médication avec ou après un repas,
- de prendre des repas ou des collations additionnels tôt le matin ou tard le soir lorsque les effets des stimulants diminuent,

- de consommer des aliments à haute teneur en calories et qui ont des valeurs nutritives élevées,
- d'obtenir les conseils d'un nutritionniste,
- de réviser la médication, et
- d'envisager un congé thérapeutique (voir section [Congé thérapeutique des psychostimulants](#)).

Selon des membres du comité consultatif, les conseils nutritionnels présentés doivent rester simples dans l'outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH. Lorsque la croissance est compromise, il serait préférable de consulter un professionnel en nutrition afin d'évaluer la complexité de la problématique.

2.5.2 Révision de la médication

Le TDAH est fréquemment décrit comme une condition chronique qui doit être suivie tout au long de la vie d'un individu [Wolraich *et al.*, 2019]. Considérant l'évolution des besoins, la maturation du cerveau ou les conditions coexistantes, le besoin d'un traitement pharmacologique peut évoluer tout au long du développement vers l'âge adulte [Lohr *et al.*, 2021]. La médication du jeune qui présente un TDAH devrait être révisée (p. ex. molécule, posologie, durée d'action) au moins une fois par année [AADPA, 2022; CADDRA, 2020; NICE, 2018]. Certains guides recommandent de réviser la médication durant certaines périodes spécifiques comme les vacances d'été ou d'hiver [CADDRA, 2020]. Les parties prenantes consultées ont mentionné qu'une réévaluation et une révision de la médication réalisées en début d'année scolaire pourraient être avantageuses dans certaines situations. Cependant, le comité consultatif a jugé préférable de ne pas restreindre les périodes de révision, puisque chaque jeune présente des besoins et des défis qui lui sont propres et que le meilleur moment pour réviser la médication doit être adapté aux besoins individuels.

Selon l'information présentée dans deux guides [AADPA, 2022; NICE, 2018], plusieurs éléments sont à considérer et à documenter lors de la révision de la médication :

- les impacts sur le fonctionnement,
- les effets sur la santé mentale, la santé physique et les troubles neurodéveloppementaux,
- la présence d'effets indésirables,
- les besoins du jeune (physiologiques, psychologiques), et
- l'avis du jeune et de sa famille.

La présence d'effets indésirables est une des raisons qui peut mener à une révision de la médication des jeunes qui présentent un TDAH [AADPA, 2022; Wolraich *et al.*, 2019; NICE, 2018]. La consultation auprès des jeunes et des parents de jeunes qui présentent un TDAH a également mis en évidence des raisons pouvant mener à une tentative d'arrêt de la médication. Des doutes sur l'utilité et la pertinence de la médication, une

réévaluation du fonctionnement ou des symptômes, ou simplement le désir d'arrêter font partie des raisons nommées. Par conséquent, les personnes consultées ont souligné un besoin de réévaluation de leurs symptômes et de leur médication lors du suivi. Elles rapportent également que, lors du suivi, le professionnel réévalue le trouble de façon régulière et discute des stratégies à adopter avec le jeune et sa famille.

À la suite de la révision de la médication et compte tenu des choix envisagés par le jeune, sa famille et le professionnel de la santé, la possibilité d'introduire des congés thérapeutiques ou d'entreprendre une déprescription peut être envisagée.

En résumé

La médication d'un jeune qui présente un TDAH devrait être révisée au moins une fois par année, et prendre en considération plusieurs éléments comme les besoins du jeune, les impacts sur son fonctionnement, les effets sur sa santé mentale, physique et neurodéveloppementale, de même que l'avis de ce jeune.

2.5.3 Congé thérapeutique des psychostimulants

Le congé thérapeutique consiste à arrêter les psychostimulants temporairement durant une période déterminée [CADDRA, 2020]. Cet arrêt de traitement est un acte qui requiert l'avis d'un professionnel de la santé, en collaboration avec le jeune et sa famille [NICE, 2018]. Selon les éléments mentionnés dans trois guides, un congé thérapeutique peut présenter certains bénéfices par rapport aux effets indésirables du TDAH, notamment sur la croissance [AADPA, 2022; CADDRA, 2020; NICE, 2018]. Malgré tout, les auteurs du NICE ont indiqué un manque de preuve pour recommander avec certitude un congé thérapeutique, sans compter que cela peut influencer négativement sur l'adhésion au traitement [NICE, 2018]. L'arrêt du méthylphénidate pourrait également être associé à des effets cliniques défavorables sur les symptômes du TDAH [NICE, 2018]. Les auteurs du NICE ont cependant indiqué, tout comme les guides canadien et australien, que, lorsque la croissance d'un jeune est compromise de manière significative par la médication, un congé thérapeutique lors des vacances scolaires peut être envisagé pour « rattraper la croissance » [AADPA, 2022; CADDRA, 2020; NICE, 2018].

En raison de leur métabolisation rapide, la prise du méthylphénidate et des amphétamines peut être interrompue sans réduction graduelle. Toutefois, il est rapporté dans le guide canadien que, en cas d'arrêt pour un congé thérapeutique, une attention particulière devrait être accordée à la pertinence d'évaluer l'arrêt ou la reprise du traitement. Cela a pour objectif d'éviter les effets de sevrage du médicament, ou les effets liés à la reprise après un arrêt (p. ex. les effets secondaires) [CADDRA, 2020]. Selon les auteurs, un arrêt des psychostimulants les fins de semaine pourrait augmenter le risque d'effets indésirables.

Contrairement aux psychostimulants, les médicaments non stimulants indiqués pour traiter le TDAH tels que la guanfacine et l'atomoxétine ne peuvent pas être arrêtés de

manière abrupte [AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018]. La prise de la guanfacine, plus particulièrement, doit être interrompue graduellement pour réduire les effets dus à un sevrage, dont, notamment, les crises hypertensives [CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Feldman *et al.*, 2018]. Considérant ces éléments, les membres du comité consultatif ont souligné qu'une mise en garde à cet égard devrait être mise en évidence dans l'outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH.

2.5.4 Déprescription

Il est rapporté dans la littérature qu'environ 40 à 60 % des jeunes diagnostiqués avec un TDAH continueront de présenter des symptômes partiels à l'âge adulte [De Crescenzo *et al.*, 2017; Faraone *et al.*, 2015; Faraone *et al.*, 2006]. Inversement, une proportion non négligeable de jeunes présentant un TDAH pourraient éventuellement ne plus avoir besoin de médication. Il est mentionné dans le guide canadien qu'« à titre de bonne pratique clinique, il convient de réévaluer si le ou les médicaments sont encore nécessaires » [CADDRA, 2020]. Toutefois, lors de l'arrêt du traitement, les risques et les bénéfices ainsi que les effets du sevrage doivent être considérés [CADDRA, 2020; NICE, 2018].

Une forte préoccupation est associée au nombre d'ordonnances associées à une médication spécifique au TDAH au Québec [Commission de la santé et des services sociaux, 2020]. Aucun guide de pratique clinique ne traite spécifiquement d'une « déprescription » de la médication. Parmi les documents retenus, il est mentionné dans le guide du NICE [2018] que des périodes d'essai d'arrêt de la médication ou de réduction de doses peuvent être envisagées lorsque cela semble approprié – lorsque la balance des bénéfices surpasse les risques anticipés. Des experts consultés ainsi que les membres du comité consultatif ont mentionné que, pour bien observer la balance risque/bénéfice, la déprescription devrait être tentée lorsque le jeune évolue dans un des milieux où les symptômes étaient présents auparavant comme durant la période scolaire, car cela pourrait permettre d'observer les effets du changement sur les résultats scolaires. Il a été mentionné que la déprescription pourrait être amorcée à la suite d'un congé thérapeutique estival (vacances scolaires) si l'enfant a gagné suffisamment en maturité. Les membres du comité consultatif ont également ajouté que des moments charnières du développement correspondant à des âges spécifiques où des transitions surviennent peuvent être propices à la déprescription :

- 11-12 ans (primaire → secondaire),
- 15-16 ans (secondaire → collégial),
- 18-25 ans (jeunes adultes).

Selon l'évolution individuelle du jeune dans son environnement, lui ou sa famille peut également ressentir le besoin de reconsidérer ses besoins de médication [AADPA, 2022]. Afin de déterminer si les traitements pharmacologiques présentent encore des bénéfices sur la réduction des symptômes et sur le fonctionnement lors de la

déprescription, les démarches évaluative et diagnostique proposées dans la première section de l'outil d'aide à la prise en charge des jeunes qui présentent un TDAH ou du présent rapport peuvent être employées [AADPA, 2022; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019].

En résumé

- Certains jeunes qui présentent un TDAH pourraient ne plus avoir besoin de médication au cours de leur développement.
- La réévaluation des besoins de médication peut être faite à la demande du jeune et de sa famille ou à des moments charnières de son développement.
- Selon l'évolution des besoins du jeune, en fonction de ses symptômes et de son fonctionnement, une réduction ou un arrêt de la médication pourraient être envisagés.
- La guanfacine peut générer des symptômes de sevrage et doit être réduite graduellement afin de réduire le risque d'hypertension rebond et de tachycardie.

2.5.5 Transition des soins

Au cours de sa vie et de son parcours de soins, le jeune vivra plusieurs périodes de transition qui peuvent nécessiter du soutien. Une transition fait référence à un événement unique via un processus planifié d'un endroit à un autre, un milieu à un autre ou un parcours à un autre [Toulany *et al.*, 2022]. Des énoncés ou recommandations sont présents dans six guides ou énoncé de position retenus [AADPA, 2022; Toulany *et al.*, 2022; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; NICE, 2018]. Il est rapporté que les transitions sont des éléments importants du modèle de soins, et que les jeunes qui présentent un TDAH devraient recevoir du soutien lors de ces périodes. Les guides mentionnent des transitions scolaires telles que de l'école primaire vers le secondaire, du secondaire vers les études collégiales et universitaires. Les membres du comité consultatif ont également souligné que les jeunes enfants à la garderie ou à la prématernelle/maternelle seront également touchés par des transitions vers l'école primaire. De ce fait, les jeunes qui présentent un TDAH peuvent vivre des transitions :

- d'une école à une autre, d'une classe régulière à une classe spécialisée,
- de niveaux scolaires : préscolaire vers le primaire, primaire vers secondaire, secondaire vers collégial, collégial vers universitaire,
- de l'enfance et l'âge adulte.

Considérant les recommandations sur le processus de décision partagée comme mentionné précédemment, les transitions devraient également impliquer la participation du jeune et de sa famille, tout en étant holistiques et en offrant le partage de l'information [AADPA, 2022]. Un plan de transition devrait être basé sur les besoins du jeune, ses

forces et les étapes de son développement. Particulièrement lors de l'adolescence, les jeunes sont en mesure de collaborer et de comprendre les processus auxquels ils font face. Dans le guide de la CADDRA, il est rapporté que cette approche renforce l'autonomie émergente de l'adolescent, qui devra éventuellement prendre en charge ses soins [CADDRA, 2020]. En fonction de ces éléments, les effets de la transition sur les symptômes du TDAH et sur le fonctionnement des troubles comorbides devraient être évalués. Enfin, la continuité des services entre les milieux devrait être assurée dans la prise en charge et les transitions des jeunes qui présentent un TDAH – p. ex. un plan d'intervention en milieu scolaire devrait être partagé ou rendu accessible lors des différentes transitions scolaires [NICE, 2018].

En résumé

Le jeune qui présente un TDAH devrait recevoir du soutien lors des différentes transitions qu'il pourrait traverser, que ce soit une transition de soins, scolaire ou vers l'âge adulte.

Les effets de la transition sur les symptômes du TDAH, le fonctionnement et les troubles comorbides devraient être évalués.

Lors des transitions, les besoins du jeune, ses forces et les étapes de son développement devraient être considérés. Le jeune et sa famille devraient participer au processus.

La continuité des services entre les milieux transitionnels devrait être assurée.

Transition vers l'âge adulte

La transition vers l'âge adulte est une étape importante du développement du jeune. Les jeunes suivis en pédiatrie devront généralement s'orienter, à l'atteinte de leur majorité, vers des soins primaires impliquant un médecin de famille. Considérant les changements qui surviennent lors de cette transition, ce processus nécessite une planification en amont. Dans les guides retenus, il est rapporté qu'une transition se prépare au moins 12 mois avant le 18^e anniversaire afin de préciser les besoins et de permettre une planification appropriée [AADPA, 2022; NICE, 2018]. Le comité consultatif a cependant souligné, considérant certains facteurs organisationnels spécifiques au contexte québécois, qu'il serait préférable de planifier la transition jusqu'à 24 mois avant le 18^e anniversaire. Ces propos concordent somme toute avec le guide de l'American Academy of Pediatrics (AAP) dans lequel il est mentionné que, pour favoriser la transition en douceur vers l'âge adulte, il est préférable de planifier celle-ci dès le début du secondaire vers l'âge de 14 ans et de se concentrer spécifiquement sur les deux années précédant la fin du secondaire (17-18 ans) [Wolraich *et al.*, 2019].

Tout comme les autres types de transition mentionnés précédemment, la participation active du jeune et de sa famille est encouragée, et un plan de transition personnalisé avec des étapes favorisant l'indépendance et l'autonomie des soins est encouragé

[AADPA, 2022; Toulany *et al.*, 2022; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; NICE, 2018]. De plus, le transfert d'information entre les différents services devrait être assuré, et ce, dans le respect des règles de consentement et de confidentialité. Au Québec, dès l'âge de 14 ans, un jeune peut donner son consentement concernant ses soins, et ce, de manière autonome. Par conséquent, les membres du comité consultatif ont indiqué que le jeune peut participer assez tôt et activement à la planification de ses soins et des transitions. Il est également rapporté dans le guide canadien qu'il est important que les adolescents prennent part aux décisions et qu'un lien direct soit établi entre celui-ci et le clinicien, sans intermédiaire, afin de renforcer son autonomie [CADDRA, 2020].

Les membres du comité consultatif ont rapporté que la période de transition vers l'âge adulte peut impliquer des contextes différents, particulièrement chez les jeunes de 18 à 25 ans. Certains jeunes seront encore aux études et vivront chez leurs parents, tandis que d'autres seront sur le marché du travail, autonomes financièrement et indépendants. Dans ce contexte, les interventions psychosociales en cours ou à venir devront, selon les membres du comité, être adaptées au milieu de vie du jeune adulte. De plus, à moins d'avis contraire, les traitements pharmacologiques, quant à eux, peuvent être maintenus lors de la transition vers l'âge adulte s'ils étaient efficaces avant l'âge de 18 ans. Toutefois, lors d'un changement dans les modalités de l'assurance médicaments (p. ex. lors de l'entrée sur le marché du travail ou de l'arrêt des études), il pourrait être nécessaire de présenter une nouvelle demande d'accès à des médicaments d'exception (p. ex. atomoxétine).

En résumé

La transition vers l'âge adulte d'un jeune qui présente un TDAH devrait être planifiée et personnalisée au moins 12 à 24 mois avant son 18^e anniversaire.

Le jeune et sa famille devraient participer aux démarches et à l'établissement d'un plan de transition personnalisé pour le jeune adulte, où des étapes favorisant l'indépendance et l'autonomie des soins sont encouragées.

Les interventions psychosociales pourraient devoir être adaptées en fonction du contexte et du milieu de vie du jeune adulte.

Les traitements pharmacologiques peuvent, quant à eux, être maintenus à l'âge adulte, à moins d'avis médical contraire.

2.5.6 Consultation en médecine spécialisée

Au Québec, la majorité des jeunes qui présente un TDAH sont suivis en première ligne, mais certaines circonstances peuvent amener les professionnels à les orienter vers des soins spécialisés. Plusieurs spécialités peuvent participer au suivi des troubles mentaux des jeunes qui présentent un TDAH, y compris le pédiatre, le neurologue, le pédopsychiatre, le pédopsychologue, le psychologue, le neuropsychologue, etc. [Krull *et al.*, 2023; NICE, 2018] Six guides retenus à l'occasion de la recherche mentionnent des critères de l'orientation vers des soins spécialisés [Krull *et al.*, 2023; Barbaresi *et al.*, 2020; CADDRA, 2020; Wolraich *et al.*, 2019; Belanger *et al.*, 2018; Feldman *et al.*, 2018; NICE, 2018] :

- dans des cas graves ou complexes comme en présence de certains troubles mentaux, d'atteintes neurologiques ou médicales comorbides;
- en cas de prise d'antipsychotiques combinée à des psychostimulants;
- en cas de contexte psychosocial complexe (p. ex. traumatisme);
- chez les jeunes de moins de 6 ans pour qui les interventions psychosociales n'ont pas démontré de bénéfices et pour lesquels une médication peut être envisagée;
- en présence de symptômes ou de problèmes de fonctionnement persistants malgré les traitements ou pour lesquels des traitements de 3^e intention sont envisagés.

Les membres du comité consultatif ont spécifié que les médecins de famille font le suivi des jeunes qui présentent un TDAH avec comorbidités. Dans certains cas, ils peuvent demander l'avis d'un spécialiste, mais ils peuvent continuer de faire le suivi des jeunes dont la condition est stable. Ils ont également mentionné que certains cliniciens de première ligne qui font le suivi des jeunes qui ont un TDAH peuvent présenter divers niveaux d'expertise relativement à ces suivis, selon leur type de clientèle. Par conséquent, le choix et les circonstances qui mènent à l'orientation vers une spécialité seront faits en fonction du jugement clinique et des besoins particuliers et individuels de leurs patients.

En résumé

Dans certaines circonstances, le jeune pourra être orienté ou suivi en médecine spécialisée, comme dans les cas graves ou complexes ou lorsque les interventions n'ont pas démontré de bénéfices et que des traitements plus avancés sont envisagés.

DISCUSSION

Forces et limites

Cet outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH a été réalisé grâce à un processus rigoureux, avec une méthodologie qui comprend une recherche de la littérature grise, une évaluation de la qualité des documents de même qu'une évaluation critique. La majorité des documents retenus sont de qualité modérée ou bonne, augmentant ainsi le niveau de confiance dans les recommandations présentées.

Une collaboration avec les travaux de l'INESSS [2024] portant sur les interventions psychosociales a permis d'intégrer des éléments contextuels issus de consultations auprès de plusieurs parties prenantes – parents, jeunes, personnel des milieux scolaire et communautaire. Cela a permis de valider et d'intégrer les constats présentés dans ce rapport à l'outil d'aide à la prise en charge des jeunes qui présentent un TDAH afin qu'il soit représentatif du contexte québécois.

Un comité consultatif a accompagné l'équipe tout au long du projet, ce qui a permis une collaboration rapprochée avec un nombre important d'experts et d'intervenants. L'outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH et le rapport en soutien à cet outil ont été révisés par des lecteurs externes. De futurs utilisateurs ont par la suite validé l'outil d'aide à la prise en charge. Plusieurs professionnels de diverses spécialités ont participé à ce projet. Ils ont cependant pu être influencés par leur pratique, et leurs opinions pourraient ne pas être représentatives de tous les professionnels du Québec.

La méthodologie a été appliquée de manière rigoureuse. Cependant, la revue rapide peut présenter certaines limites comme un biais quant à la sélection des documents. Toutefois, considérant le nombre important de sources consultées et leur provenance diverse, il semble probable que la majorité des documents importants ont été retenus lors de la recherche. Malgré l'inclusion d'un bon nombre de guides de pratique clinique, il faut également retenir certains éléments contextuels quant à la pratique locale ou aux ressources disponibles dans les différentes régions du Québec. Les constats formulés dans le rapport et intégrés dans l'outil sont considérés comme de bonnes pratiques cliniques. Cependant, quelques-uns d'entre eux pourraient être plus difficilement applicables d'un point de vue organisationnel. De plus, certains médicaments pour traiter le TDAH chez les jeunes ne sont pas disponibles ou distribués au Canada, et ce, malgré leur potentiel intéressant.

Somme toute, la majorité des recommandations et des traitements issus des guides rejoignent ceux présentés dans l'outil d'aide à la prise en charge. Ces éléments ont également été validés auprès du comité consultatif concerné, de même que par les lecteurs externes et les futurs utilisateurs. Les éléments présentés dans l'outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH ont été acceptés après plusieurs ajustements réalisés par l'équipe.

Enjeux et retombées potentielles des travaux

Plusieurs enjeux entourant la prévalence des diagnostics et de la prescription de médicaments pour traiter le TDAH chez les jeunes au Québec ont été soulevés au cours des dernières années [INSPQ, 2022; INESSS, 2017a]. Considérant que plus de 50 % des médecins de famille rédigent les premières ordonnances de médicaments pour le TDAH, le besoin d'un outil d'aide à la prise en charge du TDAH par les professionnels de la première ligne a été rapporté [INSPQ, 2022; Commission de la santé et des services sociaux, 2020].

L'outil d'aide à la prise en charge réalisé dans le cadre de ces travaux a pour objectif non seulement d'aider à réévaluer les besoins du jeune qui présente un TDAH, mais également de bien juger dès le départ si la condition du jeune nécessite une intervention. L'outil présente une démarche évaluative et diagnostique globale, une approche thérapeutique axée sur les besoins du jeune et un suivi complet pouvant aller jusqu'à l'arrêt de la médication tout en considérant les différentes transitions auxquelles sont confrontés les jeunes qui présentent un TDAH. L'outil permettra ainsi aux professionnels de la première ligne d'être mieux soutenus dans la prise en charge de ces jeunes. Les différents aspects couverts dans le guide ne se substituent pas au jugement clinique, mais ils présentent de l'information tirée des meilleures pratiques cliniques à ce jour.

L'outil a été adapté, autant que possible, au contexte québécois afin d'en favoriser l'acceptabilité et l'implantation dans une optique d'optimisation et de standardisation des pratiques. L'INESSS est tout de même conscient que certaines recommandations, même si elles sont optimales, pourraient être plus difficilement applicables selon les ressources disponibles localement.

Actuellement, il ne semble pas exister de guide ou de recommandations spécifiques relativement à la déprescription des médicaments destinés aux jeunes qui présentent un TDAH au Québec ni ailleurs dans le monde. Certains éléments de l'outil ont été tirés des guides de pratique clinique retenus, et d'autres éléments ont été abordés lors de différentes consultations – comité consultatif, parties prenantes, informateurs clés. Considérant qu'une proportion importante de jeunes présentant un TDAH pourraient ne plus présenter la condition lorsqu'ils atteignent l'âge adulte, l'objectif d'une section sur la déprescription n'est pas de retirer les médicaments aux personnes qui en ont réellement besoin, mais bien d'évaluer si la personne en bénéficie encore.

CONCLUSION

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité est une condition complexe qui peut toucher un jeune dans plusieurs sphères de son fonctionnement. Les besoins de celui-ci doivent être considérés et ce jeune devrait être au centre des décisions concernant ses traitements et le suivi de sa condition. Sans se substituer au jugement clinique, l'application et l'implantation des recommandations proposées dans cet outil d'aide à la prise en charge visent à soutenir les professionnels de première ligne dans l'évaluation, le diagnostic, le traitement et le suivi des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH. Les retombées de cet outil dépendront cependant de sa diffusion, de l'adhésion aux recommandations de même que de l'appropriation et de l'engagement des professionnels de première ligne quant à son utilisation.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). 2022.
- Australian ADHD Professionals Association (AADPA). Australian EvidenceBased Clinical Practice Guideline For Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Australie : AADPA; 2022.
- Barbaresi 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.
- Belanger SA, Andrews D, Gray C, Korczak D. ADHD in children and youth: Part 1-Etiology, diagnosis, and comorbidity. *Paediatrics & child health* 2018;23(7):447-53.
- 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.
- 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. *J Clin Epidemiol* 2010;63(12):1308-11.
- Canadian ADHD Resource Alliance. Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. Toronto (Ontario) : CADDRA; 2020.
- Chang JG, Cimino FM, Gossa W. ADHD in Children: Common Questions and Answers. *American family physician* 2020;102(10):592-602.
- Clark B et Belanger SA. ADHD in children and youth: Part 3-Assessment and treatment with comorbid ASD, ID, or prematurity. *Paediatrics & child health* 2018;23(7):485-90.
- 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.
- De Crescenzo F, Cortese S, Adamo N, Janiri L. Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review. *Evid Based Ment Health* 2017;20(1):4-11.
- Elder TE. The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *J Health Econ* 2010;29(5):641-56.
- Evans WN, Morrill MS, Parente ST. Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *J Health Econ* 2010;29(5):657-73.

- Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2015;1:15020.
- Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006;36(2):159-65.
- Feldman ME, Charach A, Belanger SA. ADHD in children and youth: Part 2-Treatment. *Paediatrics & child health* 2018;23(7):462-72.
- Guidelines B. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Medications Marketed in Canada for Ages 6 Years and Older (October 2022). *BC Guidelines* 2020 :.
- Haeck C, Lefebvre G, Lefebvre P, Merrigan P. Surdiagnostic du TDAH au Québec: impact de l'âge d'entrée à l'école, différences régionales et coûts sociaux et économiques. *CIRANO*; 2023:93p.
- Harry M, Lebel D, de Denus S, Letarte N, Lavoie A, Marquot G, Bussière J-F. Perception de la pharmacogénomique par les pharmaciens hospitaliers, les internes et les résidents en pharmacie français et québécois. *Pharmactuel* 2019;53(2):88-95.
- ICD-11. International Classification of Diseases. World Health Organization (WHO); 2019/2021;Eleventh Revision.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Interventions psychosociales chez les jeunes de moins de 18 ans présentant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Québec (Québec) : Avis en cours de publication 2024.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Lignes directrices de revues rapides. Québec (Québec) 2023:51 :p.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Soins virtuels en pédiatrie. État des connaissances 2023:290p.
- 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 (Québec) : INESSS; 2017a:80p.
- 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 (Québec) : INESSS; 2017b:94p.
- 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 (Québec) : INESSS; 2017c:21p.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Intuniv XR^{MC} - Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Québec, QC : INESSS; 2014. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Fevrier_2014/Intuniv-XR_2014_02_CAV.pdf.
- 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 (Québec) : 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 (Québec) : INSPQ; 2019.
- Kazda L, Bell K, Thomas R, McGeechan K, Sims R, Barratt A. Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Scoping Review. *JAMA Netw Open* 2021;4(4):e215335.
- 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.
- Leon-Barriera R, Ortegón RS, Chaplin MM, Modesto-Lowe V. Treating ADHD and Comorbid Anxiety in Children: A Guide for Clinical Practice. *Clinical pediatrics* 2023;62(1):39-46.
- Lohr WD, Wanta JW, Baker M, Grudnikoff E, Morgan W, Chhabra D, Lee T. Intentional Discontinuation of Psychostimulants Used to Treat ADHD in Youth: A Review and Analysis. *Front Psychiatry* 2021;12:642798.
- Maruf AA, Fan M, Arnold PD, Muller DJ, Aitchison KJ, Bousman CA. Pharmacogenetic Testing Options Relevant to Psychiatry in Canada: Options de tests pharmacogenetiques pertinents en psychiatrie au Canada. *Can J Psychiatry* 2020;65(8):521-30.
- McCormick-Deaton CM et Mohiuddin S. New onset ADHD symptoms in adolescents and college students: Diagnostic challenges and recommendations. *Adolescent Psychiatry* 2018;8(2):79-92.
- Merten EC, Cwik JC, Margraf J, Schneider S. Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2017;11:5.
- Mulraney M, Arrondo G, Musullulu H, Iturmendi-Sabater I, Cortese S, Westwood SJ, et al. Systematic Review and Meta-analysis: Screening Tools for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2022;61(8):982-96.

- Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, Griffin B, Wong I, Bhatia RS. Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care: findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique. *J Telemed Telecare* 2018;24(9):608-15.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008.
- The National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management NICE guideline [NG87]. NICE; 2018.
- Therribout N, van Kernebeek MW, Vorspan F, Crunelle CL, van den Brink W, Ozgen H, et al. International consensus statement for the screening, diagnosis, and treatment of adolescents with concurrent attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder. *Consensus international sur le dépistage, le diagnostic et le traitement des adolescents avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité en cas de comorbidité avec des troubles de l'usage de substances* 2023;71(1):25-34.
- Toulany A, Gorter JW, Harrison M. A call for action: Recommendations to improve transition to adult care for youth with complex health care needs. *Paediatrics & child health* 2022;27(5):297-309.
- Wolraich ML, Hagan JF, Jr., 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).
- Young C et MacDougall D. An Overview of Pharmacogenomic Testing for Psychiatric Disorders: CADTH Horizon Scan. Ottawa (ON) 2023 :.

ANNEXE I

Méthodes de synthèse des données de la littérature, de l'information contextuelle, des savoirs expérientiels et de la perspective des parties prenantes

Question décisionnelle

Quelles sont les bonnes pratiques cliniques relatives à la démarche diagnostique et à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH?

Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été formulées en tenant compte des éléments du modèle PIPOH¹² ([Tableau I-1](#)).

Démarche diagnostique

1. Quels sont les facteurs de risque et les manifestations cliniques (symptômes et signes) associés au TDAH?
2. Quelles sont les modalités de bonnes pratiques cliniques au regard de la démarche diagnostique associée au TDAH?
3. Quels sont les tests et examens diagnostiques reconnus dans le cadre de l'investigation du TDAH?
4. Quels sont les outils cliniques validés comme aides au diagnostic du TDAH?

Approche thérapeutique

5. Quelles sont les bonnes pratiques cliniques au regard de l'approche thérapeutique pharmacologique du TDAH¹³ et des modalités d'ajustement (p. ex. posologie, titrage, substitution)?

Suivi

6. Quelles sont les bonnes pratiques cliniques quant au suivi médical des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH – p. ex. intervalle de suivi, critères d'orientation vers un spécialiste, soutien, déprescription.

¹² PIPOH : population, interventions d'intérêt, professionnels à qui s'adressent les travaux, objectif escompté par les interventions ciblées (*outcome*) et le milieu/contexte clinique où s'appliquent les interventions (*health care setting*).

¹³ À noter que, pour les interventions psychosociales et les autres pratiques non pharmacologiques, les données s'appuieront sur les travaux de mise à jour en cours des publications de l'INESSS portant sur l'évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants, adolescents et jeunes adultes qui présentent un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées.

Méthodes de synthèse de l'information et des recommandations cliniques

Les recommandations incorporées dans l'outil d'aide à la prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un TDAH ont été formulées à l'aide d'une triangulation des données scientifiques, de l'information contextuelle et des savoirs expérientiels recueillis en employant une approche multidimensionnelle.

Type de revue de la littérature

Une revue rapide des documents présentant de l'information et des recommandations cliniques a été effectuée en respectant les lignes directrices des revues rapides de l'INESSS [2023].

Sources de données et stratégies de repérage de la littérature

La stratégie de recherche de l'information a été élaborée par une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe de projet (Annexe A). La recherche a été effectuée dans plus d'une base de données bibliographiques, soit MEDLINE, PsycInfo et Embase et, pour le repérage complémentaire, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews). Les documents retenus concernent une population pédiatrique (< 18 ans) qui a permis d'établir le diagnostic, le traitement et le suivi du TDAH. Les documents sélectionnés incluent des guides de pratique clinique, rapports d'évaluation des technologies de la santé ou autres rapports/revues systématiques contenant des recommandations cliniques ([Tableau I-1](#)).

Tableau I-1 Critères d'inclusion et d'exclusion de la littérature pour les questions d'évaluation principales (PIPOH)

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
Population	Jeune de moins de 18 ans présentant un TDAH	Adultes (≥ 18 ans)
Interventions	Diagnostic, traitement et suivi du TDAH	Interventions concernant les comorbidités – p. ex. trouble de l'apprentissage, trouble oppositionnel avec provocation
Professionnels auxquels s'adressent les travaux	Professionnel de la santé de la première ou deuxième ligne qui participe au diagnostic et à la prise en charge des jeunes présentant un TDAH – p. ex. médecin de famille, pédiatre, psychologues, neuropsychologue	Autres professionnels de la santé
Résultats d'intérêt (outcomes)	<u>Démarche diagnostique du TDAH</u> - Facteurs de risque - Manifestations cliniques (symptômes et signes)	Diagnostic, traitement et prise en charge portant uniquement sur les comorbidités

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
	▪ Outils cliniques validés comme aides au diagnostic ▪ Examens et tests diagnostiques <u>Traitement du TDAH</u> ▪ Algorithme décisionnel du traitement pharmacologique ▪ Modalités d'usage – posologie, ajustement, titrage, substitution ▪ Contre-indications absolues et relatives aux divers traitements ▪ Précautions <u>Suivi des jeunes qui présentent un TDAH</u> ▪ Intervalle de suivi ▪ Critères pour l'orientation vers un spécialiste ▪ Soutien ▪ Déprescription	▪ Interventions psychosociales et autres pratiques non pharmacologiques*
Système de santé	Soins de première et seconde ligne en consultation externe	Hospitalisation, soins de 3 ^e ligne
Langue	Anglais, français	Autres langues
Type de documents	▪ Guides de pratique clinique ▪ Rapports d'évaluation des technologies de la santé ▪ Déclarations de consensus d'experts ▪ Revues systématiques avec ou sans méta-analyses avec recommandations ▪ Autres types de revues présentant des recommandations/indications sur les meilleures pratiques	▪ Études primaires ▪ Études ou séries de cas ▪ Éditoriaux ▪ Thèses/mémoires ▪ Lettres à l'éditeur ▪ Résumés de congrès
Année de publication	▪ 2018-2023	▪ < 2018

* À noter que, pour les interventions psychosociales et autres pratiques non pharmacologiques, les données s'appuieront sur les travaux de l'INESSS.

Une recherche manuelle de la littérature grise a été menée par un professionnel scientifique et la conseillère en information scientifique qui ont consulté les sites Web d'agences d'évaluation, de santé publique ou réglementaire ainsi que ceux de sociétés savantes et d'organismes de la santé, gouvernementaux ou paragouvernementaux internationaux en lien avec le thème des travaux (Annexe A du document *Annexes complémentaires*). Des thèses et mémoires ont aussi été consultés. Les documents des pays inclus dans l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont été examinés. Les guides de pratique clinique, rapports d'évaluation des technologies de la santé ou revues systématiques qui présentent des recommandations

ou indications sur les meilleurs processus ont été conservés. Les autres types d'articles, comme les études primaires, ont été exclus.

Une recherche spécifique a été effectuée au moyen du moteur de recherche Google par un seul professionnel scientifique qui a employé les mots clés présentés dans les *annexes complémentaires* associées aux travaux (Annexe A du document *Annexes complémentaires*). Enfin, les bibliographies des publications retenues ont été parcourues afin de répertorier d'autres documents pertinents.

Processus de mise à jour du repérage de la littérature

Les principaux sites Web d'agences d'évaluation, de santé publique ou réglementaire ou encore de sociétés savantes spécialisées dans le domaine associé au thème des travaux ont été consultés au cours du mois précédant la validation externe pour repérer de nouveaux documents ou des mises à jour de documents retenus.

Recherche complémentaire — Transition vers l'âge adulte

Une recherche complémentaire a été réalisée, visant à répondre à la question suivante : Quel est le processus de transition des jeunes de moins de 18 ans vers la vie adulte et la période jeune adulte (18-24 ans)? La méthodologie employée est équivalente à ce qui a été décrit ci-haut, avec des critères d'inclusion et d'exclusion différents ([Tableau I-2](#)).

Tableau I-2 Critères d'inclusion et d'exclusion de la littérature pour les questions d'évaluation secondaires (PIPOH)

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
Population	Jeune de moins de 18 ans présentant un TDAH qui est en transition vers la vie adulte.	s. o.
Interventions	Transition et suivi du TDAH	Interventions pour traiter les comorbidités – p. ex. trouble de l'apprentissage, trouble oppositionnel avec provocation
Professionnels visés auxquels s'adressent les travaux	Professionnel de la santé de la première ou deuxième ligne qui participe au diagnostic et à la prise en charge des jeunes présentant un TDAH – p. ex. médecin de famille, pédiatre, psychologues, neuropsychologue	Autres professionnels de la santé
Résultats d'intérêt (outcomes)	<u>Suivi des jeunes présentant un TDAH</u> - Intervalle de suivi - Critère pour orientation vers un spécialiste - Soutien - Déprescription	- Diagnostic, traitement et prise en charge concernant uniquement les comorbidités. - Interventions psychosociales et autres pratiques non pharmacologiques*
Système de santé	Soins de première et deuxième ligne en consultation externe	Hospitalisation, soins de 3 ^e ligne

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
Langue	Anglais, français	Autres langues
Type de documents	▪ Guides de pratique clinique ▪ Rapports d'évaluation des technologies en santé ▪ Déclarations de consensus d'experts ▪ Revues systématiques avec ou sans méta-analyse, avec recommandations ▪ Autres types de revues avec des recommandations/indications sur les meilleures pratiques	▪ Études primaires ▪ Études ou séries de cas ▪ Éditoriaux ▪ Thèses/mémoires ▪ Lettres à l'éditeur ▪ Résumés de congrès
Année de publication	▪ 2018-2024	▪ < 2018

* À noter que, pour les interventions psychosociales et autres pratiques non pharmacologiques, les données s'appuient sur les travaux de l'INESSS.

Critères et processus de sélection des documents

Pour commencer la sélection à partir du titre et du résumé des publications repérées par la recherche bibliographique, deux professionnels scientifiques ont testé un échantillon aléatoire de 10 % de citations pour s'assurer de la compréhension commune des critères de sélection établis. Ensuite, un professionnel a finalisé la première sélection. Par la suite, parmi les documents retenus, une deuxième sélection a été faite par deux professionnels scientifiques après une lecture complète des publications et sur la base des mêmes critères qu'à l'étape précédente. Les divergences d'opinions ont été réglées par consensus et, si requis, l'avis d'une troisième personne a été requis. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse, sauf dans le cas de mises à jour partielles impliquant qu'une version antérieure du document était encore valide. La gestion de l'information manquante a été faite en contactant, le cas échéant, les auteurs de la publication; sans réponse de ces personnes, la publication a été exclue. La raison d'une exclusion lors de la deuxième sélection a été inscrite dans un fichier avec la qualification des références (Annexe D du document *Annexes complémentaires*). Un diagramme de flux selon le modèle PRISMA, illustrant le processus de sélection des documents, est présenté dans les annexes complémentaires du rapport associé aux travaux (Annexe C du document *Annexes complémentaires*) [Page MJ *et al.*, 2021].

Extraction

L'extraction de l'information et des recommandations cliniques publiées permettant de répondre aux questions d'évaluation a été effectuée par un professionnel à l'aide de tableaux d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. Les données extraites sont celles qui sont pertinentes uniquement pour répondre aux questions d'évaluation. Les extractions ont été vérifiées à 30 % par un deuxième professionnel.

Évaluation de la qualité méthodologique

La qualité méthodologique des documents retenus a été évaluée indépendamment par deux professionnels scientifiques. En présence d'une divergence relative à l'évaluation, un consensus a été recherché, à défaut duquel l'avis d'une troisième personne a été sollicité. Les outils d'évaluation de la qualité méthodologique suivants ont été employés :

- AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*) pour évaluer la qualité méthodologique des documents contenant des recommandations [Brouwers *et al.*, 2010];
- AMSTAR 2 pour évaluer la qualité méthodologique des revues systématiques [Shea *et al.*, 2017].

Analyse et synthèse

Une analyse a été effectuée par un professionnel scientifique pour repérer les similarités et les différences entre l'information et les recommandations recensées qui ont été ensuite résumées dans une synthèse narrative textuelle, et ce, en tenant compte de la qualité méthodologique des documents. Cette analyse et cette synthèse ont été validées par une deuxième personne. La force des recommandations extraites des guides de pratique clinique et lignes directrices ainsi que la qualité de la preuve scientifique qui appuie ces recommandations ont été précisées lorsque disponibles.

Les résultats portant sur l'efficacité des interventions psychosociales en première intention pour réduire les symptômes du TDAH chez les jeunes de moins de 18 ans ont été explorés dans l'avis portant sur l'efficacité des interventions psychosociales chez les jeunes de moins de 18 ans présentant un TDAH.

Méthodes de synthèse de l'information contextuelle

Les éléments contextuels ont pu, entre autres, inclure des : lois, règlements, normes, programmes, outils cliniques, critères de remboursement propres au Québec ou au Canada, monographies.

Stratégie de repérage et de collecte

Une recherche manuelle a été menée par un professionnel scientifique en consultant les sites Web des gouvernements fédéraux, territoriaux et provinciaux, de regroupements, de communautés de praticiens ou de sociétés savantes spécialisées dans le domaine des travaux, ou encore ceux d'associations, de fédérations et d'ordres professionnels.

Les critères de remboursement des médicaments du régime général d'assurance médicaments du Québec et les monographies officielles homologuées par Santé Canada ont été aussi consultés, et ce, par le biais de la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada ou, à défaut, par l'*electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* (e-CPS).

Extraction

À l'exception de l'information relative aux critères de remboursement ou de celle tirée des monographies, aucune extraction dans un tableau n'a été effectuée pour les autres aspects documentés servant à contextualiser l'information ou les recommandations tirées des documents retenus aux fins d'analyse. L'extraction de l'information relative aux critères de remboursement ou celle tirée des monographies a été faite par un professionnel scientifique à l'aide de tableaux d'extraction préétablis.

Méthodes d'analyse et synthèse

Une analyse des renseignements pertinents relatifs aux éléments contextuels à documenter a été menée; elle a souligné les similitudes et les divergences entre les différentes sources d'information. Les éléments contextuels pertinents aux travaux ont ensuite été synthétisés de façon narrative par un professionnel scientifique puis vérifiés par une deuxième personne, en plus des parties prenantes collaborant aux travaux.

Méthodes de synthèse des différentes perspectives recueillies à partir de consultations

Des consultations ont été réalisées auprès de certaines parties prenantes dans le cadre de l'avis [INESSS, 2024] afin de recueillir de l'information contextuelle et expérientielle complémentaire et essentielle à la compréhension de la problématique dans son ensemble. Les résultats pertinents concernant la prise en charge des jeunes qui présentent un TDAH ont été extraits avec la collaboration des auteurs de l'avis, et rapportés de manière narrative dans le rapport lorsque cela était applicable.

Méthodes de synthèse des savoirs expérientiels et perspective des parties prenantes

Différents savoirs expérientiels et des perspectives ont été recueillis dans le cadre du projet. Ces échanges ont permis, notamment, de comparer l'information recensée dans la littérature à celle issue de la pratique clinique québécoise.

Informateurs clés

Selon la pertinence, des informateurs clés ont été consultés afin de cerner et de documenter la pratique actuelle et de préciser les aspects de la démarche clinique nécessitant une clarification, une précision ou une mise à jour ou comportant des enjeux lors d'un nouveau projet.

Deux professionnels scientifiques assistent généralement aux entretiens concernant les comptes rendus de ces discussions, et la compilation des réponses reçues par courriel a été réalisée. Les documents sont tous consignés dans un espace de travail commun et sécurisé.

Comité consultatif

Un comité consultatif a été mis sur pied pour accompagner les équipes de projet à différentes étapes de la production scientifique. Il était composé de professionnels et de cliniciens venant de diverses disciplines et milieux, qui collaborent aux services offerts aux enfants et aux adolescents qui présentent un TDAH, de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de chercheurs spécialisés sur le TDAH ou domaine connexe ([Tableau I-3](#)). Les membres du comité ont été sélectionnés en fonction de leur expertise, connaissances et expériences relatives au continuum de soins et services offerts aux jeunes qui présentent un TDAH, en s'assurant de la diversité géographique et de points de vue. Le comité consultatif a pour mandat d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité des recommandations formulées et des livrables, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

Les membres du comité ont été invités à partager leurs savoirs scientifiques, contextuels et expérientiels avec l'équipe de projet. Spécifiquement, ils ont été appelés à 1) fournir de l'information sur la population cible, les milieux d'intervention concernés, l'évaluation et la prise en charge des jeunes présentant un TDAH, les enjeux de la pratique; 2) donner une rétroaction relativement aux résultats des différentes étapes du projet, y compris les résultats préliminaires de la synthèse des données scientifiques et de la littérature grise; 3) donner une rétroaction concernant les données recueillies lors des consultations; 4) contribuer à la formulation, l'analyse de la pertinence et à l'applicabilité des recommandations; 5) participer à la détermination des enjeux liés aux recommandations et aux messages clés pour l'ensemble des acteurs concernés; et 6) contribuer à la conception de stratégies de transfert de connaissances.

Le comité a été consulté à cinq reprises selon diverses modalités : en visioconférence ou par courriel. Des membres du comité ont pu être consultés à l'occasion en sous-groupes ou de façon individuelle par visioconférence ou par courrier électronique pour donner leur avis sur divers aspects associés au mandat et à leur expertise.

Tableau I-3 Composition du comité consultatif

MEMBRE	N ATTENDU
Équipe clinique	
▪ Médecins de famille	2
▪ Psychologue (en milieu scolaire)	1
▪ Neuropsychologue	1
▪ Pédiatre	1
▪ Infirmière	1
▪ Professionnels accompagnant les jeunes qui présentent un TDAH (psychoéducatrice, orthopédagogue)	2
▪ Pharmacienne	1
Chercheurs universitaires	2
Gestionnaires du RSSS (p. ex. programme JED)	2
Total	13

JED : jeunes en difficulté; TDAH : trouble du déficit de l'attention/hyperactivité.

Les comptes rendus de rencontre ont été rédigés par un professionnel scientifique et ils indiquent la date, le lieu, la synthèse des points saillants de la rencontre et les précisions sur le suivi à effectuer. Les comptes rendus ont été validés par un autre membre de l'équipe et par les membres présents aux rencontres. Ces documents ont été consignés dans un espace de travail commun.

Comité de suivi

Un comité de suivi a été formé de différents représentants des divers regroupements professionnels – ordres, associations, fédérations et organisations. Le mandat de ce comité était de s'assurer que l'orientation des travaux et le déroulement du projet étaient en phase avec les besoins du milieu et de déterminer les enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité. L'information issue des rencontres a été documentée de façon similaire à celle décrite pour le comité consultatif. Le comité a été formé de représentants de regroupements en lien avec le dossier, soit :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec (AEESQ)
- Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ)
- Association des orthopédagogues du Québec (ADOQ)
- Association québécoise des neuropsychologues (AQNP)
- Association des pédiatres du Québec (APQ)
- Association québécoise des psychologues scolaires (AQPS)
- Collège des médecins du Québec (CMQ)

- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ)
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ)
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ)
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES)

Panel permanent des usagers et des proches de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention — services sociaux et santé mentale

Les membres du Panel permanent des usagers et des proches aidants de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale (DESA) ont été rencontrés au début du projet afin de leur présenter le plan de réalisation et discuter de certains éléments méthodologiques concernant, notamment, la collaboration des parents et jeunes de moins de 18 ans et les consultations des parties prenantes.

Analyse et synthèse

L'information issue des consultations avec les parties prenantes a été extraite des comptes rendus par un professionnel scientifique en fonction des questions d'évaluation préalablement définies par l'équipe de projet. L'information ainsi extraite a été validée par un autre membre de l'équipe pour assurer la concordance avec ces thèmes. Ces documents ont servi de base pour étayer la perspective des parties prenantes dans les documents produits. Une synthèse narrative a été réalisée afin de comparer les renseignements tirés des différentes perspectives recueillies.

Validation par les pairs

Des lecteurs externes ont été invités à évaluer la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale des travaux. Ils ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur engagement dans le domaine concerné et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec. Ces personnes ont été conviées à formuler des commentaires sur une version préliminaire du rapport de la série Guides et normes et de l'outil d'aide à la prise en charge. Bien qu'ils aient révisé l'ensemble du contenu présenté dans les documents, les lecteurs externes n'ont pas révisé les versions définitives.

De plus, afin de s'assurer de la qualité globale de l'outil clinique, de la clarté et de la complétude de l'information présentée ainsi que de l'applicabilité des recommandations, de futurs utilisateurs potentiels de différentes régions du Québec ont été sollicités pour

répondre à un sondage en ligne afin de recueillir leurs commentaires sur une version préliminaire de l'outil d'aide à la prise en charge. Les futurs utilisateurs n'ont pas validé la version définitive de cet outil.

Les commentaires des lecteurs externes ainsi que ceux des futurs utilisateurs ont été analysés par l'équipe de projet, reproduits dans des tableaux récapitulatifs et consignés dans un espace de travail commun. Selon la nature des commentaires et la valeur ajoutée de cette perspective clinique nouvellement recueillie, le rapport de la série Guides et normes a été ajusté en conséquence. Les noms et affiliations des lecteurs externes et des futurs utilisateurs sont présentés dans les pages liminaires du rapport.

Confidentialité et considérations éthiques

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme afin de protéger l'identité des participants.

Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux a été invité à prendre connaissance du code d'éthique et s'est engagé à le respecter.

Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toutes les personnes appelées à collaborer, à l'exception des informateurs clés et des futurs utilisateurs qui ont été interrogés de façon ponctuelle et de manière spécifique sur les aspects précités, ont déclaré les intérêts personnels qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils soient commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, de nature relationnelle ou autre. Elles ont également été invitées à déclarer les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les formulaires de déclaration remplis par les collaborateurs au dossier ont fait l'objet d'une évaluation par l'équipe de projet. Cette évaluation a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer, selon les situations déclarées. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles sont divulgués publiquement dans les pages liminaires de cet outil, par souci de transparence.

Gestion des références

La gestion des références a été faite par le logiciel bibliographique EndNote. Le fichier EndNote a été enregistré dans un répertoire électronique réservé au projet et géré par les membres de l'équipe de projet.

ANNEXE II

Symptômes du TDAH

PRINCIPAUX SYMPTÔMES DU TDAH (DSM-5*)	
A1. Symptômes d'inattention	A2. Symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité
1. Ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs, le travail ou d'autres activités. 2. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans des activités de jeux. 3. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement. 4. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles. 5. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités. 6. Évite souvent, a en aversion ou est réticent à s'engager dans des tâches qui nécessitent un effort mental soutenu. 7. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités. 8. Se laisse facilement distraire par des stimuli externes – pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure des pensées non reliées. 9. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.	1. Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège. 2. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis. 3. Souvent, court ou grimpe partout dans les situations où cela est inapproprié – chez les adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice. 4. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir. 5. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts ». 6. Parle souvent trop. 7. Laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée. 8. A souvent du mal à attendre son tour. 9. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence.

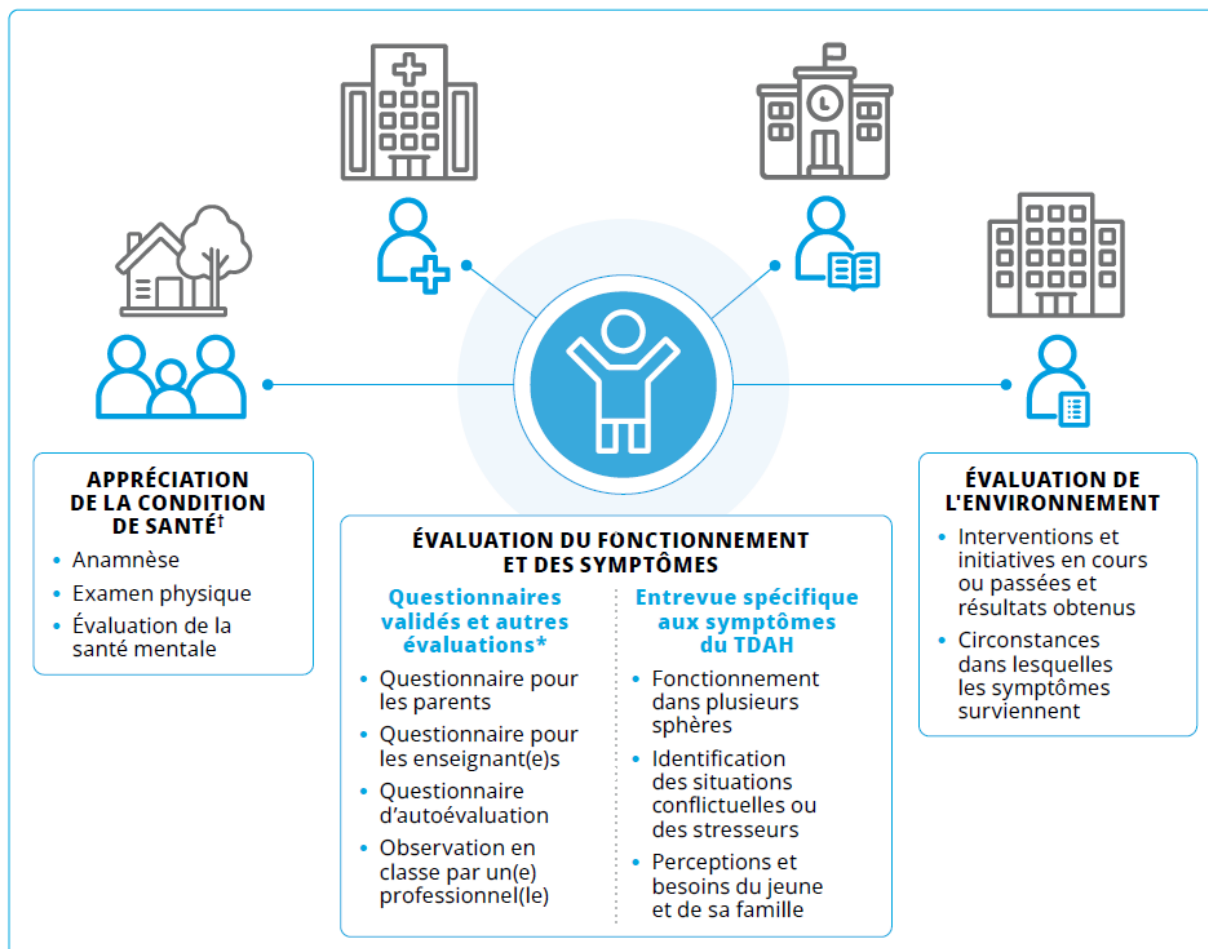
TDAH : trouble de l'attention/hyperactivité; DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

*Adapté du DSM-5 TR. American Psychiatric Association (2022).

ANNEXE III

Démarche évaluative

Figure III-1 Aspects à couvrir lors de la démarche évaluative



* Une liste de questionnaires, outils ou échelles d'évaluation validés est disponible sur le site de la CADDRA : <https://www.caddra.ca/fr/etoolkit-forms-french/>

[†] NE PAS utiliser d'électroencéphalogramme (EEG) ou des tests de neuro-imagerie comme tests diagnostiques du TDAH.

ANNEXE IV

Critères diagnostiques du TDAH

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES SELON LE DSM-5

- A. Déterminer la présence de symptômes
A1 - Symptômes d'inattention
Enfant < 17 ans : présence d'au moins **6 des 9** symptômes
Adulte ≥ 17 ans : présence d'au moins **5 des 9** symptômes
A2 — Symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité
Enfant < 17 ans : présence d'au moins 6 des 9 symptômes
Adulte ≥ 17 ans : présence d'au moins 5 des 9 symptômes
- B. Plusieurs symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de 12 ans.
- C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents **dans au moins deux contextes différents** – p. ex : à la maison, à l'école ou au travail; avec des amis ou la famille; dans d'autres activités.
- D. Mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel ou qu'ils la réduisent.
- E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental – p. ex. trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité, trouble du spectre de l'autisme.

SPÉCIFIER LE SOUS-TYPE DE TDAH

- A. **Présentation combinée (ou mixte)** : si à la fois le critère **A1** (inattention) **et** le critère **A2** (hyperactivité/impulsivité) sont remplis durant les 6 derniers mois.
- B. **Présentation inattentive prédominante** : si, durant les 6 derniers mois, le critère **A1** (inattention) est rempli, **mais pas** le critère **A2** (hyperactivité/impulsivité).
- C. **Présentation hyperactive/impulsive prédominante** : si, durant les 6 derniers mois, le critère **A2** (hyperactivité/impulsivité) est rempli, **mais pas** le critère **A1** (inattention).

SPÉCIFIER LA SÉVÉRITÉ ACTUELLE

- Léger** : Peu de symptômes, ou aucun, ne sont présents au-delà de ceux requis au minimum pour poser le diagnostic, et les symptômes n'entraînent que des altérations mineures du fonctionnement social ou professionnel.
- Moyen** : Les symptômes ou l'altération fonctionnelle sont présents sous une forme intermédiaire entre « léger » et « grave ».
- Grave** : Plusieurs symptômes sont présents au-delà de ceux requis pour poser le diagnostic, ou plusieurs symptômes particulièrement graves sont présents, ou les symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

ANNEXE V

Définition des interventions psychosociales

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES	
Les interventions psychosociales sont des activités, techniques ou stratégies qui visent à influencer la réponse au traitement de la personne par une modification de ses facteurs biologiques, comportementaux, cognitifs, affectifs, interpersonnels et environnementaux. Les changements ciblés touchent les symptômes liés à la santé physique ou mentale de la personne, son fonctionnement et son bien-être.	
Interventions	Description
Entraînement aux habiletés parentales	Les interventions d'entraînement aux habiletés parentales visent à aider les parents à mieux gérer les comportements dérangeants de leur enfant afin de diminuer la fréquence et l'intensité de ces comportements et d'améliorer la relation parent-enfant.
Interventions comportementales	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 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). Ces interventions comprennent un ensemble de techniques ciblant le contexte ou les événements qui précèdent les comportements ainsi que les conséquences associées aux comportements.
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, de même qu'à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux.
Interventions basées sur la pleine conscience	Le terme « pleine conscience » se réfère à un état de conscience de ses états internes et de son environnement résultant du fait de porter attention au moment présent de façon intentionnelle, sans jugement. 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.
Interventions 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.
Interventions cognitives comportementales	Toute intervention basée sur les principes de la thérapie cognitive comportementale (TCC). Cette thérapie 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.
Entraînement aux habiletés sociales	L'entraînement aux habiletés sociales vise 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 sont habituellement enseignées aux enfants de façon didactique, mais certaines interventions comportent également des discussions et des jeux de rôles.
Entraînement des fonctions cognitives	L'entraînement des fonctions cognitives vise 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.
Neurofeedback	Le neurofeedback désigne 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.

ANNEXE VI

Tableaux des coûts liés aux traitements pharmacologiques des jeunes diagnostiqués avec un TDAH

Tableau VI-1 Coûts des psychostimulants à longue action pour le traitement des jeunes de moins de 18 ans diagnostiqués avec un TDAH

	PRODUITS	POSOLOGIE (MINIMUM/ MAXIMUM)	COÛT UNITAIRE* (\$)	COÛT MENSUEL† (\$)	COÛT ANNUEL (\$)
Méthylphénidate longue action	Concerta®	18 mg DIE	2,04	61,09	743,29
		54 mg DIE	3,29	98,74	1 201,29
	Génériques disponibles : ▪ ACT Methylphenidate ER ▪ Apo-Methylphenidate ER	18 mg DIE	0,51	15,30	186,11
		54 mg DIE	0,82	24,72	300,76
	Biphentin®	10 mg DIE	0,67	20,24	246,19
		60 mg DIE	3,12	93,72	1 140,26
	Générique disponible : ▪ pms-Methylphenidate CR‡	10 mg DIE	0,57	17,20	209,25
		60 mg DIE	2,66	79,66	969,22
	Foquest®	25 mg DIE	2,80	83,88	1 020,54
		70 mg DIE	4,02	120,72	1 468,76
Amphétamine longue action	Vyvanse®	20 mg DIE	2,24	67,20	817,6
		60 mg DIE	3,31	99,30	1 208,15
	Génériques disponibles : ▪ Sandoz Lisdexamfetamine ▪ Teva-Lisdexamfetamine	20 mg DIE	1,42	42,48	516,88
		60 mg DIE	2,53	75,80	922,28
	Adderall XR®	10 mg DIE	2,34	70,16	853,59
		30 mg DIE	3,46	103,85	1 263,56
	Génériques disponibles : ▪ Apo-Amphetamine XR ▪ pms-Amphetamines XR ▪ Sandoz Amphetamine XR ▪ Teva-Amphetamine XR	10 mg DIE	0,61	18,32	222,83
		30 mg DIE	0,90	27,11	329,89

Notes : Le traitement innovateur est indiqué en caractère gras. Le Quillivant® n'est pas présenté dans ce tableau, car lors de la rédaction de ce rapport, il n'était pas inscrit à la *Liste des médicaments* de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

* Les prix sont issus de la *Liste des médicaments* publiée par la RAMQ, édition du 14 août 2024.

† Le coût mensuel est calculé pour 30 jours.

‡ Le prix unitaire est susceptible d'être modifié.

Tableau VI-2 Coûts des psychostimulants à courte action pour le traitement des jeunes de moins de 18 ans diagnostiqués avec un TDAH

	PRODUITS	POSOLOGIE (MINIMUM/ MAXIMUM)	COÛT UNITAIRE* (\$)	COÛT MENSUEL† (\$)	COÛT ANNUEL (\$)
Méthylphénidate courte action	Génériques disponibles :	5 mg TID	0,09	8,52	103,70
	▪ Apo-Methylphenidate ▪ pms-Methylphenidate	20 mg TID	0,27	24,62	299,48
	Générique disponible : ▪ Apo-Methylphenidate SR	3 × 20 mg DIE‡ (60 mg)	0,28	25,38	308,79
Amphétamine courte action	Dexédrine®	5 mg TID	0,57	51,20	622,95
		4 × 10 mg DIE (40 mg)	0,82	98,05	1 192,97
	Générique disponible : ▪ ACT Dextroamphetamine SR	5 mg TID	0,51	45,73	556,37
		4 × 10 mg DIE (40 mg)	0,81	97,15	1 182,02

Notes : Le traitement innovateur est indiqué en caractère gras.

* Les prix sont issus de la *Liste des médicaments* publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), édition du 14 août 2024.

† Le coût mensuel est calculé pour 30 jours.

‡ Peut remplacer le méthylphénidate courte action, lorsque la posologie est équivalente, durant une période de 8 h (comprimé de 20 mg).

Tableau VI-3 Coûts des non-stimulants pour le traitement des jeunes de moins de 18 ans diagnostiqués avec un TDAH

	PRODUITS	POIDS	POSOLOGIE (MINIMUM/ MAXIMUM)	COÛT UNITAIRE* (\$)	COÛT MENSUEL† (\$)	COÛT ANNUEL (\$)
Atomoxétine‡	Strattera®	s. o.	<i>Produit retiré du marché par le fabricant, mais qui demeure payable par la Régie durant la période de validité de la présente édition.</i>			
	Génériques disponibles :	Jeune de moins de 70 kg§	10 mg	0,51	15,32	186,37
	▪ Apo-Atomoxetine ▪ Atomoxetine (Pro Doc) ▪ Atomoxetine (Sanis) ▪ Atomoxetine (Sivem) ▪ Auro-Atomoxetine ▪ Jamp Atomoxetine ▪ Novo-Atomoxetine ▪ pms-Atomoxetine ▪ Riva-Atomoxetine ▪ Sandoz Atomoxetine		60 mg	0,81	24,28	295,36
		Jeune de plus de 70 kg	40 mg	0,74	22,11	268,97
			100 mg (1 x 40 mg + 1 x 60 mg)	0,74 (40 mg) 0,81 (60 mg)	46,38	564,33
Guanfacine	Intuniv XR®	s. o.	1 mg	3,00	90,00	1 095,00
			4 mg	4,95	148,50	1806,75
	Génériques disponibles :	s. o.	1 mg	1,54	46,13	561,19
	• Apo-Guanfacine XR • Jamp Guanfacine XR		4 mg	2,54	76,11	925,97

Note : Le traitement innovateur est indiqué en caractère gras. s.o. : sans objet.

* Les prix sont issus de la *Liste des médicaments* publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), édition du 14 août 2024.

† Le coût mensuel est calculé pour 30 jours.

‡ Médicament d'exception selon les critères de remboursement de la RAMQ.

§ La dose minimale recommandée pour les jeunes de moins de 70 kg est de 0,5 mg/kg/j et la dose maximale de 1,4 mg/kg/j.

|| Représente la dose la plus petite disponible sur le marché.

|| Représente la dose la plus élevée disponible sur le marché.

**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

