Le TDAH chez les enfants et les adolescents

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 28 (14), novembre 2020

INTRODUCTION

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) peut entraîner des dysfonctionnements importants dans la vie des enfants et des adolescents, et celle de leur famille. La prise en charge de ce trouble du comportement peut être difficile du fait de sa complexité, et notamment des facteurs suivants : le temps et les connaissances nécessaires à l'évaluation, la multiplicité des diagnostics différentiels et des affections concomitantes, et le choix de traitements efficaces. Les cliniciens de soins primaires, qui sont généralement le premier point de contact, jouent un rôle essentiel dans l'identification, le diagnostic et la prise en charge du TDAH, avec le concours des parents, des enseignants et des consultants.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- d'évaluer et de diagnostiquer le TDAH chez les enfants et les adolescents présentant des symptômes évocateurs de ce trouble;
- d'élaborer une stratégie de prise en charge appropriée des patients atteints du TDAH, y compris la surveillance, le suivi et l'orientation du patient vers un spécialiste le cas échéant, tout en tenant compte des préférences du patient et de ses parents;
- de mettre en place une approche permettant de reconnaître les manifestations cliniques qui peuvent être concomitantes au TDAH et susceptibles de modifier la prise en charge ou de justifier une consultation.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 3
Commentaires des histoires de cas 12
Collaborateurs et déclarations 14
Références bibliographiques 15
Annexes 18

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Maxime, âgé de 6,5 ans, accompagné de sa mère Christine

Christine se présente aujourd'hui avec son fils Maxime à votre cabinet. Christine est préoccupée par le comportement de Maxime depuis les 6 à 12 derniers mois. Plus précisément, elle dit qu'il ne « tient pas en place » et qu'elle s'inquiète pour sa sécurité car il a failli être renversé par une voiture la semaine dernière en courant dans un terrain de stationnement. Il est toujours en train de courir, de sauter ou de grimper sur quelque chose, et elle aimerait qu'il sache parfois rester assis à jouer tranquillement.

Christine explique que Maxime se met souvent dans des situations problématiques à l'école parce qu'il parle trop en classe, et l'enseignante veut discuter de ses préoccupations le concernant dans le cadre d'une réunion parents-professeurs la semaine prochaine. Maxime vient de commencer à jouer au hockey et elle espère que cela l'aidera à « se défouler ». Christine se demande si Maxime est « hyperactif ». D'après son mari, c'est simplement un garçon normal de 6 ans. Christine et sa famille viennent de s'installer dans votre ville; ce sont de nouveaux patients.

Quels autres renseignements aimeriez-vous obtenir? Que feriez-vous en clinique aujourd'hui?

Deuxième partie

Maxime vit avec Christine, son père, Daniel, et son frère de 3 ans, Jacques. Daniel travaille comme géologue pour une compagnie minière dans le Nord et il est absent plusieurs semaines d'affilée. Christine ne travaille pas hors de la maison. Comme elle n'a pas de famille en ville, elle ne reçoit pas beaucoup d'aide pour s'occuper des enfants lorsque Daniel est absent.

Maxime est né à un âge gestationnel de 38 semaines, après un accouchement par voie vaginale sans complication. Christine affirme que son fils a franchi normalement les principales étapes de son développement. Maxime a

toujours été un bébé et un tout-petit énergique, ce qu'elle n'a pas toujours trouvé facile. Elle l'emmenait souvent jouer avec des groupes d'enfants, mais elle devait s'en aller plus tôt parce qu'il se sauvait ou ne voulait pas s'asseoir au moment de lire une histoire. Il n'a pas été à l'école prématernelle ou à la garderie. Christine surveille le temps que son fils passe devant un écran (elle essaie de ne pas dépasser une demi-heure par jour) mais elle ajoute que c'est presque le seul moment où il reste tranquille. Il n'a aucune difficulté à dormir, il a bon appétit et son alimentation est équilibrée. Christine ne sait pas trop comment Maxime s'en sort au hockey, car Daniel l'emmène à l'entraînement quand il est à la maison, ou alors c'est un ami qui le conduit. Daniel a eu des problèmes liés à l'hyperactivité et aux blessures à l'école primaire, mais il n'a jamais reçu de diagnostic officiel. Il n'y a pas d'antécédents de troubles mentaux dans la famille et aucun problème de dynamique familiale, bien que Maxime se chamaille souvent avec son frère cadet.

Aujourd'hui, dans votre cabinet, Maxime est occupé à jouer sur un appareil, il bouge constamment sur sa chaise et parle de son jeu. Il est un peu réticent à le ranger, mais il le fait quand on le lui demande fermement. Il s'assoit volontiers sur la table d'examen mais essaie de prendre l'otoscope et l'ophtalmoscope, malgré les remontrances répétées de sa mère. Son examen physique est normal. Il pèse 22,3 kg, mesure 117 cm et son IMC est de 16,3 (50^{e} percentile pour son âge).

Que répondriez-vous aux préoccupations rapportées aujourd'hui par Christine?

Troisième partie – un mois plus tard

Christine revient pour une visite de suivi un mois plus tard. Elle a accepté de se présenter seule aujourd'hui afin de pouvoir discuter de ses préoccupations sans être interrompue. Elle a rencontré l'enseignante de Maxime la semaine qui a suivi sa dernière visite; celle-ci lui a répété qu'elle était tracassée par le fait que Maxime soit incapable de s'asseoir tranquillement en classe et qu'il ne cesse pas de déranger. Christine est désormais assistante en salle de classe et a pu le constater par elle-même.

Elle et Daniel, ainsi que l'enseignante de Maxime, ont rempli l'échelle d'évaluation du TDAH que vous leur aviez donnée. Malgré ses réserves initiales, Daniel est maintenant plus disposé à admettre que Maxime présente peut-être certains problèmes de comportement. Il a remarqué que Maxime a du mal à attendre son tour à l'entraînement de hockey et qu'il lance souvent des rondelles lorsque le reste de l'équipe regarde l'entraîneur.

Vous examinez les résultats des échelles d'évaluation du TDAH, qui évoquent toutes un TDAH (présentation mixte). Christine vous demande quels autres tests son fils doit passer. Elle est très inquiète car elle se demande si Maxime a besoin de médicaments, et a de nombreuses questions.

Quelles mesures prendriez-vous ensuite? En quoi consisterait votre suivi de Maxime?

Que répondriez-vous si Christine vous demandait s'il fallait faire passer un test au frère de Maxime, Jacques?

Cas numéro 2 : Marguerite, âgée de 16 ans, et sa mère Thérèse

Marguerite et sa mère, Thérèse, se présentent à votre cabinet aujourd'hui. Lorsque vous demandez à Marguerite pourquoi elle vient vous consulter, elle se contente de regarder sa mère. Thérèse déclare alors que toutes deux sont préoccupées par certaines difficultés auxquelles Marguerite se heurte à l'école. Marguerite entame tout juste le deuxième semestre de sa dixième année et, depuis quelques mois, elle a de plus en plus de mal à faire ses travaux scolaires. Depuis peu, ses notes ont commencé à baisser. Ce qui préoccupe le plus Thérèse, c'est de voir à quel point Marguerite est tracassée par ses résultats scolaires.

Marguerite explique qu'elle doit rester debout tard dans la soirée la plupart du temps pour finir les travaux qu'elle n'a pas terminés pendant la journée d'école. Elle oublie souvent à l'école les outils dont elle a besoin, ce qui lui complique encore plus la tâche en soirée. Elle ne signale pas de problèmes particuliers en mathématiques ou en français. L'objectif de Marguerite est d'aller à l'université et elle craint de ne pas être admise si ses notes dans les dernières années du secondaire ne sont pas bonnes.

Quels autres renseignements aimeriez-vous obtenir? Que feriez-vous en clinique aujourd'hui?

Deuxième partie

Les membres de la famille de Marguerite, soit son frère de 12 ans et ses deux parents, sont tous vos patients, et vous suivez Marguerite depuis sa naissance. Vous vous souvenez qu'elle est née par césarienne à un âge gestationnel de 36 semaines à la suite d'une rupture prématurée des membranes. Malgré sa petite taille pour son âge gestationnel, elle n'a passé que peu de temps à l'unité de soins intensifs pour nouveau-nés. Elle a franchi normalement les principales étapes de son développement.

Il vous revient à l'esprit que Marguerite a toujours été une enfant tranquille et que ses parents la décrivaient comme une « rêveuse ». Vous avez effectué des bilans de santé régulièrement, mais elle était bien portante par ailleurs. Interrogée sur son parcours scolaire, Marguerite déclare que, bien qu'elle n'ait jamais eu l'impression que l'école est facile et qu'elle ait souvent été dépassée par ses devoirs, elle a réussi à maintenir une bonne moyenne. Marguerite a toujours obtenu des B, mais il y a deux C sur son bulletin de mi-session, ce qui la contrarie manifestement. Cette année, Marguerite a commencé à suivre les cours exigés pour entrer à l'université. Elle affirme que rien d'autre n'a vraiment changé à l'école, même si elle a décidé de voir moins souvent ses amis pour consacrer plus de temps aux travaux scolaires.

Thérèse ajoute que Marguerite est plus fatiguée que d'habitude et qu'elle est moins patiente avec son frère cadet. Marguerite indique qu'elle dort environ sept heures par nuit, de minuit à 7 heures du matin. Thérèse s'inquiète également du fait que Marguerite ne mange pas bien, car elle est souvent en retard le matin et saute le petit-déjeuner. Il lui arrive de prendre des boissons énergisantes pour se tenir éveillée. Marguerite jouait dans l'équipe de volley-ball de son école, mais elle a décidé de ne pas en faire partie cette année pour se concentrer sur ses études.

Vous demandez à Thérèse de quitter la salle pendant que vous examinez Marguerite. Pendant l'examen, vous demandez à Marguerite de vous en dire plus sur sa vie à l'école et sur ses amis. Elle vous répond qu'elle passe moins de temps avec ses amis, mais qu'elle leur parle toujours à l'école et via les médias sociaux. Elle aime les retrouver quand elle a du temps libre.

Elle n'est pas sexuellement active et ne prend pas de drogues à usage récréatif. Il lui est arrivé de consommer de l'alcool dans des soirées, mais elle ne boit pas régulièrement. Elle affirme qu'elle se sent parfois « déprimée », mais c'est peu fréquent et elle nie avoir des pensées d'automutilation ou de suicide. Les résultats de son examen physique sont normaux. Vous demandez à Marguerite de répondre au questionnaire PHQ-9 à votre cabinet et elle obtient un score de 8. Vous l'invitez également à remplir un outil de dépistage de l'anxiété, dont les résultats ne soulèvent aucune préoccupation. Son IMC est dans le 50^{e} percentile pour son âge, il est stable et elle est à l'aise avec son poids.

Quelles mesures prendriez-vous ensuite?

Troisième partie – un mois plus tard

Vous voyez Marguerite et Thérèse pour le suivi environ un mois plus tard. Vous demandez à Marguerite de répondre à nouveau au questionnaire PHQ-9 avant sa consultation; les résultats sont inchangés depuis sa dernière visite. Elles vous remettent les échelles d'évaluation du TDAH remplies par Marguerite, ses parents et deux de ses enseignants. Thérèse a gardé quelques vieux bulletins de classes du primaire. Voici quelques commentaires pertinents des enseignants : « Se laisse facilement distraire, a besoin de rappels constants pour rester concentrée sur sa tâche. A parfois du mal à être attentive ». Sur la base de tous les renseignements que vous avez recueillis, un diagnostic de TDAH (présentation à prédominance d'inattention) semble approprié d'après les critères du DSM-V.

Comment prendriez-vous en charge Marguerite?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

CONTEXTE

1. Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental défini comme « un mode de comportement persistant d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité gênant le fonctionnement ou le développement… qui a une incidence négative directe sur les activités sociales, scolaires et professionnelles[1] ».

2. Le TDAH est l'un des troubles de santé mentale les plus courants chez les enfants et les adolescents, sa prévalence étant estimée entre 5 et 9 % de cette population[2,3]. D'après une méta-analyse et une revue systématique de 2015, la prévalence mondiale du TDAH était de 7,2 %; ce taux n'a pas varié dans les éditions subséquentes du DSM. La prévalence était inférieure en Amérique du Nord comparativement au Moyen-Orient, mais elle était plus élevée qu'en Europe[4].
   a) Le TDAH est plus souvent diagnostiqué chez les garçons que chez les filles, en partie parce que les comportements « hyperactifs » sont plus facilement observables chez les garçons[3].
   b) Plus de 50 % des personnes ayant reçu un diagnostic de TDAH pendant l'enfance ou l'adolescence continueront de présenter des symptômes significatifs à l'âge adulte[2,5].

3. Le TDAH est associé à plusieurs résultats indésirables, notamment :
   a) Problèmes scolaires, qui se traduisent par un faible taux d'obtention de diplômes d'études secondaires et supérieures.
   b) Relations difficiles avec les pairs.
   c) Taux accrus d'accidents de la route et de blessures accidentelles : les personnes atteintes de TDAH sont presque deux fois plus susceptibles de se

blesser (brûlures, fractures, blessures de la route, etc.) que les sujets témoins[6].

d) Consommation abusive de substances.

Lorsque le TDAH est concomitant à d'autres troubles, le risque de résultats indésirables tels que la consommation abusive de substances et la mortalité augmente[7-9].

4. Un diagnostic et un traitement précoces sont associés à de meilleurs résultats dans les domaines scolaire, professionnel et social[10,11].

5. Il semblerait que la cause du TDAH soit multifactorielle[12].
   a) Causes génétiques : Les études menées auprès de familles, de jumeaux et de personnes adoptées indiquent qu'il existe un facteur héréditaire et polygénique important en lien avec l'apparition du TDAH. Il a été estimé que le pourcentage de transmissibilité héréditaire atteignait 80 % d'après des études sur des jumeaux monozygotes, et 40 % d'après des études sur des jumeaux hétérozygotes[13,14].
   b) Cause neurologique : Des preuves solides montrent un risque accru de TDAH associé au faible poids à la naissance (< 2 500 g) et consécutif à l'exposition in utero à l'alcool, au tabac ou au cannabis. Les autres facteurs contribuant au risque de TDAH comprennent les lésions cérébrales d'origine hypoxique-anoxique, l'épilepsie et les lésions cérébrales traumatiques[12,15,16].
   c) Cause environnementale : l'exposition à des toxines (plomb, pesticides organophosphates, diphényles polychlorés) a été liée au TDAH[17,18]. À l'exception d'un dénuement précoce exceptionnel, le rôle de l'environnement familial et de l'adversité psychosociale dans ce contexte n'est pas clair[15,19].

ÉVALUATION ET DIAGNOSTIC (annexe 1)

Encadré 1. Ressources cliniques

La *Canadian ADHD Resource Alliance* (CADDRA) offre une trousse de ressources cliniques comprenant des formulaires d'évaluation, de traitement et de suivi en format imprimé et en format PDF accessible, ainsi que des modèles de lettres de demande de mesures adaptatives. La trousse de ressources est disponible au https://www.caddra.ca/fr/etoolkit-forms-french/.

6. Dans les lignes directrices concernant le TDAH, l'expression « enfant d'âge préscolaire » désigne les enfants âgés de 4 à 6 ans. Au Canada, la plupart des enfants de cet âge sont déjà scolarisés. Par conséquent, nous n'utiliserons pas l'expression « enfant d'âge préscolaire » dans ce module.

7. Une évaluation en vue du dépistage du TDAH est recommandée chez tout enfant de plus de 4 ans qui présente des problèmes scolaires ou comportementaux ainsi que des symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité [forte recommandation][3].

8. Chez les enfants de moins de 4 ans, il peut être difficile de recueillir des observations fiables auprès de personnes autres que les parents[3]. Cependant, en raison du caractère hautement héréditaire de l'affection et de l'impact des facteurs environnementaux (Renseignements généraux, point 5), il serait prudent d'être « à l'affût » lorsque les jeunes présentent des niveaux élevés d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité[20].

9. Chez les adolescents atteints de TDAH, les symptômes hyperactifs et impulsifs tendent à diminuer lorsque l'inattention persiste[3].

10. Il peut être difficile de diagnostiquer le TDAH compte tenu de l'absence de biomarqueurs ou de symptômes spécifiques de ce trouble, de la présence d'affections concomitantes et du vaste diagnostic différentiel dont les composantes se manifestent souvent par des affections concomitantes plutôt que comme des troubles distincts (encadré 2; Renseignements généraux, point 12). Une méthode systématique d'évaluation de l'anamnèse et l'utilisation d'échelles d'évaluation et d'outils de dépistage peuvent aider le clinicien à recueillir les renseignements nécessaires au diagnostic auprès de multiples sources (Renseignements généraux, point 14)[12]. Les principaux éléments du diagnostic sont la présence de symptômes dans plusieurs contextes, lesquels entravent les activités quotidiennes[12].

Encadré 2. Diagnostic différentiel/affections concomitantes*[2,12]

- Trouble d'apprentissage*
- Trouble du sommeil*
- Trouble d'opposition avec provocation*
- Trouble anxieux*
- Trouble du développement intellectuel*
- Troubles du langage, de l'humeur, de tics, des conduites*
- Trouble du spectre de l'autisme*
- Trouble de la coordination du développement*
- Affections médicales telles que l'anémie grave, la dysfonction thyroïdienne, la déficience auditive ou visuelle
- Médicaments pouvant avoir des effets stimulants ou sédatifs

* Affections concomitantes fréquentes

11. Un examen approfondi, généralement effectué dans le cadre de plusieurs visites en cabinet, doit être effectué pour passer en revue ou évaluer :

- Les événements prénataux/périnataux, les antécédents médicaux et de santé.
- Le mode de vie : sommeil, activité physique, temps passé devant un écran, activités à risque élevé, accidents, consommation de substances, activité sexuelle (le cas échéant).
- Antécédents développementaux et comportementaux : fonction motrice, langage, principales étapes du développement social, comportement.
- Antécédents médicaux/de santé familiaux, fonctionnement familial et modes d'adaptation, antécédents en matière de TDAH et de troubles génétiques.
- Progrès scolaires : p. ex., relevés de notes, exemples de devoirs[12].

12. La plupart des enfants atteints du TDAH (de 50 à 90 %) présentent au moins une affection concomitante. Les troubles concomitants les plus fréquents dans la petite enfance sont le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), le trouble des conduites, les troubles d'apprentissage et les troubles anxieux. Les autres affections associées comprennent le trouble des tics, le trouble de la coordination développementale, le trouble du spectre autistique et (en particulier chez les adolescents) les troubles alimentaires, les troubles de l'humeur et les troubles liés à l'utilisation de substances[2].
    - Bien que les renseignements détaillés concernant le diagnostic de ces troubles dépassent le cadre du présent module, il serait utile de consulter les modules suivants : « Troubles du spectre autistique chez les enfants » (août 2018); « Troubles alimentaires » (août 2019); « L'anxiété chez les enfants et les adolescents » (mai 2018), qui sont tous offerts en ligne à l'adresse : https://members.fmpe.org/.

13. L'utilisation d'une échelle d'évaluation standardisée est un moyen essentiel de recueillir des renseignements auprès de plusieurs sources, y compris le patient (si son âge le permet), les parents et les enseignants. Les échelles d'évaluation ne permettent pas à elles seules de fonder un diagnostic officiel de TDAH en raison de la variabilité de l'interprétation des questions par les répondants. Les échelles sont également utiles pour surveiller les effets du traitement à la maison et à l'école[2,12]. Il peut être plus difficile d'obtenir les rapports des enseignants dans le cas des adolescents, car ceux-ci fréquentent souvent plusieurs classes et qu'ils ont moins de temps pour les rapports individuels. Dans ces circonstances, il peut être utile d'obtenir des copies des bulletins des classes de primaire[3].

14. Il existe des échelles d'évaluation concernant spécifiquement le TDAH et des échelles qui se rapportent au TDAH ainsi qu'à divers troubles concomitants. L'une des échelles d'évaluation les plus couramment utilisées est l'échelle dite « SNAP-IV ». Il existe plusieurs versions de cet outil qui peut être mis à la disposition des enseignants et des parents, et elles sont accessibles gratuitement.
    a) Le questionnaire détaillé à 90 questions est un outil à large spectre qui comprend également des questions relatives aux troubles susceptibles de se recouper avec le TDAH ou d'être concomitants. Il ne doit pas servir à diagnostiquer ces autres troubles; les réponses affirmatives doivent donner lieu à une évaluation plus approfondie et éventuellement à l'avis d'un psychiatre[2].
    b) Le questionnaire abrégé à 26 questions à l'intention des enseignants et des parents permet d'évaluer le TDAH et le TOP car ces deux affections sont souvent concomitantes[21]. Lors d'une étude de validation de cette version du questionnaire (n = 250 enfants âgés de 6 à 17 ans orientés chez un pédiatre ou un service de santé mentale pédiatrique au R.-U.), les évaluations des parents et des enseignants au moyen du questionnaire SNAP-IV ont montré une sensibilité de 100 % et de 96 %, mais peu de spécificité (4,4 % et 26 %, respectivement) comparativement au diagnostic clinique par un expert. La spécificité de l'échelle est plus élevée dans les cas d'hyperactivité que d'inattention[22].
    c) La version à 18 questions permet d'évaluer uniquement la symptomatologie du TDAH.

    Remarque : Bien que la version abrégée du questionnaire d'évaluation des symptômes de Conner semble fournir le meilleur rendement diagnostique pour le TDAH d'après une méta-analyse récente, cette version est payante et coûteuse[23].

Encadré 3. Lien vers le questionnaire SNAP-IV et renseignements sur le calcul du score

- Questionnaire à 90 questions : http://www.shared-care.ca/files/SNAP_IV_Long_with_Scoring.pdf
- Questionnaire à 26 questions : http://www.shared-care.ca/files/Scoring_for_SNAP_IV_Guide_26-item.pdf et https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/SNAP-IV-26-Fillable-Form_FRENCH.pdf (version accessible)

15. À moins d'être indiqués sur la base des résultats de l'anamnèse et de l'examen physique, les tests suivants ne sont pas recommandés :
    a) Analyses de laboratoire, tests génétiques, EEG ou examen de neuro-imagerie[2,24].
    b) Évaluation de la fonction intellectuelle et neuropsychologique, résultats scolaires, élocution et habiletés de langage[2].
    c) Tests psychologiques : p. ex., TEACH (*Teach of Everyday Attention for Children*), tests de rendement continu ou mesures de la fonction exécutive[12].

16. Avant d'établir un diagnostic officiel de TDAH, il faut que les critères du DSM-V (annexe 2) soient remplis, notamment la constatation des symptômes et du dysfonctionnement dans plus d'un contexte important, appuyée par des éléments d'information fournis par les parents ou les aidants, les enseignants et les cliniciens en santé mentale participant aux soins du patient (le cas échéant)[1]. Ces symptômes doivent apparaître avant l'âge de 12 ans et ne doivent avoir aucune autre explication[2].

COMMENTAIRE DE L'EXAMINATEUR
Le DSM-V n'est pas gravé dans le marbre. Il s'agit d'un guide et non d'un document à valeur absolue. Ainsi, si un patient répond à la plupart des critères, mais pas à tous, vous ne pouvez pas écarter le diagnostic si votre impression clinique est que le patient souffre de TDAH. Il est important de tenir compte de la gravité du dysfonctionnement aux yeux du patient.

PRISE EN CHARGE

17. Comme il s'agit d'une maladie chronique, le TDAH doit faire l'objet d'une prise en charge conjointe avec le patient et ses parents ou aidants, fondée sur la compréhension de sa cause et sur une concertation autour des objectifs et des préférences en matière de prise en charge[12].

Options non pharmacologiques

18. Plusieurs lignes directrices actuelles recommandent que des options non pharmacologiques – information et soutien des parents, interventions comportementales, psychothérapies et mesures d'adaptation pédagogiques – soient proposées en premier lieu, bien que tout dépende de la gravité du dysfonctionnement[2,3,24].

19. Les grands principes à respecter à la maison sont notamment de favoriser un mode de vie et une vie familiale structurés en aidant à établir des priorités en matière d'activités, en fournissant des rappels visuels et en utilisant des minuteries ou des applications pour respecter les délais imposés. Les consignes et les limites doivent être claires, et l'application de pratiques parentales positives contribuera à la régulation émotionnelle[21].
Remarque : Pour obtenir des conseils en matière de pratiques parentales positives, voir le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Problèmes comportementaux auxquels sont confrontés les parents d'enfants de 12 ans et moins » (février 2020) disponible au https://members.fmpe.org/.

Encadré 4. Interventions psychosociales : information détaillée

Un guide sommaire d'une page sur la psychoéducation est disponible sur le site Web de la CADDRA au https://caddra.ca/pdfs/Psychosocial2016French.pdf. La version complète des lignes directrices fournit des renseignements plus détaillés sur un large éventail d'interventions psychosociales (pédagogiques, comportementales, environnementales) pouvant être pratiquées à la maison et à l'école et utilisées pour conseiller les parents et les patients en cabinet. Ces renseignements sont disponibles au https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-French-Guidelines-July-2018.pdf (pages 57-59; Tableau 4.2 – Interventions à la maison et Tableau 4.3 – Interventions à l'école). Après avoir fourni quelques renseignements (moins de 5 minutes), il est possible de télécharger la version complète des lignes directrices gratuitement.

Psychoéducation et mode de vie

20. La psychoéducation vise à fournir aux patients et à leur famille des renseignements fiables sur le TDAH afin de les informer et de les responsabiliser[2]. Elle peut être dispensée en groupe, en une ou plusieurs séances[24]. Bien que les preuves soient de faible qualité, une revue systématique qualitative de quatre études comparatives randomisées et de trois essais non contrôlés avant-après a révélé une amélioration sur le plan du comportement des enfants, de la satisfaction des parents et des enfants, et de l'observance du traitement[25].

21. La psychoéducation consiste notamment à :
    a) déboulonner les mythes communément associés au TDAH (voir le feuillet d'information « Mythes et réalités sur le TDAH » en fin de module);
    b) fournir de l'information sur le TDAH et ses symptômes, et sur les principes qui sous-tendent les approches thérapeutiques proposées (y compris les risques et les avantages). Il est important de fournir également de l'information concernant les ressources communautaires et les groupes de soutien (voir le feuillet d'information sur les ressources en ligne, en fin de module);
    c) donner espoir aux familles en leur faisant savoir que des traitements fondés sur des données probantes existent et sont efficaces;
    d) reconnaître les défis que représente l'éducation d'un enfant atteint de TDAH, mais aussi les atouts de la famille et de l'enfant;
    e) promouvoir un mode de vie équilibré, notamment en matière d'hygiène du sommeil, d'activité physique et de bonne alimentation[2,24].

22. Faire régulièrement de l'activité physique diminue le stress et améliore la concentration et l'humeur.

Une revue systématique (8 études comparatives randomisées, n = 249) a montré que l'exercice aérobique a un effet modéré à important sur les principaux symptômes tels que l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité, et sur des symptômes apparentés (p. ex., anxiété, fonction exécutive et troubles sociaux)[26].

Remarque : Les séances d'activité étaient d'une durée moyenne de 50 minutes, et effectuées 2 à 3 fois par semaine à une intensité modérée.

23. Les données probantes qui justifient de recommander une modification du régime alimentaire sont insuffisantes ou inexistantes, et les lignes directrices déconseillent de prendre des acides gras libres ou des suppléments de vitamines et de minéraux, ou d'éliminer certains aliments, les colorants artificiels et les additifs[3,2,24]. L'insistance sur l'alimentation peut occasionner un risque de carence nutritionnelle et détourner les parents d'options thérapeutiques plus efficaces. Toutefois, si les parents estiment qu'il existe un lien évident avec l'alimentation, il faut les inciter à consigner dans un journal ce que mange et boit leur enfant et le comportement lié au TDAH qui y est associé. Il convient d'orienter le patient vers un diététiste (si possible) si le journal permet d'établir un lien entre certains aliments et boissons et le comportement[24].

Formation des parents axée sur la maîtrise du comportement

24. La formation axée sur la maîtrise du comportement aide les parents à formuler des attentes en matière de développement adaptées à l'âge, à adopter des comportements qui renforcent la relation parent-enfant et à acquérir des compétences particulières permettant de faire face aux comportements problématiques[12].
    a) Une méta-analyse (32 études comparatives randomisées, n = 2 057) a montré que cette formation améliore significativement les compétences parentales, les troubles des conduites, les symptômes du TDAH, les aptitudes sociales et les résultats scolaires[27].
    b) Les auteurs d'une revue systématique Cochrane (22 études comparatives randomisées et 2 études comparatives quasirandomisées, n = 3 161) ont répertorié des preuves de faible qualité d'après lesquelles les programmes d'éducation familiale dispensés en groupe contribueraient à réduire les comportements négatifs et à renforcer les comportements positifs[28].
    c) D'après les résultats d'une méta-analyse en réseau (15 études comparatives randomisées, n = 1 016), la thérapie comportementale, en particulier lorsqu'elle est appliquée par les parents avec la participation active de l'enfant et des enseignants, présentait des avantages statistiquement significatifs au chapitre de l'amélioration du comportement (rapport de cotes [RC]*) de 2,97; IC à 95 % : 1,53-5,88 [preuves de faible qualité]. Les effets du traitement étaient plus importants lorsque la thérapie comportementale était combinée à la prise de psychostimulants (8 études, n = 521) (RC : 13,62; IC à 95 % : 6,83-27,93) et d'agents non psychostimulants (4 études, n = 480) (RC : 6,05; IC à 95 % : 2,39-15,27 [preuves de niveau très faible][29].
    * Pour une explication du rapport de cotes (RC), veuillez consulter l'encadré Notion statistique de base à la page 15.

25. L'*American Academy of Pediatrics* (AAP) recommande aux parents de suivre une formation axée sur la maîtrise du comportement dans les scénarios suivants :
    a) Comme traitement de première intention pour les enfants de 4 à 6 ans atteints de TDAH [Grade A, forte recommandation] et pour ceux ayant des comportements ressemblant au TDAH mais dont le diagnostic n'a pas encore été vérifié.
    b) En association à un médicament chez les enfants de 6 à 12 ans atteints de TDAH [Grade A, forte recommandation][3].

Stratégies cognitivo-comportementales (enfants et adolescents)

26. Une méta-analyse d'études comparatives randomisées (n = 759) fournit peu de données probantes en faveur de l'entraînement cognitif (entraînement de l'attention et de la mémoire de travail) comme traitement de première intention du TDAH[30].
    a) L'étude n'a montré aucun effet significatif sur l'ensemble des symptômes du TDAH et de l'inattention[30].
    b) Bien qu'on ait constaté des améliorations importantes et très significatives de la mémoire de travail visuelle et verbale, ces effets ne se sont pas traduits par une amélioration des résultats scolaires[30].

    Remarque : Les études n'étaient pas exclues de la méta-analyse lorsque les patients recevaient des médicaments dans le cadre d'un traitement en cours (un facteur confusionnel).

27. Les résultats des études sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) administrée à des enfants et à des adolescents atteints de TDAH sont mixtes[2], et aucune amélioration fonctionnelle significative n'a été rapportée[3].
    a) L'utilisation de la TCC comme traitement d'appoint peut être une option pour les adolescents. Une petite étude comparative randomisée (n = 99)

menée auprès d'adolescents atteints du TDAH et prenant des médicaments (méthylphénidate et atomoxétine) mais dont les symptômes sont persistants, a montré que ceux affectés au groupe de la TCC ont obtenu une atténuation des principaux symptômes, de la gravité des symptômes et de l'atteinte fonctionnelle comparativement à ceux du groupe témoin[31].

b) Les lignes directrices du NICE recommandent d'envisager la TCC chez les jeunes ayant bénéficié d'une pharmacothérapie mais dont les symptômes continuent de causer des difficultés significatives[24].

28. Les données probantes (études de très petite taille, principalement auprès d'adolescents) sur l'utilisation des techniques de relaxation (p. ex., respiration profonde, yoga)[32] et la pleine conscience sont de très faible qualité. Ces stratégies ne sont pas recommandées par l'AAP[3].

Options pharmacologiques

29. La pharmacothérapie convient aux enfants de plus de 6 ans « dont l'apprentissage et les résultats scolaires sont entravés par des difficultés liées à l'attention, ou dont les comportements et les interactions sociales sont entravés à cause de la maîtrise insuffisante des impulsions et de l'hyperactivité[12] ». Un spécialiste doit être consulté avant de recourir à la pharmacothérapie chez les enfants de moins de 6 ans[2].

30. Les décisions concernant l'opportunité d'entamer un traitement médicamenteux et sa durée doivent être prises en concertation avec le patient (le cas échéant) et sa famille ou ses aidants. Pour la plupart des patients, l'effet d'un médicament ne doit pas se limiter à la salle de classe, mais se faire sentir le soir, les fins de semaine et les jours de vacances[2].

31. Certains médicaments contre le TDAH sont coûteux et il est possible que les patients ou les familles n'aient pas les moyens de se les procurer sans régime d'assurance privé. Ils pourraient être remboursables par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux/territoriaux; un guide utile sur le remboursement des médicaments est disponible (en anglais) au https://www.caddra.ca/provincial-and-federal-public-formulary-overview/.

32. Les données probantes semblent indiquer qu'il pourrait y avoir des différences pharmacocinétiques entre certaines versions génériques et des médicaments de marque contre le TDAH, lesquelles affectent la durée d'action, en plus de rendre certains produits plus faciles à écraser et à faire l'objet d'une utilisation abusive. Au moment de substituer des marques de médicaments, il faut en aviser le patient et sa famille et leur demander de surveiller tout changement en matière d'efficacité ou de tolérabilité, et de les signaler à leur médecin[2].

Voir l'annexe 3 pour un survol détaillé des médicaments (durée d'action, dose et ajustement posologique, effets secondaires et coûts).

Psychostimulants en traitement de première intention.

33. Les psychostimulants sont considérés comme le traitement de première intention du TDAH chez les enfants et les adolescents. D'après une méta-analyse en réseau avec comparaison par placebo, les psychostimulants (53 études comparatives randomisées, n = 5 831) se sont avérés plus efficaces que les agents non stimulants (40 études comparatives randomisées, n = 4 741; RC de 6,21; IC à 95 % : 4,89-7,96 vs RC de 3,95; IC à 95 % : 3,13-5,07, respectivement) [preuves de faible qualité][29]. Voir le tableau 1 pour les contre-indications et les précautions se rapportant aux médicaments stimulants.

34. Une revue Cochrane récente n'a pas fourni de données montrant qu'un stimulant est supérieur à un autre[33]. Il se peut toutefois que des patients obtiennent sur une base individuelle une meilleure réponse ou tolérance à un agent plutôt qu'à un autre. C'est pourquoi la CADDRA recommande d'essayer les deux classes de stimulants (amphétamines et méthylphénidate) avant d'essayer un médicament non stimulant en deuxième

Tableau 1. Contre-indications et précautions liées aux médicaments stimulants[2]

Contre-indications	Précautions
• Traitement par des IMAO* et jusqu'à 14 jours après l'arrêt du traitement • Glaucome (à angle fermé) • Hyperthyroïdie non traitée • Hypertension modérée à grave • Phéochromocytome • Maladie cardiovasculaire symptomatique • Antécédents de manie ou de psychose	• Antécédents de toxicomanie • Anxiété • Insuffisance rénale • Troubles de tics • Épilepsie • Vasculopathie périphérique, y compris syndrome de Raynaud

* Inhibiteurs de la monoamine-oxydase

intention[2]. Il semble que le sous-type de TDAH ne permette pas de prévoir la réponse à un agent en particulier[1].

35. Les médicaments stimulants peuvent affecter la tension artérielle et la fréquence cardiaque. Avant la mise en route du traitement, il faut évaluer le risque cardiovasculaire du patient à partir d'une anamnèse médicale détaillée : symptômes cardiaques personnels, antécédents cardiaques familiaux (allongement de l'intervalle QT, décès cardiaque subit) et examen cardiaque. À moins qu'un patient ne présente un risque accru d'effets indésirables cardiovasculaires liés à l'utilisation de stimulants, l'ECG n'est pas indiqué de façon systématique. La tension artérielle et la fréquence cardiaque doivent être mesurées avant l'instauration du traitement et pendant le suivi. Aucune donnée ne montre que les stimulants augmentent le taux de décès subit ou d'AVC d'après plusieurs vastes bases de données américaines[2].

Préparations à libération immédiate par rapport aux préparations à libération prolongée

36. Pour choisir entre une préparation à libération immédiate et une à libération prolongée, il faut de tenir compte de leurs avantages et inconvénients respectifs (tableau 2).

Médicaments non stimulants

Deuxième intention

37. Les médicaments non stimulants sont recommandés pour les patients intolérants aux stimulants, ou ceux dont les symptômes n'ont pas répondu adéquatement à des doses et à des essais des deux classes de stimulants[2,24]. Comparativement aux stimulants, les médicaments non stimulants sont associés à un risque inférieur d'utilisation abusive ou de détournement, et pourraient mieux convenir dans les situations où ces aspects sont problématiques telles que chez les personnes ayant des antécédents d'utilisation de substances ou de signes de détournement (Renseignements généraux, point 48)[3,12]. Les médicaments non stimulants doivent être pris continuellement pour être efficaces[2].

38. L'atomoxétine (un inhibiteur sélectif du recaptage de la norépinéphrine) et la guanfacine XR (un alpha-2-agoniste) sont homologuées par Santé Canada pour le traitement du TDAH chez les enfants et les adolescents. Comparativement aux stimulants, les médicaments non stimulants sont associés à des taux de réponse inférieurs et à un effet moindre (Renseignements généraux, point 33)[12,29]. La guanfacine XR est généralement utilisée en association à des stimulants (Renseignements généraux, point 41).
    a) Les contre-indications de l'atomoxétine sont les mêmes que celles des médicaments stimulants (tableau 1). La prudence est recommandée chez les personnes atteintes d'asthme ou celles qui ne métabolisent pas bien l'isoenzyme CYP2D6[2].
    b) L'arrêt subit des alpha-2 agonistes, de la guanfacine et de la clonidine (Renseignements généraux, point 39), peut causer une hypertension de rebond. Il est essentiel que le patient/ses parents soient totalement fiables et que le médicament soit pris continuellement. L'arrêt du traitement doit se faire par une diminution graduelle de la dose (de 1 mg tous les 3-7 jours)[2,3].

Troisième intention

39. Il a été montré que la clonidine entraîne une amélioration significative des symptômes du TDAH et des tics[34]. Toutefois, son utilisation chez les enfants n'est pas approuvée actuellement par Santé Canada[35].

Tableau 2. Avantages et inconvénients des stimulants à libération immédiate et à libération prolongée[1,2,12,24]

	Avantages	Inconvénients
Libération prolongée (première intention)	• Meilleure observance • Aucune dose prise à l'école • Moins de préjugés sociaux • Moins de risque de détournement du médicament • La préparation à libération contrôlée freine l'absorption rapide du médicament et sa libération dans le cerveau • Meilleur soulagement des symptômes chez les patients dont les symptômes doivent être maîtrisés en soirée	• Coûteux, et certains agents ne sont pas remboursés par tous les régimes d'assurance • Suppression de l'appétit • Troubles du sommeil

Libération immédiate (deuxième intention)	• Adaptée aux cas suivants :
	  ◦ Nécessité de schémas posologiques plus flexibles chez les patients dont les effets du traitement doivent être obtenus à court terme
	  ◦ Ajustement posologique pour déterminer la dose adéquate
		• Risque beaucoup plus élevé de détournement du médicament
		• Observance réduite
		• Tendance à provoquer des effets cliniques en pics et en creux

Les autres options de troisième intention comprennent le bupropion, l'imipramine et le modafinil. Tous les agents de troisième intention sont généralement réservés aux cas résistants au traitement qui doivent être orientés chez un spécialiste[2].

Traitement d'association

40. L'association de médicaments peut être envisagée dans les cas suivants :
    a) L'ajout d'un agent contre le TDAH, doté d'un mode d'action différent, lorsqu'un stimulant n'est pas totalement efficace ou que son utilisation est limitée par des effets secondaires[2].
    b) Ajout d'un agent à libération immédiate pour les moments de la journée non couverts par le médicament à libération prolongée, par exemple : prise du méthylphénidate à libération prolongée le matin et du méthylphénidate à libération immédiate plus tard dans la journée pour prolonger la durée de l'effet. Il pourrait s'agir d'une option lorsque l'augmentation de la dose matinale du comprimé à libération prolongée n'est pas tolérée ou est inefficace[24].
    c) Ajout d'un autre traitement contre les affections concomitantes (p. ex., troubles de l'humeur, problèmes de sommeil)[1,2].

41. La guanfacine XR est le seul médicament non stimulant approuvé par Santé Canada en association à des stimulants. Une étude comparative randomisée (n = 461) a montré que l'ajout de la guanfacine à un stimulant à longue durée d'action entraînait une amélioration significativement plus importante des scores des symptômes du TDAH comparativement à l'association d'un stimulant à un placebo (p = 0,002 pour la dose du matin; p < 0,001 pour la dose du soir)[36].
    - L'utilisation hors indication de l'association atomoxétine-stimulant est fréquente, mais une revue systématique a montré que cette stratégie était appuyée par peu de données probantes[2,37].

42. Il a été montré que l'association de la thérapie comportementale à des stimulants (RC : 13,62; IC à 95 % : 6,83-27,93) [preuves de niveau très faible] et, dans une moindre mesure, à des médicaments non stimulants (RC : 6,05; IC à 95 % : 2,39-15,27) [preuves de niveau très faible] était supérieure à ces deux classes thérapeutiques en monothérapie[29]. L'association de la TCC à des médicaments peut être une option pour les adolescents (Renseignements généraux, point 27).

Ajustement posologique et surveillance

43. Les symptômes et l'atteinte fonctionnelle doivent être consignés au début du traitement et à chaque modification de la dose à l'aide d'une échelle d'évaluation remplie par le patient (le cas échéant), les parents et les enseignants (Renseignements généraux, point 13)[24]. Étant donné que les effets des stimulants apparaissent rapidement, il est raisonnable de planifier une visite dans les semaines suivant des modifications de la dose. Une fois la dose stable, la fréquence de la surveillance dépend du jugement du clinicien et de la présence d'affections concomitantes ou de la situation du patient/de sa famille

COMMENTAIRE DE L'EXAMINATEUR
Initialement, les patients doivent être vus dans les 2 à 4 semaines, selon les rendez-vous disponibles et la rapidité avec laquelle le patient souhaite augmenter graduellement sa dose; par la suite, une fois que la dose est stable, ils peuvent être vus tous les 3 à 6 mois. La fréquence dépend également des moyens du patient et de sa famille, et de la présence d'autres affections concomitantes pouvant affecter le traitement.

44. La dose doit être ajustée minutieusement (annexe 3) en tenant compte des symptômes et des effets secondaires jusqu'à ce que la dose optimale entraîne une réduction des symptômes, des changements de comportement positifs, des améliorations dans les résultats scolaires et les relations, et des effets secondaires tolérables[12,24]. En général, il est conseillé de commencer par une faible dose et de l'augmenter lentement[2].
    a) La trousse de la CADDRA contient un « Formulaire CADDRA du clinicien pour l'évaluation initiale et le suivi du TDAH » pouvant être utilisé aux fins de la surveillance. Il est accessible en ligne au https://www.caddra.ca/fr/etoolkit-forms-french/.
    b) Une version PDF accessible est aussi disponible au https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/Formulaire-CADDRA-du-clinicien-pour-levaluation-initiale-et-le-suivi-du-TDAH-Fillable.pdf.

Effets secondaires

45. En général, les médicaments contre le TDAH sont bien tolérés, mais il se peut que certains patients soient plus sensibles à un agent qu'à un autre. Il conviendrait d'informer les patients et leur famille des effets secondaires possibles (annexe 3)[2].
    a) Les effets secondaires physiques s'améliorent parfois en l'espace de plusieurs jours, en particulier lorsque l'administration du traitement est régulière[2].
    b) S'assurer qu'aucun autre stimulant tel que la caféine n'est consommé[2].
    c) Parfois, les effets secondaires peuvent être pris en charge en modifiant le moment de la prise des médicaments (p. ex., administration tôt le matin en cas d'insomnie)[2].

d) Il est important d'évaluer l'observance du traitement, en particulier chez les adolescents, car ils arrêtent souvent de prendre leurs médicaments[3].

46. Un calendrier régulier de suivi doit être établi avec le patient et sa famille afin de suivre l'efficacité du traitement et les changements liés au sommeil, à l'appétit, à la tension artérielle, à la fréquence cardiaque et à l'humeur. La fréquence du suivi dépend de la stabilité de l'état du patient. Les lignes directrices recommandent une surveillance constante de la taille et du poids des patients qui prennent des stimulants[2,12,24].
    a) Les effets observés sur la croissance sont contradictoires. Une étude observationnelle récente (n = 515) a montré que l'utilisation continue de stimulants pendant de nombreuses années (plus de 10 ans) est associée à une légère réduction de la croissance, d'environ 2,5 cm[38]. En revanche, une étude cas-témoin (n = 1 020) a montré que les stimulants n'avaient aucun effet sur la taille définitive à l'âge adulte[39].
    b) Il se peut que l'IMC diminue chez les patients prenant des stimulants, en particulier ceux qui faisaient du surpoids avant le traitement. Ce pourrait être l'une des raisons pour lesquelles les enfants sous stimulants peuvent accuser un léger retard quant aux poussées de croissances comparativement à leurs camarades[12].

47. La décision de cesser le traitement médicamenteux d'un enfant doit être prise au cas par cas. L'enfant ou l'adolescent concerné peut être moins conscient des avantages fonctionnels des médicaments en dehors du cadre scolaire (p. ex., au volant, à la maison ou lors d'activités récréatives). Il peut être recommandé d'arrêter de prendre certains médicaments ou d'en diminuer la dose dans les cas suivants :
    - Le traitement affecte l'appétit et la croissance.
    - D'autres effets secondaires apparaissent.
    - La famille ou un autre observateur objectif pense que le traitement n'a aucun bienfait apparent, par exemple, en période de vacances[2].

Utilisation abusive, détournement/mésusage

48. Comparativement aux stimulants à libération prolongée, les préparations à libération immédiate (à courte durée d'action) comportent un risque beaucoup plus élevé de détournement, de mésusage ou d'utilisation abusive. Étant donné que ce risque est significatif chez les adolescents, il est essentiel de surveiller les symptômes d'un adolescent, ses demandes de renouvellement d'ordonnance et d'autres signes de détournement et de mésusage[1,2]. Si l'on soupçonne un trouble lié à la consommation de substances psychoactives, il peut être judicieux de demander conseil à un collègue spécialisé en la matière. En outre, il pourrait convenir d'opter pour des médicaments non stimulants[3].

Réponse au traitement

49. Dans les deux à quatre semaines suivant l'instauration du traitement, il est généralement possible de déterminer la réponse au traitement et la tolérabilité. Les médicaments non stimulants prennent généralement plus de temps que les stimulants pour produire tous leurs effets bénéfiques (annexe 3)[12,40,41].

50. Si la réponse à une classe de stimulant n'est pas optimale malgré l'ajustement posologique et un essai adéquat, ou si les effets secondaires sont intolérables, la substitution d'une autre classe de stimulants peut s'imposer (annexe 3)[2,12].
    a) Si la réponse au traitement n'est toujours pas meilleure, un non-stimulant d'appoint peut être envisagé (Renseignements généraux, point 41)[2,12].
    b) Il est préférable d'effectuer les substitutions de médicaments pendant de longues vacances ou pendant l'été pour ne pas perturber la scolarité de l'enfant[2].

51. Si la réponse est toujours partielle ou absente, il est important de revoir le diagnostic et d'évaluer l'observance du traitement, les affections concomitantes possibles, les complications psychosociales et les problèmes liés au mode de vie[2].

POINTS CLÉS

- Le TDAH est l'un des troubles de santé mentale les plus courants chez les enfants et les adolescents, et plus de 50 % d'entre eux persistent à l'âge adulte. Le diagnostic et le traitement rapides peuvent améliorer les résultats.
- Évaluer les enfants de plus de 4 ans présentant des symptômes évoquant le TDAH et d'autres affections concomitantes telles que le trouble oppositionnel avec provocation ou l'anxiété.
- Chez les adolescents possiblement atteints de TDAH, rechercher des affections concomitantes telles que l'utilisation de substances, les troubles de l'humeur et de l'anxiété et les problèmes d'apprentissage.
- Un examen approfondi et l'utilisation de plusieurs échelles d'évaluation peuvent contribuer à recueillir des renseignements utiles (envisager l'utilisation du questionnaire SNAP-IV à 26 ou à 90 questions). Toutefois, le diagnostic exige une évaluation plus détaillée à l'aide des critères du manuel DSM-V.
- Des traitements non pharmacologiques tels que la psychoéducation et la formation des parents axée sur la maîtrise du comportement doivent être proposés dans tous les cas.
- Les psychostimulants sont les pharmacothérapies de première intention pouvant être offertes aux enfants de plus de 6 ans aux prises avec des difficultés considérables, en tenant compte des préférences des patients et de leur famille. Il convient d'ajuster la dose de manière à atteindre l'équilibre optimal entre les avantages du traitement et ses effets secondaires.
- Surveiller systématiquement les patients sous stimulants en vérifiant leur sommeil, leur appétit, leur taille/poids, leur tension artérielle et leur fréquence cardiaque. Des outils de surveillance sont offerts dans la trousse de la CADDRA disponible au https://www.caddra.ca/fr/etoolkit-forms-french/.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Maxime, âgé de 6,5 ans, accompagné de sa mère Christine

Quels autres renseignements aimeriez-vous obtenir? Que feriez-vous en clinique aujourd'hui?

Il serait utile d'en apprendre plus sur (Renseignements généraux, point 11; annexe 1) :

- Les antécédents familiaux de TDAH et d'autres troubles de santé mentale.
- La dynamique familiale.
- Les antécédents de naissance et de développement
- La participation à des activités (p. ex., le vélo) posant un risque de blessure.
- L'alimentation : est-elle bien équilibrée?
- Les antécédents de sommeil.
- Le temps passé devant un écran.

Il conviendrait de vérifier la taille et le poids de Maxime, et d'effectuer un examen physique général. Ce serait également l'occasion d'observer le comportement de Maxime à votre cabinet.

Deuxième partie

Que répondriez-vous aux préoccupations rapportées aujourd'hui par Christine?

Il serait important de légitimer les inquiétudes de Christine et d'expliquer qu'il faudra probablement plusieurs visites en cabinet pour évaluer correctement le cas de Maxime (Renseignements généraux, point 11; annexe 1).

Le moment serait bien choisi pour fournir à Christine, à son mari et à l'enseignante de Maxime une échelle d'évaluation du TDAH (Renseignements généraux, points 13, 14) en expliquant comment il faut la remplir. Vous pourriez demander à Christine de revenir lorsque les questionnaires auront été remplis et lui suggérer de se présenter seule ou avec Daniel, s'il est en ville.

Troisième partie – un mois plus tard

Quelles mesures prendriez-vous ensuite? En quoi consisterait votre suivi de Maxime?

D'après les renseignements recueillis dans le cadre de plusieurs visites, vous pourriez poser un diagnostic de TDAH à l'aide du manuel DSM-V (Renseignements généraux, point 16; annexes 1, 2).

Il conviendrait d'envisager de recommander un programme de formation des parents axée sur la maîtrise du comportement, des conseils sur l'éducation des enfants (Renseignements généraux, points 18, 19, 24, 25; annexe 1) et des livres ou des sites Web pour aider Christine et Daniel à domicile (Renseignements généraux, points 20, 21; feuillet d'information : Ressources en ligne). Pour plus d'information, veuillez consulter le module du Programme d'apprentissage en PGBP sur les problèmes comportementaux auxquels sont confrontés les parents (février 2020) disponible au https://members.fmpe.org/. Vous pourriez également leur offrir le feuillet d'information Mythes et réalités sur le TDAH (fin du module).

Suivant les préférences des parents, vous pourriez également aborder la prise en charge médicale (annexe 3) : type de médicaments, à libération immédiate ou prolongée (tableau 2; Renseignements généraux, points 29-42), surveillance des effets secondaires des médicaments (Renseignements généraux, points 45-47) et établissement d'un plan de soins continus. Une évaluation

du risque cardiaque pourrait convenir si la décision est prise de prescrire un stimulant à ce stade ou à l'avenir (Renseignements généraux, point 35).

Il conviendrait de réadministrer l'échelle d'évaluation quelques semaines après le début de la pharmacothérapie pour surveiller le progrès de l'état du patient (Renseignements généraux, point 13).

Si la pharmacothérapie est instaurée, il conviendrait d'ajuster graduellement la dose jusqu'à ce que l'effet clinique soit optimal ou jusqu'à ce que Maxime présente des effets secondaires. L'utilisation d'un outil de surveillance pourrait être envisagée (Renseignements généraux, points 43, 44; annexe 3). Il conviendrait de passer en revue les effets secondaires possibles et de rappeler aux parents que certains effets secondaires physiques s'atténuent ou disparaissent en l'espace de plusieurs jours de traitement continu (Renseignements généraux, point 45). Si la réponse est partielle ou absente, vous pourriez d'abord essayer d'augmenter la dose si celle-ci est tolérée, puis de passer à une autre classe de stimulants (Renseignements généraux, points 49-51). En l'occurrence, il serait utile de demander un autre avis (si possible). Il serait préférable de changer de médicament lorsque la famille de Maxime est en congé prolongé ou pendant les vacances d'été afin de ne pas perturber sa scolarité (Renseignements généraux, point 50 b).

COMMENTAIRE DE L'EXAMINATEUR

Si l'effet d'un médicament pris à des intervalles de 12 heures s'atténue après 6 heures, c'est que la dose est inadéquate et qu'elle devrait être augmentée au lieu de changer de médicament. Il faudrait aborder un autre élément important : la notion de rebond; à mesure que les effets du stimulant s'estompent, la personne atteinte de TDAH peut devenir irritable. Si la dose est trop faible, ce rebond peut survenir tôt dans la journée, donnant ainsi aux patients et aux familles l'impression que le médicament est inefficace alors qu'en fait la dose n'est pas assez forte et ne procure pas les bienfaits escomptés.

Que répondriez-vous si Christine vous demandait s'il fallait faire passer un test au frère de Maxime, Jacques?

Vous pourriez lui expliquer que l'évaluation du TDAH est difficile chez un enfant de l'âge de Jacques (Renseignements généraux, point 8; annexe 1), et lui suggérer de surveiller les premiers symptômes évocateurs du TDAH (Renseignements généraux, point 8). Si Jacques présente des symptômes inquiétants, vous pouvez lui recommander de suivre un programme de formation des parents axée sur la maîtrise du comportement (Renseignements généraux, points 24, 25; annexe 1).

Cas numéro 2 : Marguerite, âgée de 16 ans, et sa mère Thérèse

Quels autres renseignements aimeriez-vous obtenir? Que feriez-vous en clinique aujourd'hui?

Il serait utile d'en apprendre plus sur les aspects suivants (Renseignements généraux, point 11; annexe 1) :

- Antécédents médicaux : p. ex., santé, développement, santé mentale.
- Résultats scolaires : antérieurs et actuels.
- Utilisation de boissons à base de caféine, y compris les boissons énergisantes, les boissons gazeuses.
- Antécédents de sommeil : quantité et qualité.
- Durée passée devant un écran/sur les médias sociaux.
- Activités parascolaires.
- Activité physique.
- Consommation de drogues à usage récréatif/d'alcool.

Il serait important de rechercher toute affection concomitante : trouble de l'humeur, trouble de l'anxiété et troubles alimentaires (Renseignements généraux, point 12; encadré 2).

Deuxième partie

Quelles mesures prendriez-vous ensuite?

Vous pourriez envisager des analyses de laboratoire pour écarter l'anémie et les troubles thyroïdiens (Renseignements généraux, point 15a). Le moment serait bien choisi pour remettre à Marguerite, à Thérèse et aux enseignants de Marguerite (Renseignements généraux, points 13, 14) une échelle d'évaluation du TDAH (en leur expliquant comment remplir) et leur demander de rapporter les questionnaires après les avoir remplis.

Troisième partie – un mois plus tard

Comment prendriez-vous en charge Marguerite?

Il serait utile d'informer Marguerite que ce trouble fera désormais partie de sa vie, qu'il est important d'en assurer le suivi continu et à long terme, et que toute éventuelle affection concomitante devra être prise en charge (Renseignements généraux, points 12, 17; annexe 1). Vous pourriez rassurer Marguerite en lui faisant savoir que ce diagnostic ne l'empêcherait pas d'atteindre ses objectifs scolaires si elle bénéficie du soutien approprié. Vous pourriez lui remettre le feuillet sur les ressources en ligne; les liens vers le Centre de sensibilisation au TDAH Canada, traitant de la réussite aux études postsecondaires, seraient particulièrement utiles à Marguerite au fil du temps.

Vous pourriez demander à Marguerite et à Thérèse quel type de prise en charge elles préféreraient afin de mieux définir la marche à suivre (Renseignements généraux, point 17).

Vous pourriez discuter des modifications liées au mode de vie (sommeil suffisant, activité physique régulière, alimentation saine, moins de caféine et réduction du temps passé devant un écran) (Renseignements généraux, points 21, 22; annexe 1). Il serait utile de remettre à Marguerite et à Thérèse le feuillet d'information intitulé « Mythes et réalités sur le TDAH » (Renseignements généraux, points 20, 21). Vous pourriez discuter de certaines stratégies comportementales à adopter à la maison et à l'école, et préconiser des mesures d'adaptation pédagogiques appropriées (encadré 4).

Étant donné que Marguerite se trouve à une étape charnière de son parcours scolaire, vous pourriez envisager de lui proposer des médicaments à ce stade, ainsi que les changements comportementaux susmentionnés, selon ses préférences et celles de Thérèse (Renseignements généraux, points 29-51; annexes 1, 3). Quelle que soit la décision prise, il serait important d'effectuer un suivi étroit et d'utiliser une autre échelle d'évaluation destinée aux enseignants afin de mettre toutes les chances de son côté.

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique :
http://members.fmpe.org/modulefeedback.

Auteure : **Kate Thompson, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Saskatoon, Saskatchewan

Réviseurs : **Joan Flood, B. Sc., M.D., CCMF, FCMF**
Médecin de famille – pratique axée sur la psychiatrie
Scarborough, Ontario

Roland Halil, B. Sc. Pharm, ACPR, Pharm. D.
Pharmacien clinique
Ottawa, Ontario

Rédactrice médicale en chef :
Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/Coordonnatrice, Développement des modules :
Lynda Cranston, B.A. avec spécialisation
Orangeville, Ontario

Coordonnateur, Développement des modules :
Brian Thode, B.A., M.A.
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Nathalie Gans (North York, Ontario), Elisabeth Gold (Halifax, Nouvelle-Écosse) et Dawid Martyniak (London, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Tunji Fatoye (Winnipeg, Manitoba), Naomi Hwang (Victoria, Colombie-Britannique) et Samah Kassem (Calgary, Alberta), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Kate Thompson, Roland Halil, Elizabeth Shaw et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

Joan Flood a reçu des honoraires de conférencière de la part d'Elvium, de Takeda et de Janssen Ortho Pharmaceuticals; elle est membre des conseils consultatifs d'Elvium et de Takeda. La Dre Flood est membre du conseil de la CADDRA.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en novembre 2020.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au :
https://members.fmpe.org/.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

© La Fondation pour l'éducation médicale continue
Vol. 28 (14), novembre 2020

NOTIONS STATISTIQUES DE BASE

Rapport de cotes (RC)
Le rapport de cotes est défini comme le rapport entre la probabilité de survenue d'un événement dans un groupe exposé et la probabilité de survenue du même événement dans un groupe non exposé. La probabilité calculée d'un événement (résultat) est le nombre de personnes ayant présenté le résultat sur celles qui ne l'ont pas présenté. À titre d'exemple : si le risque d'un résultat est de 25/100, sa probabilité est de 25/75.

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude sont peu susceptibles d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou uniques. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les preuves provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des preuves appuyant une question spécifique est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé (s'il est disponible).

Sources :

1) Canadian Task Force on Preventive Health Care Quality of Evidence: https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/.

2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn (DSM-5)*. Washington, DC2013.
2. Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition. 2020.
3. Wolraich ML, Hagan JF, Jr., Allan C, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019;144. PMID 31570648
4. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2015;56:345-65. PMID 25649325
5. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological psychiatry*. 2009;65:46-54. PMID 19006789
6. Amiri S, Sadeghi-Bazargani H, Nazari S, Ranjbar F, Abdi S. Attention deficit/hyperactivity disorder and risk of injuries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of injury & violence research*. 2017;9:95-105. PMID 28554188
7. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*. 2013;382:1575-86. PMID 23993280
8. Erskine HE, Ferrari AJ, Polanczyk GV, et al. The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2014;55:328-36. PMID 24447211
9. Dalsgaard S, Ostergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet (London, England)*. 2015;385:2190-6. PMID 25726514
10. Hamed AM, Kauer AJ, Stevens HE. Why the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matters. *Frontiers in psychiatry*. 2015;6:168. PMID 26635643

11. Felt BT, Biermann B, Christner JG, Kochhar P, Harrison RV. Diagnosis and management of ADHD in children. *American family physician.* 2014;90:456-64. PMID 25369623

12. Belanger SA, Andrews D, Gray C, Korczak D. ADHD in children and youth: Part 1-Etiology, diagnosis, and comorbidity. *Paediatrics & child health.* 2018;23:447-53. PMID 30681669

13. Stergiakouli E, Martin J, Hamshere ML, et al. Shared genetic influences between attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) traits in children and clinical ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2015;54:322-7. PMID 25791149

14. Larsson H, Anckarsater H, Rastam M, Chang Z, Lichtenstein P. Childhood attention-deficit hyperactivity disorder as an extreme of a continuous trait: a quantitative genetic study of 8,500 twin pairs. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines.* 2012;53:73-80. PMID 21923806

15. Verkuijl N, Perkins M, Fazel M. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMJ (Clinical research ed.).* 2015;350:h2168. PMID 25994532

16. Wu CS, Jew CP, Lu HC. Lasting impacts of prenatal cannabis exposure and the role of endogenous cannabinoids in the developing brain. *Future Neurol.* 2011;6:459-80. PMID 22229018

17. Hong SB, Im MH, Kim JW, et al. Environmental lead exposure and attention deficit/hyperactivity disorder symptom domains in a community sample of South Korean school-age children. *Environmental health perspectives.* 2015;123:271-6. PMID 25280233

18. Peterson BS, Rauh VA, Bansal R, et al. Effects of prenatal exposure to air pollutants (polycyclic aromatic hydrocarbons) on the development of brain white matter, cognition, and behavior in later childhood. *JAMA psychiatry.* 2015;72:531-40. PMID 25807066

19. Klein B, Damiani-Taraba G, Koster A, Campbell J, Scholz C. Diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children involved with child protection services: are current diagnostic guidelines acceptable for vulnerable populations? *Child Care Health Dev.* 2015;41:178-85. PMID 24942100

20. O'Neill S, Rajendran K, Mahbubani SM, Halperin JM. Preschool Predictors of ADHD Symptoms and Impairment During Childhood and Adolescence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19:95. PMID 29082443

21. Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). CADDRA ADHD Assessment Toolkit (CAAT) Forms. 2014. https://www.caddra.ca/pdfs/caddraGuidelines2011_Toolkit.pdf.

22. Hall CL, Guo B, Valentine AZ, et al. The Validity of the SNAP-IV in Children Displaying ADHD Symptoms. *Assessment.* 2019:1073191119842255. PMID 30991820

23. Chang LY, Wang MY, Tsai PS. Diagnostic Accuracy of Rating Scales for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137:e20152749. PMID 26928969

24. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficity hyperactivity disorder: diagnosis and management. 2018.

25. Montoya A, Colom F, Ferrin M. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists.* 2011;26:166-75. 21292454

26. Cerrillo-Urbina AJ, García-Hermoso A, Sánchez-López M, Pardo-Guijarro MJ, Santos Gómez JL, Martínez-Vizcaíno V. The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Child Care Health Dev.* 2015;41:779-88. PMID 25988743

27. Daley D, van der Oord S, Ferrin M, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2014;53:835-47, 47 e1-5. PMID 25062591

28. Barlow J, Bergman H, Kornor H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016:CD003680. PMID 27478983

29. Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A, et al. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS One.* 2017;12:e0180355-e. PMID 28700715

30. Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, et al. Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2015;54:164-74. PMID 25721181

31. Vidal R, Castells J, Richarte V, et al. Group therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2015;54:275-82. PMID 25791144

32. Evans S, Ling M, Hill B, Rinehart N, Austin D, Sciberras E. Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27:9-27. PMID 28547119

33. Punja S, Shamseer L, Hartling L, et al. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016. PMID CD009996

34. Osland ST, Steeves TD, Pringsheim T. Pharmacological treatment for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children with comorbid tic disorders. *Cochrane Database Syst* Rev. 2018;6:CD007990. PMID 29944175

35. Feldman ME, Charach A, Belanger SA. ADHD in children and youth: Part 2-Treatment. *Paediatrics & child health.* 2018;23:462-72. PMID 30681665

36. Wilens TE, Bukstein O, Brams M, et al. A controlled trial of extended-release guanfacine and psychostimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2012;51:74-85 e2. PMID 22176941

37. Treuer T, Gau SS, Mendez L, et al. A systematic review of combination therapy with stimulants and atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder, including patient characteristics, treatment strategies, effectiveness, and tolerability. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2013;23:179-93. PMID 23560600

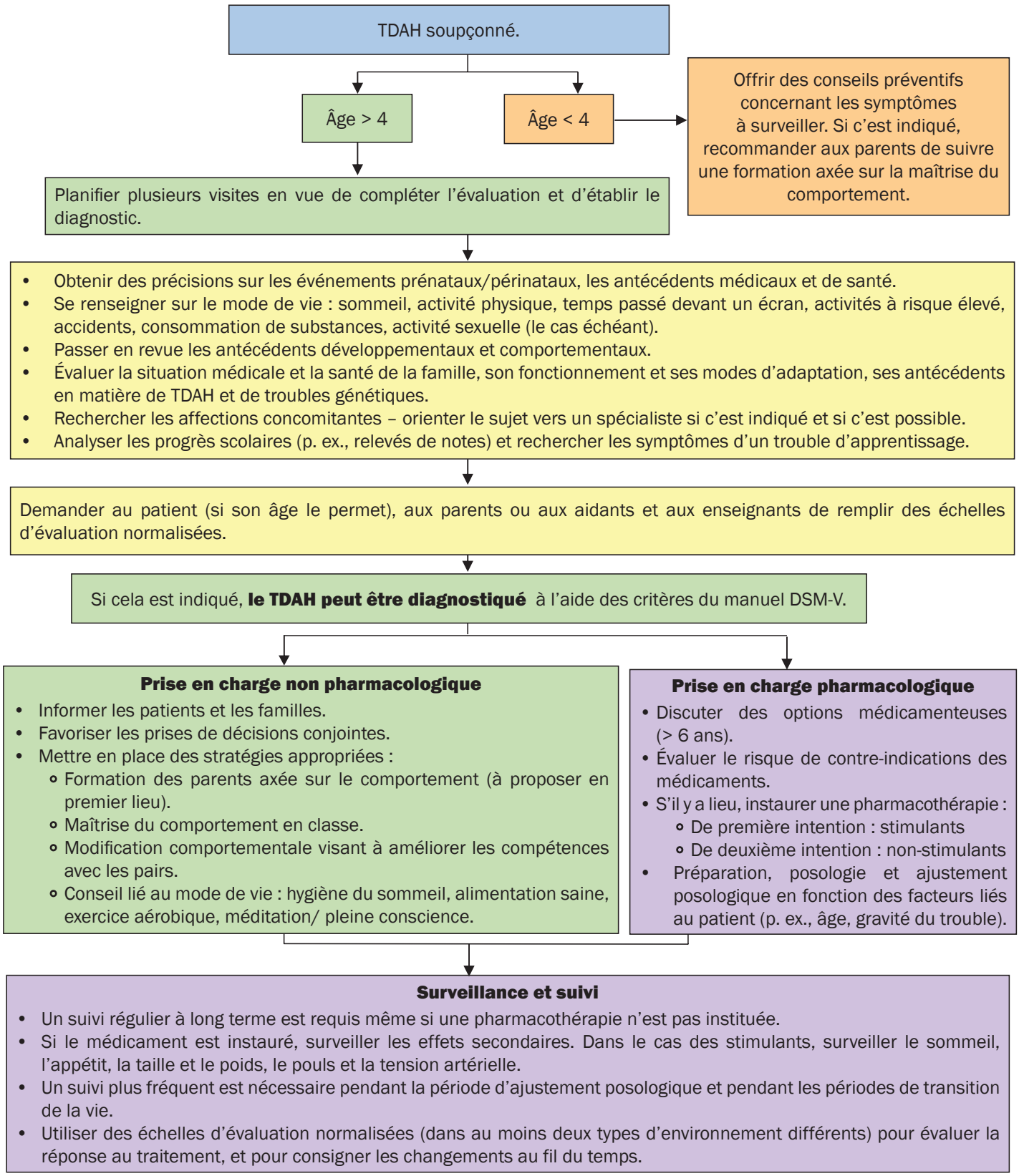
38. Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines.* 2017;58:663-78. PMID 28295312

39. Harstad EB, Weaver AL, Katusic SK, et al. ADHD, stimulant treatment, and growth: a longitudinal study. *Pediatrics.* 2014;134:e935-44. PMID 25180281

40. National Alliance on Mental Illness. Guanfacine (Intuniv). 2019. https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Treatments/Mental-Health-Medications/Types-of-Medication/Guanfacine-(Intuniv)#:~:text=How%20long%20does%20it%20take,some%20symptoms%20may%20occur%20sooner.

41. Wietecha LA, Clemow DB, Buchanan AS, Young JL, Sarkis EH, Findling RL. Atomoxetine Increased Effect over Time in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treated for up to 6 Months: Pooled Analysis of Two Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomized Trials. *CNS Neurosci Ther.* 2016;22:546-57. PMID 26922462

ANNEXE 1. Diagnostic et prise en charge du TDAH



Sources : 1) (CADDRA) CARA. Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition. 2020.; **2)** Belanger SA, Andrews D, Gray C, Korczak D. ADHD in children and youth: Part 1-Etiology, diagnosis, and comorbidity. *Paediatrics & Child Health.* Nov 2018;23(7):447-453.; **3)** Feldman ME, Charach A, Belanger SA. ADHD in children and youth: Part 2-Treatment. *Paediatrics & Child Health.* Nov 2018;23(7):462-472.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2020

ANNEXE 2. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : critères diagnostiques du DSM-V

A. Un mode de comportement persistant d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité gênant le fonctionnement ou le développement, tel que caractérisé par (1) et/ou (2) :

1) Inattention*:* six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant et qui a une incidence négative directe sur les activités sociales, scolaires et professionnelles :

- **Remarque :** Les symptômes ne sont pas uniquement une manifestation d'un comportement d'opposition, de défiance, d'hostilité ou d'incapacité à comprendre des tâches ou des instructions. Pour les adolescents plus âgés et les adultes (17 ans et plus), au moins cinq symptômes sont nécessaires.

a) Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou pendant d'autres activités (p. ex., néglige ou oublie des détails, le travail est inexact).
b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex., a de la difficulté à se concentrer pendant un cours magistral, pendant des conversations ou pendant une lecture prolongée).
c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex., son attention se porte sur autre chose, même en l'absence de distractions manifestes).
d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses travaux scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (p. ex., commence une tâche, mais se déconcentre rapidement et est facilement distrait).
e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex., difficulté à gérer des tâches successives, difficulté à garder de l'ordre dans son matériel et ses effets personnels, travail brouillon et désorganisé, mauvaise gestion du temps, non-respect des échéances).
f) Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex., travail scolaire ou devoirs; chez les adolescents plus âgés et les adultes, préparer des rapports, remplir des formulaires, passer en revue de longs documents).
g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex., matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones cellulaires).
h) Souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes (pour les adolescents plus âgés et les adultes, ces stimulus peuvent inclure des pensées sans rapport avec le contexte).
i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex., accomplir des tâches domestiques, faire les courses; pour les adolescents plus âgés et les adultes, rappeler les gens, payer ses factures, respecter ses rendez-vous).

2) Hyperactivité et impulsivité : six (ou plus) des symptômes suivants ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant et qui a une incidence négative directe sur les activités sociales, scolaires et professionnelles :

- **Remarque :** Les symptômes ne sont pas uniquement une manifestation d'un comportement d'opposition, de défiance, d'hostilité ou une incapacité à comprendre des tâches ou des instructions. Pour les adolescents plus âgés et les adultes (17 ans et plus), au moins cinq symptômes sont nécessaires.

a) Remue ou tape souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
b) Se lève souvent dans des situations où il est censé rester assis (p. ex., quitte souvent sa place en classe, au bureau ou un autre lieu de travail ou dans d'autres situations qui exigent de demeurer en place).
c) Court ou grimpe souvent, dans des situations où cela est inapproprié. (Remarque : Chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice.)
d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
e) Est souvent « sur la brèche », ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (p. ex., est incapable ou a du mal à demeurer en place pendant de longues périodes, comme au restaurant, dans des réunions; ce comportement peut être perçu par d'autres comme celui de quelqu'un qui est agité, difficile à suivre).
f) Parle souvent trop.
g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex., termine les phrases des autres, est incapable d'attendre son tour pour intervenir dans une conversation).
h) A souvent du mal à attendre son tour (p. ex., dans une file d'attente).
i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations, ou dans les jeux ou les activités, peut commencer à utiliser les objets appartenant à d'autres sans demander ou obtenir leur permission; pour les adolescents et les adultes, peut s'imposer et prendre en main ce que les autres sont en train de faire).

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2020

ANNEXE 2. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : critères diagnostiques du DSM-V (suite)

A. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.
B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans deux, ou plus de deux types d'environnement différents (p. ex., à la maison, à l'école ou au travail; avec des amis ou des membres de la famille; dans le cadre d'autres activités).
C. Il est clairement évident que les symptômes interfèrent avec ou diminuent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
D. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité, intoxication ou sevrage à une substance).

Préciser si :

- *314.01 (F90.2)* **Présentation mixte :** si le critère A1 (inattention) et le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) sont tous deux remplis depuis les six derniers mois
- *314.00 (F90.0)* **Présentation à prédominance d'inattention :** si le critère A1 (inattention) est satisfait, mais que le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) ne l'est pas depuis les six derniers mois.
- *314.01 (F90.1)* **Présentation à prédominance d'hyperactivité/impulsivité :** si le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) est satisfait, mais que le critère A1 (inattention) ne l'est pas depuis les six derniers mois.

Préciser si :

- **En rémission partielle :** si l'ensemble des critères était satisfait antérieurement, l'ensemble des critères n'a pas été satisfait au cours des six derniers mois et que les symptômes causent toujours une gêne dans le fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

Préciser la gravité actuelle :

- **Légère :** Symptômes à peine ou légèrement plus nombreux que ceux requis pour le diagnostic, et les symptômes n'entraînent qu'une altération mineure sur le plan professionnel ou social.
- **Modérée :** La gravité des symptômes ou de l'altération fonctionnelle se situe entre « légère » et « grave ».
- **Grave :** De nombreux symptômes de plus que ceux requis pour le diagnostic sont présents, ou les symptômes sont particulièrement graves ou les symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel.

Critères reproduits avec la permission de l'*American Psychiatric Association*.

Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (Copyright 2013). American Psychiatric Association
DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi et al., Elsevier Masson SAS, Paris, 2015. All rights reserved.

ANNEXE 3. MÉDICAMENTS CONTRE LE TDAH

Tableaux des médicaments prescrits au Canada, par groupe d'âge

Tableau 5.10. Traitement médical du TDAH chez les enfants (6 à 12 ans)

Nom de marque	Ingrédient actif	Forme posologique	Dose initiale[1]	Calendrier d'ajustement posologique[2]		Dose quotidienne maximale totale[3]	
				Monographie du produit	CADDRA[4]	Monographie du produit	CADDRA[4]
AGENTS DE PREMIÈRE INTENTION – Psychostimulants à longue durée d'action							
Adderall XR®[5]	sels mixtes d'amphétamine	Capsules à 5, 10, 15, 20, 25, 30 mg	5 mg-10 mg chaque jour le matin	↑5 mg-10 mg	↑5 mg	30 mg	30 mg
Biphentin®	méthylphénidate	Capsules à 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60 et 80 mg	10 mg-20 mg chaque jour le matin	↑10 mg	↑5 mg-10 mg	60 mg	60 mg
Concerta®[5]	méthylphénidate	Comprimés à 18, 27, 36 et 54 mg	18 mg chaque jour le matin	↑18 mg	↑9 mg-18 mg	54 mg	72 mg
Foquest®	méthylphénidate	Capsules à 25, 35, 45, 55, 70 mg	25 mg chaque jour le matin	↑10 mg-15 mg	↑10 mg-15 mg	70 mg	70 mg
Vyvanse®	lisdexamfétamine	Capsules à 10, 20, 30, 40, 50, 60 et 70[6] mg Comprimés à croquer à 10, 20, 30, 50 et 60 mg	20 mg-30 mg chaque jour le matin	↑10 mg- 20 mg	↑10 mg-20 mg	60 mg	60 mg
AGENTS DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Psychostimulants à durée d'action courte et intermédiaire ***Indications d'utilisation : a) au besoin, pendant certaines activités; b) en appoint[7] aux préparations à longue durée d'action, en début ou en fin de journée ou en début de soirée; et c) lorsque le coût des agents à longue durée d'action est trop élevé***							
Dexedrine®[5]	dextroamphétamine	Comprimé à 5 mg	2,5 mg-5 mg 2 f.p.j.[8]	↑2,5 mg-5 mg	↑2,5 mg-5 mg	40 mg	20 mg
Dexedrine® Spansule®[9]	dextroamphétamine	Capsules à 10 et à 15 mg	10 mg chaque jour le matin	↑5 mg	↑2,5 mg-5 mg	40 mg	30 mg
Ritalin®[5]	méthylphénidate	Comprimés à 10 et à 20 mg (5 mg dans le cas des versions génériques seulement)	5 mg 2 à 3 f.p.j.[8]	↑5 mg- 10 mg	↑5 mg	60 mg	60 mg
Ritalin® SR[10,5]	méthylphénidate	Comprimé à 20 mg	20 mg chaque jour le matin	↑20 mg	↑20 mg	60 mg	60 mg
AGENT DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Agents non psychostimulants à longue durée d'action. Agoniste sélectif des récepteurs alpha$_{2A}$-adrénergiques ***Indications d'utilisation : en monothérapie et en appoint aux psychostimulants***							
Intuniv XR®	guanfacine	Comprimés à 1, 2, 3 et 4 mg	1 mg	Par paliers de 1 mg tous les 7 à 14 jours		4 mg	4 mg
AGENTS DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Agents non psychostimulants à longue durée d'action **Inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline** ***Indications d'utilisation : en monothérapie (hors indication : comme traitement d'appoint)***							
Strattera®[5]	atomoxétine	Capsules à 10, 18, 25, 40, 60, 80 ou 100 mg	0,5 mg/kg/jour	Ajuster la posologie tous les 7 à 14 jours; à 0,8 mg/kg/jour, puis à 1,2 mg/kg/jour		1,4 mg/kg/jour ou 60 mg/jour (dose la moins élevée des deux)	

[1] En général, la CADDRA recommande de commencer par la dose la plus faible offerte. Chez les jeunes enfants, la dose doit être augmentée lentement, p. ex., avec Concerta : 18, 27, 36; Biphentin : 10, 15, 20 mg; et Foquest : 25, 35, 45 mg

[2] La plupart des protocoles de recherche et des monographies de produits préconisent des intervalles d'au moins 7 jours; des intervalles plus longs peuvent être nécessaires dans certaines situations cliniques ou selon la tolérance.

[3] Consulter le tableau se rapportant aux adolescents pour les enfants pesant plus de 40 kg.

[4] Une décision fondée sur un consensus a été prise en tenant compte de l'utilisation clinique et de la recherche. Les doses sélectionnées par le Conseil de la CADDRA qui sont supérieures ou inférieures aux doses maximales ou minimales indiquées dans les monographies de produits doivent être considérées comme une utilisation non approuvée du produit.

[5] Produit générique offert. Le comité des lignes directrices canadiennes sur le TDAH a signalé des pertes de maîtrise des symptômes chez certains patients qui sont passés d'un médicament d'origine à un produit générique. Par conséquent, les psychostimulants génériques à longue durée d'action sont considérés comme des agents de deuxième intention.

[6] La dose de 70 mg de Vyvanse est une dose hors indication pour le traitement du TDAH au Canada.

[7] Comme traitement d'appoint à Adderall XR® ou à Vyvanse®, des produits à base de dextroamphétamine à durée d'action courte ou intermédiaire peuvent être utilisés. Comme traitement d'appoint à Biphentin® ou à Concerta®, des produits à base de méthylphénidate à courte durée d'action peuvent être utilisés.

[8] « 2 f.p.j. » signifie une administration le matin et l'autre à midi, tandis que « 3 f.p.j. » signifie une administration le matin, une à midi et une dernière à 16 h.

[9] L'effet de Dexedrine® Spansule peut durer de 6 à 8 heures.

[10] Ritalin® SR peut aider à couvrir la période du midi, bien que l'expérience clinique laisse entrevoir un effet semblable à celui des préparations à courte durée d'action. Une dose accrue pourrait être étalée pour inclure une autre administration à 14 h, jusqu'à un maximum de 60 mg par jour.

Remarque : Ces tableaux sont des résumés des principaux renseignements et ne doivent pas être considérés comme exhaustifs. Les médecins doivent consulter la monographie des produits pour connaître les renseignements posologiques complets.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2020

ANNEXE 3. Médicaments contre le TDAH (suite)

Tableaux des médicaments prescrits au Canada, par groupe d'âge

Tableau 5.11. Traitement médical du TDAH chez les adolescents (13 à 17 ans)[1]

Nom de marque	Ingrédient actif	Forme posologique	Dose initiale[1]	Calendrier d'ajustement posologique[2]		Dose quotidienne maximale totale[3]	
				Monographie du produit	CADDRA[4]	Monographie du produit	CADDRA[4]
AGENTS DE PREMIÈRE INTENTION – Psychostimulants à longue durée d'action							
Adderall XR®[5]	sels mixtes d'amphétamine	Capsules à 5, 10, 15, 20, 25, 30 mg	5 mg-10 mg chaque jour le matin	↑5 mg-10 mg	↑5 mg	20 mg-30 mg	50 mg
Biphentin®	méthylphénidate	Capsules à 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60 et 80 mg	10 mg-20 mg chaque jour le matin	↑10 mg	↑5 mg-10 mg	60 mg	80 mg
Concerta®[5]	méthylphénidate	Comprimés à 18, 27, 36 et 54 mg	18 mg chaque jour le matin	↑18 mg	↑9 mg-18 mg	54 mg	90 mg
Foquest®	méthylphénidate	Capsules à 25, 35, 45, 55, 70 mg	25 mg chaque jour le matin	↑10 mg-15 mg	↑10 mg ou 15 mg	70 mg	70 mg
Vyvanse®	lisdexamfétamine	Capsules à 10, 20, 30, 40, 50, 60 et 70[6] mg Comprimés à croquer à 10, 20, 30, 50 et 60 mg	20 mg-30 mg chaque jour le matin	À la discrétion du clinicien	↑10 mg	60 mg	70 mg
AGENTS DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Psychostimulants à durée d'action courte et intermédiaire ***Indications d'utilisation : a) au besoin, pendant certaines activités; b) en appoint[7] aux préparations à longue durée d'action, en début ou en fin de journée ou en début de soirée; et c) lorsque le coût des agents à longue durée d'action est trop élevé***							
Dexedrine®[5]	dextroamphétamine	Comprimé à 5 mg	2,5 mg-5 mg 2 f.p.j.[8]	↑5 mg	↑2,5 mg-5 mg	40 mg	30 mg
Dexedrine® Spansule®[9]	dextroamphétamine	Capsules à 10 et à 15 mg	10 mg chaque jour le matin	↑5 mg	↑2,5 mg-5 mg	40 mg	30 mg
Ritalin®[5]	méthylphénidate	Comprimés à 10 et à 20 mg (5 mg dans le cas des versions génériques seulement)	5 mg 2 à 3 f.p.j.[8]	↑5 mg- 10 mg	↑5 mg	60 mg	60 mg
Ritalin® SR[10,5]	méthylphénidate	Comprimé à 20 mg	20 mg chaque jour le matin	↑ 20 mg (ajouter une dose à 14 h)		60 mg	80 mg
AGENT DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Agents non psychostimulants à longue durée d'action. Agoniste sélectif des récepteurs alpha$_{2A}$-adrénergiques ***Indications d'utilisation : en monothérapie et en appoint aux psychostimulants***							
Intuniv XR®	guanfacine	Comprimés à 1, 2, 3 et 4 mg	1 mg	Par paliers de 1 mg tous les 7 à 14 jours		7 mg en monothérapie et 4 mg en traitement d'appoint	
AGENTS DE DEUXIÈME INTENTION/D'APPOINT – Agents non psychostimulants à longue durée d'action **Inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline** ***Indications d'utilisation : en monothérapie (hors indication : comme traitement d'appoint)***							
Strattera®[5]	atomoxétine	Capsules à 10, 18, 25, 40, 60, 80 ou 100 mg	0,5 mg/kg/jour	Ajuster la posologie tous les 7 à 14 jours; à 0,8 mg/kg/jour, puis à 1,2 mg/kg/jour[11]		1,4 mg/kg/jour ou 100 mg/jour (dose la moins élevée des deux)	

[1] Pour les adolescents pesant > 40 kg
[2] En général, la CADDRA recommande de commencer par la dose la plus faible offerte.
[3] La plupart des protocoles de recherche et des monographies de produits préconisent des intervalles d'au moins 7 jours; des intervalles plus longs peuvent être nécessaires dans certaines situations cliniques ou selon la tolérance.
[4] Une décision fondée sur un consensus a été prise en tenant compte de l'utilisation clinique et de la recherche. Les doses sélectionnées par le Conseil de la CADDRA qui sont supérieures ou inférieures aux doses maximales ou minimales indiquées dans les monographies de produits doivent être considérées comme une utilisation non approuvée du produit.
[5] Produit générique offert. Le comité des lignes directrices canadiennes sur le TDAH a signalé des pertes de maîtrise des symptômes chez certains patients qui sont passés d'un médicament d'origine à un produit générique. Par conséquent, les psychostimulants génériques à longue durée d'action sont considérés comme des agents de deuxième intention.
[6] La dose de 70 mg de Vyvanse® est une dose hors indication pour le traitement du TDAH au Canada.
[7] Comme traitement d'appoint à Adderall XR® ou à Vyvanse®, des produits à base de dextroamphétamine à durée d'action courte ou intermédiaire peuvent être utilisés. Comme traitement d'appoint à Biphentin® ou à Concerta®, des produits à base de méthylphénidate à courte durée d'action peuvent être utilisés.
[8] « 2 f.p.j. » signifie une administration le matin et l'autre à midi, tandis que « 3 f.p.j. » signifie une administration le matin, une à midi et une dernière à 16 h.
[9] L'effet de Dexedrine® Spansule peut durer de 6 à 8 heures.
[10] Ritalin® SR peut aider à couvrir la période du midi, bien que l'expérience clinique laisse entrevoir un effet semblable à celui des préparations à courte durée d'action.
[11] Ce calendrier d'ajustement posologique s'applique aux adolescents pesant < 70 kg. Pour les adolescents pesant > 70 kg, il faut utiliser le calendrier d'ajustement posologique pour adultes.

Remarque : Ces tableaux sont des résumés des principaux renseignements et ne doivent pas être considérés comme exhaustifs. Les médecins doivent consulter la monographie des produits pour connaître les renseignements posologiques complets.

Reproduit avec la permission de la *Canadian ADHD Resource Alliance* (CADDRA). Lignes directrices canadiennes pour le TDAH, édition 4.1. 2020.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

RESSOURCES EN LIGNE

Centre for ADHD Awareness Canada www.caddac.ca
Cet organisme canadien à but non lucratif se consacre à l'amélioration de la vie des personnes atteintes de TDAH par des activités de sensibilisation, de formation et de défense des intérêts. Il fournit des renseignements à jour et scientifiquement fondés sur le TDAH, ainsi qu'une liste complète de ressources pour les enfants/adolescents et les familles, ce qui comprend les groupes de soutien, les programmes de loisirs, les services de tutorat, les écoles et les camps. Il propose également des ressources aux personnes qui s'apprêtent à suivre ou suivent actuellement des études postsecondaires. Par exemple, « *10 Ways to Achieve Success for University or College Students with ADHD* » (version longue) disponible au :
www.caddac.ca/cms/CADDAC_pdf/Campaign/10WaystoAchieveSuccessLong.pdf

CHADD Canada www.chaddcanada.com
CHADD Canada est un organisme de bienfaisance qui vise à soutenir, à informer et à améliorer la vie des personnes atteintes de TDAH et de leur famille ou aidants. Des bureaux régionaux, où se tiennent régulièrement des réunions de soutien, assurent ces services auprès des collectivités partout au Canada. On y organise également des ateliers, des présentations et des conférences visant à faire connaître les dernières avancées et techniques en matière de traitement du TDAH.

À propos de Kids Health https://www.aboutkidshealth.ca/Fr
Ce site d'information destiné aux parents et aux aidants offre de l'information sur les signes et les symptômes du TDAH, son diagnostic et son traitement, ainsi que des stratégies pour surmonter les obstacles en milieu scolaire.

***How to ADHD* (YouTube)**
https://www.youtube.com/playlist?list=PLvq9Tp5JZ8oAV-GAZmvEoYj9ntBaabKMj
Cette série de courtes vidéos (5 à 10 minutes) divertissantes destinée aux adolescents et aux parents explique de nombreux concepts et offre des conseils sur la manière de prendre en charge le TDAH.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2020

MYTHES ET RÉALITÉS SUR LE TDAH

Mythe	Réalité
Le TDAH n'existe pas.	Le TDAH est une véritable maladie du système nerveux. Il peut entraîner des problèmes d'attention, d'excès d'activité (hyperactivité) et/ou d'impulsivité (faire les choses sans réfléchir) qui ne sont pas en rapport avec l'âge de l'enfant.
On ne peut pas être atteint de TDAH si on a de bons résultats scolaires.	Même les enfants qui réussissent bien à l'école peuvent souffrir de TDAH.
Le TDAH découle d'un mauvais enseignement ou d'une mauvaise éducation parentale des enfants.	Le TDAH n'est pas lié à l'enseignement ou à l'éducation (il est principalement héréditaire). Mais un enseignement et une éducation de qualité peuvent contribuer à atténuer les problèmes d'un enfant atteint de TDAH.
Le TDAH est causé par l'alimentation d'un enfant (p. ex., sucre raffiné, additifs alimentaires).	Le lien entre le TDAH et l'alimentation n'a pas été démontré. Une bonne alimentation et une bonne santé globale sont toujours importantes.
Le TDAH ne touche que les garçons.	Le TDAH est plus souvent décelé chez les garçons, mais il peut aussi toucher les filles. Le TDAH à type d'inattention est plus fréquent chez les filles, tandis que le comportement perturbateur et impulsif est plus courant chez les garçons. Les filles atteintes de TDAH ont tendance à présenter plus de détresse, d'anxiété et de dépression que les garçons atteints de TDAH.
Il existe un test pour diagnostiquer le TDAH.	Il n'existe pas de test permettant de diagnostiquer le TDAH. Le diagnostic est posé par un prestataire de soins de santé qui a d'abord examiné les symptômes et les antécédents médicaux de l'enfant.
Le diagnostic du TDAH est posé trop souvent.	L'augmentation du nombre d'enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH peut s'expliquer de différentes manières : • Les parents et les prestataires de soins de santé en sont davantage conscients. • Les prestataires de soins de santé posent plus souvent des questions à ce sujet. • De meilleurs traitements sont disponibles.
Tous les enfants atteints de TDAH affichent des comportements perturbateurs.	Près de la moitié seulement des enfants atteints de TDAH présentent des comportements destructeurs.
Les enfants atteints de TDAH ne sont jamais capables de se concentrer ou de terminer leurs travaux.	Il arrive que les enfants atteints de TDAH puissent bien se concentrer sur des activités stimulantes (comme les jeux vidéo ou des activités créatives comme le Lego ou le dessin) mais qu'ils aient du mal à se concentrer sur d'autres tâches.
Tous les enfants atteints de TDAH sont hyperactifs.	Tous les enfants atteints de TDAH ne sont pas hyperactifs. En fait, certains peuvent donner l'impression d'être trop calmes et de manquer d'énergie.
Les enfants atteints de TDAH sont paresseux.	Il est plus facile pour tout un chacun de se concentrer sur une activité qu'on trouve intéressante, et de la mener à bien. Nombreux sont les enfants atteints de TDAH qui peuvent bien se concentrer sur certaines activités (tel qu'indiqué ci-dessus).
Les médicaments peuvent à eux seuls maîtriser le TDAH.	Les médicaments peuvent atténuer le TDAH. Mais la meilleure approche consiste à prendre également d'autres mesures, comme de s'informer sur le TDAH, de recourir à des thérapies comportementales et de faire appel à des mécanismes de soutien scolaire.
Il arrive à tout le monde d'être inattentif.	Tout le monde peut présenter un symptôme de TDAH, comme oublier des objets. Mais les enfants atteints de TDAH présentent beaucoup plus de symptômes et rencontrent de ce fait beaucoup plus de problèmes.

Document adapté avec la permission de la *Canadian ADHD Resource Alliance* (CADDRA). Lignes directrices canadiennes pour le TDAH, édition 4.1. 2020. www.caddra.ca/fr

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2020