

Table des matières

Diagnostic.....	3
Définition et caractéristiques.....	3
Facteurs étiologiques.....	3
Prévalence des troubles comorbides.....	3
Critères diagnostiques.....	4
Symptômes du TDAH selon le DSM-5.....	4
Étapes de diagnostic et traitement.....	5
Chez les enfants.....	6
Chez les adolescents.....	7
Chez les adultes.....	8
Cibles.....	9
Objectifs généraux.....	9
Établir des objectifs spécifiques et individualisés.....	9
Outils d'évaluation.....	10
Exemples de questionnaires pouvant être utilisés selon l'âge du patient.....	10
Formulaires pour l'évaluation, le traitement et le suivi.....	11
Outils d'aide à la prise de décisions partagées.....	35
Bénéfices du traitement.....	35
Risques potentiels.....	36
Décision de débiter un traitement.....	38
Tests génétiques.....	39
Établir un plan d'intervention scolaire.....	40
Mesures non pharmacologiques.....	41
Place dans la thérapie.....	41
Traitement psychosocial du TDAH.....	41
Type de mesures non pharmacologiques à envisager.....	41
Aperçu des interventions psychosociales.....	42
Alimentation et suppléments.....	44
Traitements.....	48
Tableau des molécules.....	48
Psychostimulants à base d'amphétamine (AMP).....	49
Psychostimulants à base de méthylphénidate (MPH).....	52
Agoniste sélectif des récepteurs $\alpha 2a$	55
Agoniste $\alpha 2$ -adrénergique.....	57
Inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline.....	58
Inhibiteur du recaptage de la norépinéphrine et de la dopamine.....	59
Antidépresseur tricyclique.....	59
Stimulant du système nerveux central.....	61
Ajustements et suivis recommandés.....	63
Principes généraux.....	63
Facteurs à considérer dans le choix de traitement.....	65

Sélection selon l'âge.....	65
Selon le mécanisme d'action.....	67
Selon la durée de l'effet thérapeutique et le moment d'apparition des symptômes.....	68
Selon les antécédents pharmacologiques familiaux ou les tests génétiques.....	68
Selon les comorbidités du patient.....	68
Populations spéciales.....	71
Grossesse et allaitement.....	71
Insuffisance rénale ou hépatique.....	74
Substitution générique.....	75
Combinaisons de traitements.....	76
Suivis recommandés.....	76
Fréquence et moments.....	76
Adhésion.....	77
Efficacité.....	77
Évaluation.....	77
Délais.....	77
Innocuité.....	77
Évaluation.....	77
Délais.....	78
Sources pour trouver des valeurs normales.....	78
Prise en charge des effets secondaires.....	79
Principes généraux.....	79
Ajustements du traitement.....	1
Principes généraux.....	1
Réponse insatisfaisante au traitement.....	1
Passage d'un agent à un autre.....	1
Congés thérapeutiques.....	1
Comment cesser les médicaments.....	1
Conseil au patient.....	1
Conseils généraux.....	1
Brochures et sites web disponibles.....	1
Tableau résumé des outils disponibles sur les sites web.....	1
Références.....	1
Mesures non pharmacologiques.....	1
Populations spéciales.....	1
Substitution générique.....	1
Valeurs normales en pédiatrie.....	1
Prise en charge des effets secondaires.....	1
Ajustements du traitement.....	1
Recommandations sur les meilleures pratiques.....	1

Diagnostic

Définition et caractéristiques

- Trouble neurodéveloppemental généralement constaté durant la petite enfance et qui évolue tout au long de la vie ; plus de 50 % des personnes ayant reçu le diagnostic pendant l'enfance ou l'adolescence continuent de présenter des symptômes invalidants et significatifs à l'âge adulte.
- Prévalence estimée à 5 à 9 % chez les enfants et les adolescents, et chez 3 à 5 % des adultes.
- Pourrait être sous-identifié et sous-diagnostiqué chez les filles d'âge scolaire étant donné qu'elles présentent généralement des symptômes moins perturbateurs que les garçons. L'écart tend à s'estomper à l'approche de l'âge adulte.

Facteurs étiologiques

- L'hérédité jouerait un rôle important :
 - Des études portant sur des jumeaux ont fixé à 76 % le caractère héréditaire du TDAH.
 - Les parents atteints de TDAH ont plus de 50 % de risque d'avoir un enfant qui en sera atteint.
 - Environ 25 % des enfants atteints de TDAH ont des parents qui auraient ce trouble.
 - Le risque d'être atteint est de 30 à 40 % pour les proches de premier degré.
- L'usage d'alcool et de tabac durant la grossesse, un faible poids à la naissance et l'exposition à l'adversité psychosociale pourraient être des facteurs contributifs à l'apparition des symptômes.
- Le dysfonctionnement des voies fronto-striatales (cortex cingulaire antérieur et préfrontal dorsolatéral) est souvent ciblé en tant que possible mécanisme neural sous-jacent.

Prévalence des troubles comorbides

- 70 % des enfants d'âge scolaire atteints de TDAH présentent au moins un autre trouble psychiatrique comme l'anxiété, le TOC, les tics et la dépression. Un trouble pourrait être précurseur de l'autre ou encore un facteur de risque de l'apparition de l'autre.

	Enfants (6-12 ans)	Adolescents (13-17 ans)	Adultes (18 ans et +)
Anxiété	++	++	+++
Dépression	+	++	+++
Difficultés d'apprentissage	+++	+++	+++
Trouble oppositionnel avec provocation	+++	++	+
Trouble des conduites	++	++	++ (personnalité antisociale)
Trouble bipolaire	+ (?)	+	++
Trouble de l'usage des substances	+	++	+++
Trouble du spectre de l'autisme	++	++	++ (?)
Tics	++	++	+
Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle	?	?	?
Personnalité borderline		?	+++
Trouble obsessionnel compulsif	+	+	++

Légende : + : 1-10 %, ++ : 11-30 %, +++ : > 31 %, ? : Données inconnues/controversées

Critères diagnostiques**Symptômes du TDAH selon le DSM-5**

- Un nombre de symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité doivent être observables :
 - ≤ 16 ans : ≥ 6 / 9
 - ≥ 17 ans : ≥ 5 / 9
- TDAH combiné : répond aux critères A1 (inattention) et A2 (hyperactivité et impulsivité) .
- TDAH avec présentation inattentive prédominante : répond seulement aux critères A1.
- TDAH avec présentation hyperactive-impulsive prédominante : répond seulement aux critères A2.

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

Selon le DSM-5, ces symptômes :

- **sont présents depuis l'enfance.** Chez les adolescents et les adultes, on doit pouvoir retracer des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité de façon rétrospective dans la période précédant l'âge de 12 ans ;
- **sont persistants** depuis au moins 6 mois ;
- **se manifestent dans au moins deux environnements différents** (ex.: maison, école, travail) ;
- **entraînent une atteinte fonctionnelle significative** dans une ou plusieurs sphères de sa vie quotidienne (sociale, scolaire ou professionnelle) ;
- **ne sont pas mieux expliqués par une autre problématique** psychiatrique, médicale ou psychosociale et ne correspondent pas au niveau de développement normal pour son âge.

Étapes de diagnostic et traitement

- La CADDRA a conçu **3 différents algorithmes** regroupant les différentes étapes menant au diagnostic et au traitement du TDAH selon l'âge du patient (**enfant, adolescent ou adulte**).
- Dans tous les cas, la **1ère** étape est de récolter les formulaires remplis.
 - Les formulaires à remplir ainsi que les personnes à qui faire appel pour les remplir diffèrent selon le groupe d'âge.
 - Chez les enfants, ce sont souvent les parents et enseignants qui rempliront les formulaires spécifiques (voir section Cibles pour une classification des formulaires à utiliser selon l'âge du patient).
 - Chez les adolescents et les adultes, il existe un formulaire d'auto-évaluation des symptômes du TDAH. Un conjoint ou employeur pourrait aussi être appelé à remplir les formulaires.
 - Chez les adultes, il est pertinent de retracer l'historique des symptômes durant l'enfance, en faisant appel aux parents/proches qui connaissaient le patient durant l'enfance pour remplir le formulaire SNAP-IV.
 - Idéalement, les symptômes du TDAH doivent être évalués, à l'aide de ces formulaires, dans au moins 2 milieux.
 - Exemples de symptômes : impulsivité, désorganisation, faible estime de soi, agressivité, inattention, troubles de l'humeur/anxiété, consommation de substances, hyperactivité, procrastination, problèmes scolaires ou de performance au travail.
- Dans un **2ème** temps, un bilan médical est réalisé pour :
 - Identifier le motif de référence (ex.: inattention, impulsivité, etc.) ;
 - Exclure les causes médicales mimant un TDAH (ex.: troubles auditifs ou visuels, troubles de la thyroïde, troubles du sommeil, syndrome d'alcoolisme foetal, abus physique, épilepsie, diabète non contrôlé, traumatisme crânien, apnée ou troubles du sommeil, etc.) ;
 - Identifier les séquelles du TDAH (ex.: abus, haut seuil de douleur, sommeil irrégulier, mange difficilement, etc.) ;
 - Exclure les contre-indications relatives et absolues (ex.: glaucome, hypertension non contrôlée, toute anomalie cardiaque significative) ;
 - Évaluer les antécédents médicaux, dont les antécédents cardiovasculaires : tachycardie, arythmie, dyspnée, vomissements, douleurs à la poitrine après l'effort, etc.
 - Évaluer la présence de troubles psychiatriques comorbides (ex.: tentatives de suicide ou gestes de violence envers les autres, diagnostics psychiatriques, syndrome Gilles de la Tourette/tics, etc.) ;
 - Dresser un historique du développement (ex.: troubles de motricité globale, fine, du langage, du comportement, troubles visuels ou auditifs, problèmes de coordination, dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysphasie, retard de développement ou de croissance, exposition in utero à la nicotine/alcool/drogues, complications périnatales) ;
 - Évaluer les antécédents familiaux : TDAH, trouble du spectre de l'autisme, bipolarité, troubles du sommeil, psychose, Tourette et tics, troubles de l'apprentissage ou de la personnalité, anxiété, épilepsie, déficience intellectuelle, dépression, suicide, dépendance.
- Par la suite, dans un **3ème** temps, une entrevue pour évaluer le TDAH est par la suite effectuée.
- Enfin, les options de traitement selon le groupe d'âge du patient peuvent être abordées et un suivi régulier doit être fait à l'aide d'outils spécifiques.

Chez les enfants

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT POUR LES ENFANTS

L'évaluation du TDAH inclut un bilan de l'état de santé mentale général (afin de tenir compte des troubles comorbides et établir le diagnostic différentiel). Outre l'entrevue clinique diagnostique, la CADDRA recommande l'utilisation de divers outils, tel le questionnaire **WSR II**. Cette trousse d'évaluation électronique comprend un guide d'évaluation facultatif, à savoir le **Formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH**.

Le diagramme du cheminement diagnostique ci-dessous ne s'applique que s'il y a suspicion d'un TDAH après le bilan de l'état de santé mentale général. Tous les outils y apparaissant peuvent être téléchargés et utilisés gratuitement. Il existe également d'autres outils (p. ex. les échelles d'évaluation de Vanderbilt, de Conners ou de Wender Utah, ou le questionnaire sur les points forts et les difficultés SDQ [Strengths and Difficulties Questionnaire]) qui peuvent être utilisés au lieu de ceux proposés ci-dessous. De plus amples renseignements sur les étapes ci-dessous se retrouvent au chapitre 1 de la 4^e édition des Lignes directrices canadiennes sur le TDAH.

SUSPICION D'UN TDAH

ÉTAPE 1 - COMPILATION DES FORMULAIRES

QUESTIONNAIRES POUR LES PARENTS/AIDANTS

► **SNAP-IV** (Swanson, Nolan et Pelham, 4^e version)

Envisager également d'utiliser une échelle d'évaluation des atteintes fonctionnelles (p. ex. l'échelle d'évaluation des déficits fonctionnels de Weiss par les parents **WFIRS-P**)

QUESTIONNAIRES POUR LES ENSEIGNANTS

► **SNAP-IV**

► **FORMULAIRE CADDRA POUR L'ÉVALUATION PAR L'ENSEIGNANT**

ÉTAPE 2 - BILAN MÉDICAL

EXCLURE TOUTE CAUSE MÉDICALE POUVANT IMITER LES SIGNES ET SYMPTÔMES DU TDAH OU LES AGGRAVER

PASSER EN REVUE L'ALIMENTATION ET LES HABITUDES DE VIE :
Sommeil, exercices physiques, temps passé devant tout écran, activités à risque élevé, toxicomanie, activités sexuelles (si cela s'applique), accidents

ÉVALUER LES CONTRE-INDICATIONS POTENTIELLES AUX MÉDICAMENTS POUR LE TDAH

ÉTAPE 3 - ENTREVUE ÉVALUANT PRÉCISÉMENT LE TDAH

DISCUTER DES POINTS FORTS DU PATIENT ET OBSERVER CELUI-CI PENDANT L'ENTREVUE

REVOIR L'HISTOIRE DÉVELOPPEMENTALE ET OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS COLLATÉRAUX OBTENUS AUPRÈS DES PARENTS/PROCHES

ANALYSER LES QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION REMPLIS

ENVISAGER LA CONTRIBUTION D'AUTRES FACTEURS PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOSOCIAUX OU DE TROUBLES D'APPRENTISSAGE AU TABLEAU SYMPTOMATOLOGIQUE

Envisager d'orienter le patient vers un spécialiste si nécessaire.

ÉTAPE 4 - RÉTROACTION ET RECOMMANDATIONS THÉRAPEUTIQUES

ÉDUCATION SUR LE TDAH (Processus continu)

Fournir des renseignements et des ressources, dont le document suivant de la CADDRA :

► **INFORMATIONS ET RESSOURCES SUR LE TDAH**

Liens vers des sites Web utiles :

- CADDAC (Canada : www.caddac.ca)
- PANDA (Québec : www.associationpanda.qc.ca)
- CHADD (États-Unis : www.chadd.org)

RÉTROACTION SUR LE DIAGNOSTIC

Rétroaction auprès du patient et de sa famille sur les symptômes et les déficits fonctionnels du TDAH

OPTIONS DE TRAITEMENT

Discuter du traitement et des mesures adaptatives (à l'école/au travail, stratégies au quotidien) et amorcer le traitement.

► **MODÈLE DE LETTRE POUR UNE DEMANDE D'ACCOMMODEMENTS EN MILIEU SCOLAIRE**

STRATÉGIES NON PHARMACOLOGIQUES

Document d'appui :

► **GUIDE CADDRA SUR L'ÉDUCATION PSYCHOSOCIALE**

STRATÉGIES PHARMACOLOGIQUES

Document d'appui :

► **TABLEAU CADDRA DES MÉDICAMENTS**

VISITES DE SUIVI

- Le TDAH est un trouble chronique qui nécessite un suivi régulier à long terme, en présence ou en l'absence d'un traitement pharmacologique prescrit.
- Le suivi sera plus fréquent lors des ajustements de la dose des médicaments et lors des périodes de transitions de la vie.
- Ces visites permettent de documenter les changements au fil du temps avec les échelles d'évaluation convenant le mieux au patient (p. ex. **SNAP-IV** et **WFIRS-P**).

Autres formulaires pour faire le suivi :

► **FORMULAIRE CADDRA DE SUIVI PHARMACOLOGIQUE**

► **FORMULAIRE CADDRA DU CLINICIEN POUR LE SUIVI DU TDAH**

Le **FORMULAIRE CADDRA POUR LE TRANSFERT DE PATIENTS ATTEINTS D'UN TDAH** peut être utilisé lorsqu'un patient est transféré à un nouveau professionnel de la santé, y compris dans les situations où un patient pédiatrique (enfant ou adolescent) est orienté vers des services pour adultes.

Chez les adolescents

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT POUR LES ADOLESCENTS

L'évaluation du TDAH inclut un bilan de l'état de santé mentale général (afin de tenir compte des troubles comorbides et établir le diagnostic différentiel). Outre l'entrevue clinique diagnostique, la CADDRA recommande l'utilisation de divers outils, tel le questionnaire **WSR II**. Cette trousse d'évaluation électronique comprend un guide d'évaluation facultatif, à savoir le **Formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH**.

Le diagramme du cheminement diagnostique ci-dessous ne s'applique que s'il y a suspicion d'un TDAH après le bilan de l'état de santé mentale général. Tous les outils y apparaissant peuvent être téléchargés et utilisés gratuitement. Il existe également d'autres outils (p. ex. les échelles d'évaluation de Vanderbilt, de Conners ou de Wender Utah, ou le questionnaire sur les points forts et les difficultés SDQ [Strengths and Difficulties Questionnaire]) qui peuvent être utilisés au lieu de ceux proposés ci-dessous. De plus amples renseignements sur les étapes ci-dessous se retrouvent au chapitre 1 de la 4^e édition des Lignes directrices canadiennes sur le TDAH.

SUSPICION D'UN TDAH

ÉTAPE 1 - COMPILATION DES FORMULAIRES

QUESTIONNAIRES POUR LES PARENTS/AIDANTS

► **SNAP-IV** (Swanson, Nolan et Pelham, 4^e version)

Envisager également d'utiliser une échelle d'évaluation des atteintes fonctionnelles (p. ex. l'échelle d'évaluation des déficits fonctionnels de Weiss par les parents **WFIRS-P**)

FORMULAIRES POUR LES ENSEIGNANTS

 ► **SNAP-IV**
 ► **FORMULAIRE CADDRA POUR L'ÉVALUATION PAR L'ENSEIGNANT**

AUTO-ÉVALUATION

(si applicable)

► **ASRS** - Échelle d'auto-évaluation du TDAH chez l'adulte

Envisager également d'utiliser une échelle d'évaluation des atteintes fonctionnelles (p. ex. l'échelle d'auto-évaluation des déficits fonctionnels de Weiss **WFIRS-S**)

ÉTAPE 2 - BILAN MÉDICAL

EXCLURE TOUTE CAUSE MÉDICALE POUVANT IMITER LES SIGNES ET SYMPTÔMES DU TDAH OU LES AGGRAVER

PASSER EN REVUE L'ALIMENTATION ET LES HABITUDES DE VIE :
Sommeil, exercices physiques, temps passé devant tout écran, activités à risque élevé, toxicomanie, activités sexuelles (si cela s'applique), accidents

ÉVALUER LES CONTRE-INDICATIONS POTENTIELLES AUX MÉDICAMENTS POUR LE TDAH

ÉTAPE 3 - ENTREVUE ÉVALUANT PRÉCISÉMENT LE TDAH

DISCUTER DES POINTS FORTS DU PATIENT ET OBSERVER CELUI-CI PENDANT L'ENTREVUE

REVOIR L'HISTOIRE DÉVELOPPEMENTALE ET OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS COLLATÉRAUX OBTENUS AUPRÈS DES PARENTS/PROCHES

ANALYSER LES QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION REMPLIS

ENVISAGER LA CONTRIBUTION D'AUTRES FACTEURS PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOSOCIAUX OU DE TROUBLES D'APPRENTISSAGE AU TABLEAU SYMPTOMATOLOGIQUE
Envisager d'orienter le patient vers un spécialiste si nécessaire.

ÉTAPE 4 - RÉTROACTION ET RECOMMANDATIONS THÉRAPEUTIQUES

ÉDUCATION SUR LE TDAH

(Processus continu)

Fournir des renseignements et des ressources, dont le document suivant de la CADDRA :

► **INFORMATIONS ET RESSOURCES SUR LE TDAH**

Liens vers des sites Web utiles :

- **CADDAC** (Canada : www.caddac.ca)
- **PANDA** (Québec : www.associationpanda.qc.ca)
- **CHADD** (États-Unis : www.chadd.org)

RÉTROACTION SUR LE DIAGNOSTIC

Rétroaction auprès du patient et de sa famille sur les symptômes et les déficits fonctionnels du TDAH

OPTIONS DE TRAITEMENT

Discuter du traitement et des mesures adaptatives (à l'école/au travail, stratégies au quotidien) et amorcer le traitement

- **MODÈLE DE LETTRE POUR UNE DEMANDE D'ACCOMMODEMENTS EN MILIEU SCOLAIRE**
- **MODÈLE DE LETTRE POUR UNE DEMANDE D'ACCOMMODEMENTS EN MILIEU DE TRAVAIL**

STRATÉGIES NON PHARMACOLOGIQUES

Document d'appui :

- **Guide sur les interventions psychosociales**

STRATÉGIES PHARMACOLOGIQUES

Document d'appui :

- **Tableau CADDRA des médicaments**

VISITES DE SUIVI

- Le TDAH est un trouble chronique qui nécessite un suivi régulier à long terme, en présence ou en l'absence d'un traitement pharmacologique prescrit.
- Le suivi sera plus fréquent lors des ajustements de la dose des médicaments et lors des périodes de transitions de la vie.
- Ces visites permettent de documenter les changements au fil du temps avec les échelles d'évaluation convenant le mieux au patient (p. ex. **SNAP-IV**, **WFIRS-P** et **WFIRS-S**).

Autres formulaires pour faire le suivi :

- **FORMULAIRE CADDRA DE SUIVI PHARMACOLOGIQUE**
- **FORMULAIRE CADDRA DU CLINICIEN POUR LE SUIVI DU TDAH**

Le **FORMULAIRE CADDRA POUR LE TRANSFERT DE PATIENTS ATTEINTS D'UN TDAH** peut être utilisé lorsqu'un patient est transféré à un nouveau professionnel de la santé, y compris dans les situations où un patient pédiatrique (enfant ou adolescent) est orienté vers des services pour adultes. Le **QUESTIONNAIRE SUR LA CONDUITE AUTOMOBILE DE JEROME** peut être utilisé pour évaluer la conduite automobile.

Chez les adultes

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT POUR LES ADULTES

L'évaluation du TDAH inclut un bilan de l'état de santé mentale général (afin de tenir compte des troubles comorbides et établir le diagnostic différentiel). Outre l'entrevue clinique diagnostique, la CADDRA recommande l'utilisation de divers outils, tel le questionnaire **WSR II**. Cette trousse d'évaluation électronique comprend un guide d'évaluation facultatif, à savoir le **Formulaire CADDRA d'évaluation du TDAH**.

Le diagramme du cheminement diagnostique ci-dessous ne s'applique que s'il y a suspicion d'un TDAH après le bilan de l'état de santé mentale général. Tous les outils y apparaissant peuvent être téléchargés et utilisés gratuitement. Il existe également d'autres outils (p. ex. les échelles d'évaluation de Vanderbilt, de Conners ou de Wender Utah, ou le questionnaire sur les points forts et les difficultés SDQ [Strengths and Difficulties Questionnaire]) qui peuvent être utilisés au lieu de ceux proposés ci-dessous. De plus amples renseignements sur les étapes ci-dessous se retrouvent au chapitre 1 de la 4^e édition des Lignes directrices canadiennes sur le TDAH.

SOUÇON D'UN TDAH

ÉTAPE 1 - COMPILATION DES FORMULAIRES

QUESTIONNAIRES À L'INTENTION DU PATIENT

► **ASRS** (Échelle d'auto-évaluation du TDAH chez l'adulte)

Envisager également d'utiliser une échelle d'évaluation des atteintes fonctionnelles (p. ex. l'échelle d'auto-évaluation des déficits fonctionnels de Weiss **WFIRS-S**)

QUESTIONNAIRES À L'INTENTION DES PROCHES DU PATIENT (p. ex. conjoint, autre)

► **ASRS** (Échelle d'auto-évaluation du TDAH chez l'adulte)

QUESTIONNAIRE POUR QUELQU'UN QUI CONNAISSAIT LE PATIENT DURANT L'ENFANCE (si possible)

► **SNAP-IV** (Swanson, Nolan et Pelham, 4^e version)

ÉTAPE 2 - BILAN MÉDICAL

EXCLURE TOUTE CAUSE MÉDICALE POUVANT IMITER LES SIGNES ET SYMPTÔMES DU TDAH OU LES AGGRAVER

PASSER EN REVUE L'ALIMENTATION ET LES HABITUDES DE VIE : Sommeil, exercices physiques, temps passé devant tout écran, activités à risque élevé, toxicomanie, activités sexuelles (si cela s'applique), accidents

ÉVALUER LES CONTRE-INDICATIONS POTENTIELLES AUX MÉDICAMENTS POUR LE TDAH

ÉTAPE 3 - ENTREVUE ÉVALUANT PRÉCISÉMENT LE TDAH

DISCUTER DES POINTS FORTS DU PATIENT ET OBSERVER CELUI-CI PENDANT L'ENTREVUE

REVOIR L'HISTOIRE DÉVELOPPEMENTALE ET OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS COLLATÉRAUX OBTENUS AUPRÈS DES PARENTS/PROCHES

ANALYSER LES QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION REMPLIS

ENVISAGER LA CONTRIBUTION D'AUTRES FACTEURS PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOSOCIAUX OU DE TROUBLES D'APPRENTISSAGE AU TABLEAU SYMPTOMATOLOGIQUE
Envisager d'orienter le patient vers un spécialiste si nécessaire.

ÉTAPE 4 - RÉTROACTION ET RECOMMANDATIONS THÉRAPEUTIQUES

ÉDUCATION SUR LE TDAH (Processus continu)

Fournir des renseignements et des ressources, dont le document suivant de la CADDRA :

► **INFORMATIONS ET RESSOURCES SUR LE TDAH**

Liens vers des sites Web utiles :

- CADDAC (Canada : www.caddac.ca)
- PANDA (Québec : www.associationpanda.qc.ca)
- CHADD (États-Unis : www.chadd.org)

RÉTROACTION SUR LE DIAGNOSTIC
Rétroaction auprès du patient et de sa famille sur les symptômes et les déficits fonctionnels du TDAH

OPTIONS DE TRAITEMENT

Discuter du traitement et des mesures adaptatives (à l'école/au travail, stratégies au quotidien) et amorcer le traitement

- **MODÈLE DE LETTRE POUR UNE DEMANDE D'ACCOMMODEMENTS EN MILIEU SCOLAIRE**
- **MODÈLE DE LETTRE POUR UNE DEMANDE D'ACCOMMODEMENTS EN MILIEU DE TRAVAIL**

STRATÉGIES NON PHARMACOLOGIQUES

Document d'appui :

► **GUIDE CADDRA SUR L'ÉDUCATION PSYCHOSOCIALE**

STRATÉGIES PHARMACOLOGIQUES

Document d'appui :

► **TABLEAU CADDRA DES MÉDICAMENTS**

VISITES DE SUIVI

- Le TDAH est un trouble chronique qui nécessite un suivi régulier à long terme, en présence ou en l'absence d'un traitement pharmacologique prescrit.
- Le suivi sera plus fréquent lors des ajustements de la dose des médicaments et lors des périodes de transitions de la vie.
- Ces visites permettent de documenter les changements au fil du temps avec les échelles d'évaluation convenant le mieux au patient (p. ex. **ASRS** et **WFIRS-S**).

Autres formulaires pour faire le suivi :

► **FORMULAIRE CADDRA DE SUIVI PHARMACOLOGIQUE**► **FORMULAIRE CADDRA DU CLINICIEN POUR LE SUIVI DU TDAH**

Le **FORMULAIRE CADDRA POUR LE TRANSFERT DE PATIENTS ATTEINTS D'UN TDAH** peut être utilisé lorsqu'un patient est transféré à un nouveau professionnel de la santé. Le **QUESTIONNAIRE SUR LA CONDUITE AUTOMOBILE DE JEROME** peut être utilisé pour évaluer la conduite automobile.

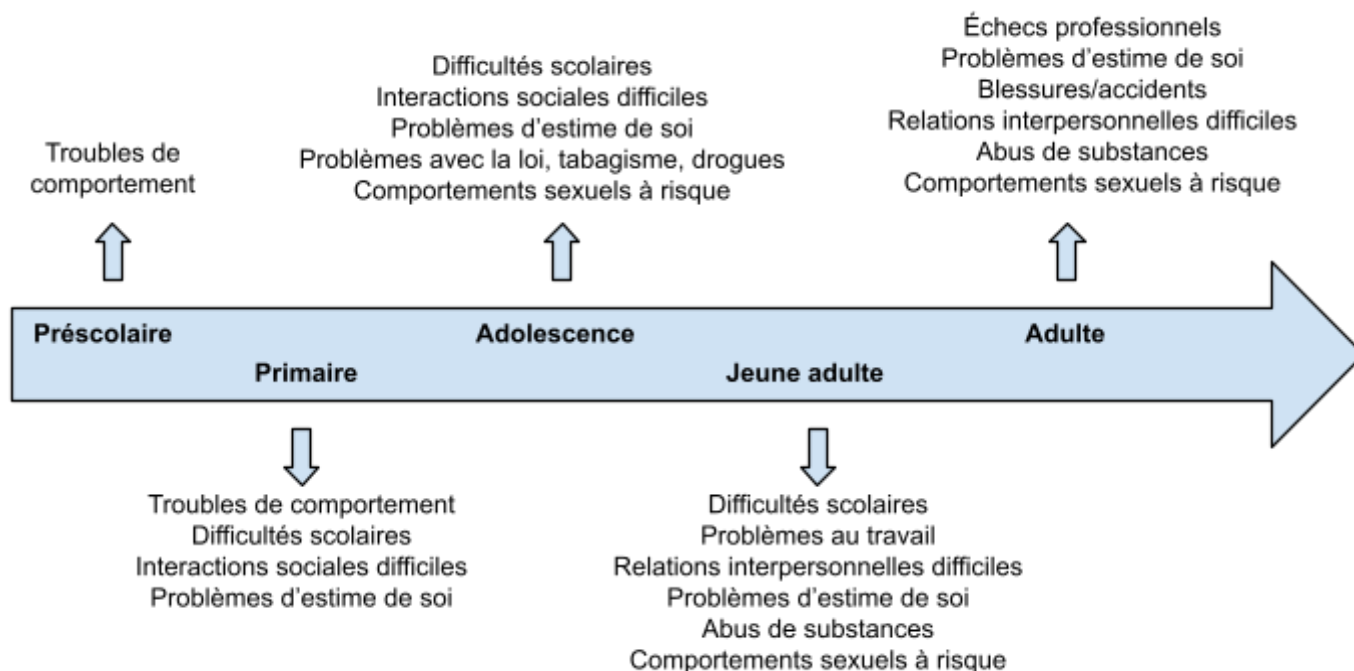
Cibles

Objectifs généraux

- Diminuer l'intensité des symptômes associés au TDAH.
- Améliorer le fonctionnement dans les différentes sphères de la vie.
- Améliorer l'autorégulation afin de permettre à la personne de déployer son potentiel.

Établir des objectifs spécifiques et individualisés

- Une fois le diagnostic posé, il est important de cerner les symptômes du TDAH et les problèmes de fonctionnement associés qui seront les cibles du traitement, en collaboration avec le patient et les autres informateurs (ex.: parents, enseignants, membres de la famille, etc.).
 - Ces problèmes de fonctionnement et symptômes deviendront des cibles de traitement.
- Depuis quelques années, la pratique clinique s'intéresse davantage aux répercussions fonctionnelles du TDAH, à l'évolution globale, ciblant l'amélioration de la qualité de vie globale comme étant le principal objectif du traitement, plutôt que seulement la maîtrise des symptômes. Étant donné qu'il s'agit d'un trouble chronique qui perdure généralement toute la vie, le TDAH nécessite une approche thérapeutique multimodale, globale et collaborative, évolutive dans le temps et adaptée aux besoins spécifiques de la personne atteinte de TDAH.
 - Au besoin, utiliser les outils de décision partagée.
- De bons objectifs thérapeutiques devraient s'inspirer du modèle SMART (spécifiques, mesurables, alignés sur le plan global de traitement, réalistes pour le patient et temporellement définis).
 - Définir avec le patient des objectifs quantifiables et mesurables. Ex.: améliorer sa capacité à garder son attention sur une tâche pour une période de temps X.
 - Expliciter les attentes désirées versus les répercussions actuelles sur le fonctionnement.
- Pour ce faire, il est important de bien comprendre les impacts du TDAH selon les différents stades de la vie, tels que décrits dans la figure suivante (page 36 des lignes directrices).



Outils d'évaluation

Lors de l'évaluation, particulièrement chez les jeunes patients, l'information complémentaire de l'enseignant et des autres peut aider à mesurer l'efficacité.

Des échelles d'évaluation observationnelles formelles existent pour quantifier les changements précis observés avec les médicaments, en particulier à l'école et à la maison.

Exemples de questionnaires pouvant être utilisés selon l'âge du patient

Tranche d'âge	Exemples de questionnaires	Description
Enfance	SNAP-IV (généralement le plus utilisé)	Grille d'évaluation du TDAH à faire remplir par les parents/aidants et enseignants.
	WFIRS-P	Échelle d'évaluation des déficits fonctionnels à faire remplir par les parents.
Adolescence	SNAP-IV	Grille d'évaluation du TDAH à faire remplir par les parents/aidants et enseignants.
	ASRS	Échelle d'autoévaluation du TDAH à l'âge adulte.
	WFIRS-P	Échelle d'évaluation des déficits fonctionnels à faire remplir par les parents.
	WFIRS-S	Échelle d'autoévaluation des déficits fonctionnels.
Âge adulte	ASRS (généralement le plus utilisé)	Échelle d'autoévaluation du TDAH à l'âge adulte.
	WFIRS-S	Échelle d'autoévaluation des déficits fonctionnels.
	SNAP-IV	Grille d'évaluation des symptômes du TDAH présents durant l'enfance à faire remplir, si possible, par des proches qui connaissaient le patient durant l'enfance.

Formulaires pour l'évaluation, le traitement et le suivi

Lien de la CADDRA : <https://www.caddra.ca/fr/etoolkit-forms-french/>

1) SNAP-IV (Swanson, Nolan et Pelham, 4e version)

Formulaire disponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/SNAP_FR.pdf

Description :

- Échelle d'évaluation pour le parent/professeur.
- Contient 26 questions.
- Version abrégée du questionnaire SNAP (Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire).
- Comprend les critères du DSM-IV du TDAH pour les deux sous-ensembles de symptômes suivants : inattention (questions 1 à 9) et hyperactivité/impulsivité (questions 10 à 18).
- Comprend également les critères du DSM-IV du trouble oppositionnel avec provocation (questions 19 à 26), étant donné que les enfants atteints d'un TDAH souffrent souvent de ce trouble.

Directives : http://www.shared-care.ca/files/Scoring_for_SNAP_IV_Guide_26-item.pdf

La gravité des symptômes est évaluée sur une échelle de 0 à 3. Les réponses sont notées comme suit :

- Jamais = 0
- Parfois = 1
- Souvent = 2
- Très souvent = 3

Voici une suggestion de ligne directrice de notation :

Questions 1 – 9 : inattention

- < 13/27 = Symptômes non significatifs sur le plan clinique
- 13 – 17 = Symptômes faibles
- 18 – 22 = Symptômes modérés
- 23 – 27 = Symptômes graves

Questions 10 – 18 : hyperactivité/impulsivité

- < 13/27 = Symptômes non significatifs sur le plan clinique
- 13 – 17 = Symptômes faibles
- 18 – 22 = Symptômes modérés
- 23 – 27 = Symptômes graves

Questions 19-26 : trouble oppositionnel avec provocation

- < 8/24 = Symptômes non significatifs sur le plan clinique
- 8 – 13 = Symptômes faibles
- 14 – 18 = Symptômes modérées
- 19 – 24 = Symptômes graves

Objectifs suggérés :

- < 13/27 pour inattention
- < 13/27 pour hyperactivité/impulsivité
- < 8/24 pour trouble oppositionnel avec provocation

SNAP-IV (échelle d'évaluation pour le parent/professeur)

Nom : _____

Sexe : _____ Âge : _____ Niveau scolaire : _____ Taille de la classe : _____

Complété par : _____

Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant:	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires				
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux				
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement				
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires				
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités				
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu				
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex., devoirs de classe, stylos ou livres)				
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes				
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne				
10. Agite souvent les mains ou les pieds				
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis				
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié				
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs				
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts				
15. Parle souvent trop				
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée				
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour				
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex: intervient dans les conversations ou dans les jeux)				
19. Se met souvent en colère				
20. Contesté souvent ce que disent les adultes				
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes				
22. Contrarie souvent les autres délibérément				
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite				
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres				
25. 25. Est souvent fâché et plein de ressentiment				
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)				

2) ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale)

Disponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/ASRS_FR.pdf

Description :

- Auto-questionnaire.
- Comprend la liste des 18 critères du TDAH selon le DSM-IV- TR.
- 6 des 18 questions ont été jugées comme étant les symptômes les plus prédictifs en lien avec le TDAH. Ces six questions ont été regroupées pour former l'outil utilisé comme dépisteur ASRS-V1.1 et sont également contenues dans la partie A de la liste complète des symptômes, la partie B de la liste contenant les 12 autres questions.

Instructions :

1. Demandez au patient de compléter la partie A et B de la liste des symptômes et marquez d'un «X» la case qui représente de plus près la fréquence de chacun des symptômes.
2. Évaluez la partie A. Si 4 cases ou plus sont cochées dans les cases « souvent » ou « très souvent », le patient présente des symptômes hautement cohérents avec le TDAH chez les adultes, et une évaluation plus approfondie est nécessaire.
3. Les pointages de fréquence dans la partie B offrent des indicateurs additionnels et peuvent offrir une sonde supplémentaire pour investiguer les symptômes du patient. Portez une attention particulière aux cases cochées « souvent » ou « très souvent ». Remarquez que certaines questions ont des scores de sensibilité (en gris) plus sensibles à basse fréquence que d'autres items. Il n'y a pas de pointage validé (comme c'est le cas par exemple du SNAP-IV). Accordez une attention particulière aux croix figurant dans la zone ombrée.

Niveau d'atteinte fonctionnelle ou handicaps :

1. Évaluez la liste des symptômes avec vos patients et évaluez le niveau d'atteinte fonctionnelle ou handicaps associé aux symptômes.
2. Considérez toutes les sphères de vie telles l'école, le travail, la vie sociale et familiale.
3. La fréquence des symptômes est souvent associée à la sévérité des symptômes, la liste des symptômes ASRS peut aussi aider à explorer et évaluer les atteintes dans le fonctionnement. Par exemple, vous pourriez lui demander comment ces symptômes ont affecté son habileté à travailler, à s'occuper de travaux à domicile, ou à s'entendre avec sa famille/époux/épouse.

Historique :

- Évaluez la présence de ces symptômes ou de symptômes similaires lors de l'enfance. Les adultes TDAH n'ont pas nécessairement été diagnostiqués à l'enfance. En évaluant l'histoire personnelle du patient, notez la présence et la persistance de problèmes avec l'attention ou le contrôle de soi-même.
- Certains symptômes significatifs devraient être présents et identifiables au long cours, mais une symptomatologie complète dans l'enfance n'est pas nécessaire pour porter un diagnostic de TDAH.

ASRS (échelle d'auto-évaluation chez l'adulte)

Veuillez répondre aux questions ci-dessous en évaluant vous-même chaque item, en utilisant l'échelle au côté droit de la page. Pour répondre à chaque question, inscrivez un X dans la colonne qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti et la manière dont vous vous êtes conduit et à quelle fréquence au cours des 6 derniers mois. Remettez l'échelle d'auto-évaluation dûment remplie à votre professionnel de la santé pour en discuter avec lui lors du rendez-vous.	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Très Souvent
PARTIE A					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?					
Lorsque vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur?					
PARTIE B					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des fautes d'étourderie lorsque vous travaillez à un projet ennuyeux ou difficile?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous concentrer sur les propos de votre interlocuteur, même s'il s'adresse directement à vous?					
À la maison ou au travail, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'égarer des choses ou d'avoir des difficultés à les retrouver?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être distrait par l'activité ou le bruit autour de vous?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter votre siège pendant des réunions ou d'autres situations où vous devriez rester assis?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous tenir tranquille?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous détendre et à vous reposer dans vos temps libres?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler de façon excessive à l'occasion de rencontres sociales?					
Pendant une conversation, à quelle fréquence vous arrive-t-il de terminer les phrases de vos interlocuteurs avant que ces derniers aient le temps de les finir?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à attendre votre tour lorsque vous devriez le faire?					
À quelle fréquence vous arrive-t-il d'interrompre les gens lorsqu'ils sont occupés?					

3) WFIRS (échelle d'évaluation des déficits fonctionnels de Weiss)

Formulaire pour les parents, disponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/WFIRS-P_FR.pdf

Formulaire pour auto-évaluation, disponible :

https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/WFIRS-S_FR.pdf

Description :

- Permet d'évaluer l'impact du TDAH ou des troubles émotionnels et de comportement sur le fonctionnement de l'individu.
- Ne comporte pas d'items redondants avec les symptômes du TDAH, ce qui permet d'évaluer de façon indépendante les symptômes et le fonctionnement.
- Il existe deux versions de cette échelle :
 - La version parentale est utilisée pour évaluer les atteintes fonctionnelles dans les sphères de la vie de l'enfant ou de l'adolescent : famille, école, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque.
 - La version auto-évaluation est utilisée par les adolescents ou les adultes pour évaluer les atteintes fonctionnelles dans les sphères suivantes : famille, école et/ou travail, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque.
- Requiert environ cinq minutes à compléter.

Instructions :

- Chaque item est noté 0 (jamais), 1 (peu), 2 (souvent) ou 3 (très souvent) selon le niveau des atteintes des troubles émotionnels et de comportement sur le fonctionnement de l'individu pendant le dernier mois.
- On considère d'une sphère est atteinte si : deux items dans une même sphère ont un score 2 OU un seul item noté à 3.
- Les items qui ne sont pas pertinents à l'individu sont notés « non applicables » et ils ne sont pas inclus dans le calcul total.

WFIRS-P (échelle d'évaluation des déficits fonctionnels de Weiss par les parents)

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
A	FAMILLE					
1	Nuisent aux relations avec ses frères et sœurs					
2	Causent des problèmes dans notre couple					
3	Réduisent le temps que la famille peut consacrer au travail ou aux activités					
4	Causent des querelles familiales					
5	Isolent la famille des amis et nuisent aux activités sociales					
6	Empêchent la famille de s'amuser ensemble					
7	Rendent le rôle de parent plus difficile					
8	Empêchent de donner autant d'attention à tous les membres de la famille					
9	Déclenchent des coups ou des cris à son endroit					
10	Entraînent des dépenses additionnelles					
B	ÉCOLE					
	Apprentissage					
1	Causent des retards dans les devoirs et les leçons					
2	Augmentent le besoin d'assistance à l'école					
3	Obligent à obtenir de l'aide pour les études (tutorat)					
4	A des notes inférieures à son potentiel					
	Comportement					
1	Causent des problèmes pour l'enseignant(e) en classe					
2	Doit être mis à l'écart ou retiré de la classe					
3	Présente des problèmes dans la cours d'école					
4	A des retenues pendant ou après les classes					
5	A été suspendu ou expulsé de l'école					
6	S'absente de ses cours ou arrive en retard					
C	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéos					
2	Problèmes d'hygiène personnelle (se laver, se brosser les dents, se peigner, prendre un bain, etc.)					
3	Difficulté à se préparer à temps pour l'école					
4	Difficulté à se préparer au coucher					
5	Problèmes de nutrition (enfant capricieux ou adepte de la malbouffe)					
6	Troubles du sommeil					
7	Accident ou blessure					

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
8	Inactivité physique					
9	Besoin plus grand de soins médicaux					
10	Difficulté à prendre des médicaments, à recevoir des injections ou à aller chez le médecin ou le dentiste					
D	CONCEPT DE SOI (ENFANT)					
1	A une mauvaise perception de lui-même (d'elle-même)					
2	N'éprouve pas assez de plaisir dans la vie					
3	Est insatisfait(e) de sa vie					
E	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1	Est ridiculisé(e) ou rudoyé(e) par d'autres enfants					
2	Ridicule ou rudoie d'autres enfants					
3	Ne s'entend pas bien avec les autres					
4	A de la difficulté à participer aux activités parascolaires (sports, musique, clubs)					
5	A de la difficulté à se faire de nouveaux amis					
6	A de la difficulté à conserver ses amis					
7	A des difficultés liées aux fêtes d'enfant (elle/il n'est pas invité; elle/il refuse d'y assister; elle/il se conduit mal)					
F	COMPORTEMENTS À RISQUE					
1	Se laisse facilement influencer par ses camarades					
2	Détruit ou endommage des objets					
3	Pose des gestes illicites					
4	A des ennuis avec la police					
5	Fume la cigarette					
6	Consomme des drogues illicites					
7	A des comportements dangereux					
8	Agresse autrui					
9	Tient des propos blessants ou inappropriés					
10	A un comportement sexuel inapproprié					

Nombre d'énoncés notés 2 ou 3

A	Famille			/
B	École			/
C	Aptitudes à la vie quotidienne			/
D	Self-concept			/
E	Fonctionnement social			/
F	Comportements à risque			/
	Total			/

Pointage total

A	Famille	/
B	École	/
C	Aptitudes à la vie quotidienne	/
D	Self-concept	/
E	Fonctionnement social	/
F	Comportements à risque	/
	Total	/

Pointage moyen (N/A Articles non inclus au total)

A	Famille	
B	École	
C	Aptitudes à la vie quotidienne	
D	Self-concept	
E	Fonctionnement social	
F	Comportements à risque	
	Total	

WFIRS-S (échelle d'auto-évaluation des déficits fonctionnels de Weiss)

Encerclez le chiffre de l'énoncé qui décrit le mieux les effets de vos troubles émotionnels ou de comportement sur chaque item pendant le dernier mois.

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
A	FAMILLE					
1	Nuisent aux relations avec les membres de votre famille					
2	Causent des problèmes dans votre couple					
3	Font que vous comptez sur les autres afin qu'ils fassent des choses à votre place					
4	Causent des querelles familiales					
5	Empêchent la famille de s'amuser ensemble					
6	Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille					
7	Causent des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille					
8	Empêchent de rester calme ou d'éviter de vous fâcher					
B	TRAVAIL					
1	Difficulté à effectuer ce qui est demandé					
2	Rendement de travail affecté					
3	Problèmes avec votre supérieur(e)					
4	Difficulté à maintenir un emploi					
5	Congédiement ou perte d'emploi					
6	Difficulté à travailler en groupe					
7	Manque du travail, absentéisme					
8	Arrive en retard, retardataire					
9	Difficulté à entreprendre de nouvelles tâches					
10	Difficulté à atteindre votre plein potentiel					
11	Faibles évaluations de rendement					
C	ÉCOLE					
1	Difficulté à prendre des notes					
2	Difficulté à compléter vos devoirs ou projets					
3	Difficulté à effectuer adéquatement vos travaux					
4	Problèmes avec votre enseignant(e)					
5	Problèmes avec le personnel administratif					
6	Difficulté à maintenir le minimum des pré-requis scolaires					
7	Ne se présente pas à ses cours, absentéisme					
8	Arrive en retard, retardataire					
9	Difficulté à atteindre votre plein potentiel					
10	Résultats scolaires instables					
D	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéos					
2	Problèmes d'hygiène personnelle					
3	Difficulté à se préparer à temps pour quitter la maison le matin					
4	Difficulté à se préparer au coucher					
5	Problèmes de nutrition					
6	Problèmes sexuels					
7	Troubles du sommeil					

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
8	Accident ou blessure					
9	Inactivité physique					
10	Difficulté à respecter rendez-vous réguliers chez le médecin ou le dentiste					
11	Difficulté avec les tâches ménagères					
12	Difficulté à gérer vos finances					
E	CONCEPT DE SOI					
1	Mauvaise perception de vous-mêmes					
2	Frustré(e) face à vous-même					
3	Sentiment de découragement					
4	Insatisfait(e) de votre vie					
5	Impression d'être incompetent(e)					
F	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1	Vous argumentez avec les autres					
2	Difficulté de coopérer avec les autres					
3	Difficulté à vous entendre avec les autres					
4	Difficulté à vous amuser/avoir du plaisir avec les autres					
5	Difficulté à avoir des activités de loisirs					
6	Difficulté à vous faire de nouveaux amis					
7	Difficulté à maintenir vos relations d'amitié					
8	Vous tenez des propos inappropriés					
9	Plaintes des voisins					
G	COMPOTEMENTS À RISQUE					
1	Conduite automobile agressive					
2	Faire autre chose tout en conduisant					
3	Rages au volant					
4	Détruire ou endommager des biens					
5	Poser des gestes illicites					
6	Ennuis avec la police					
7	Cigarette					
8	Marijuana					
9	Consommation d'alcool					
10	Consommation de drogues illicites					
11	Relations sexuelles non protégées (condom, pilule contraceptive)					
12	Comportement sexuel inapproprié					
13	Être agressif(ve) physiquement					
14	Être agressif(ve) verbalement					

Nombre d'énoncés notés 2 ou 3

A	Famille			/
B	Travail			/
C	École			/
D	Aptitudes à la vie quotidienne			/
E	Concept de soi			/
F	Fonctionnement social			/
G	Comportements à risque			/
	Total			/

Pointage total

A	Famille		/
B	Travail		/
C	École		/
D	Aptitudes à la vie quotidienne		/
E	Concept de soi		/
F	Fonctionnement social		/
G	Comportements à risque		/
	Total		/

Pointage moyen (N/A Articles non inclus au total)

A	Famille	
B	Travail	
C	École	
D	Aptitudes à la vie quotidienne	
E	Concept de soi	
F	Fonctionnement social	
G	Comportements à risque	
	Total	

4) WSR-II (Weiss Symptom Record II)

Disponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/WSRII-F_FR.pdf

Présentation :

- Couvre un large éventail de diagnostics courants. Permet au clinicien de déterminer les domaines les plus préoccupants pour l'évaluation de l'état mental.
- L'échelle est conçue pour être neutre, peu importe l'âge et le sexe du patient, afin qu'elle puisse être utilisée comme auto-évaluation par le patient adulte ou adolescent, et comme rapport pour l'enseignant ou pour le parent.
- Permet aux cliniciens qui traitent des adultes d'identifier les troubles qui ont débuté dans l'enfance, avec la possibilité de comparer les rapports provenant de plusieurs personnes.
- Peut également être donnée à la fois aux adolescents et aux adultes comme auto-évaluation, et également aux autres intervenants tels que les enseignants, les parents et les conjoints.
- Permet aussi de s'assurer que des éléments cliniquement proéminents comme par exemple des idées suicidaires, des obsessions, des abus de substances, ne passent pas inaperçus.

Notation :

- Tout énoncé coté 2 ou 3 (dans la section ombragée) devrait être considéré comme à risque, et nécessite une évaluation clinique plus approfondie.
- Chaque sous-groupe diagnostique reçoit un pointage moyen de 0 à 3 permettant aux cliniciens de comparer les résultats entre sous-groupes diagnostiques, entre répondants, ou dans le temps.
- Un pointage de 1,5 (entre léger et moyen), calculé en faisant la moyenne de tous les énoncés de cette catégorie, en excluant les énoncés « non applicables », est considéré comme le seuil qui devrait alerter les cliniciens au risque élevé pour le patient de recevoir ce diagnostic.

WSR-II (Weiss Symptom Record II)

Ce formulaire contient une liste de problèmes/difficultés. Certaines questions peuvent ne pas s'appliquer à votre situation. Veuillez indiquer vos réponses en utilisant les niveaux suivants :

- **Aucun** : Pas un problème ou inquiétude. Les difficultés présentes sont appropriées pour l'âge.
- **Parfois** : Quelques difficultés, à l'occasion
- **Moyennement** : C'est un problème significatif
- **Beaucoup** : C'est un problème très important
- **N/A** : Non applicable. Cochez cette colonne si l'énoncé n'est pas un problème ou n'est pas pertinent pour vous.

Problème/difficulté avec :	Aucun (0)	Parfois (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A
INATTENTION SCORE MOYEN _____					
Porter attention aux détails ou commettre des erreurs d'inattention					
Garder son attention ou rester attentif					
Écouter ou avoir l'esprit qui semble ailleurs					
Suivre les instructions ou terminer la tâche					
S'organiser (ex. : temps, échéanciers, être à l'ordre)					
Éviter de faire ou détester les tâches nécessitant un effort mental soutenu					
Perdre ou égarer des choses					
Être facilement distrait					
Avoir tendance à oublier dans la vie de tous les jours (ex. : tâches, paiement de factures, rendez-vous)					
HYPERACTIVITÉ ET IMPULSIVITÉ SCORE MOYEN _____					
S'agiter ou bouger sur son siège					
Avoir de la difficulté à rester en place ou assis					
Être agité ou ressentir de la bougeotte					
Être bruyant ou avoir de la difficulté à rester silencieux					
Être toujours en action ou comme « poussé par un moteur »					
Trop parler					
Parler impulsivement					
Avoir de la difficulté à attendre son tour					
Avoir tendance à interrompre ou à déranger les autres					
OPPOSITION SCORE MOYEN _____					
Perdre le contrôle de ses humeurs					
Être susceptible					
Être colérique et rancunier					
Argumenter avec les autres					
Être défiant ou refuser de suivre les consignes					
Embêter les autres délibérément					
Blâmer les autres plutôt que soi-même					
Être méchant ou chercher à se venger					

Problème/difficulté avec :	Aucun (0)	Parfois (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A
DÉVELOPPEMENT ET APPRENTISSAGE SCORE MOYEN _____					
Présenter de l'incontinence urinaire (après l'âge de 5 ans)					
Présenter de l'incontinence fécale (après l'âge de 4 ans)					
Lecture					
Orthographe					
Mathématiques					
Écriture					
SPECTRE AUTISTIQUE SCORE MOYEN _____					
Présenter des problèmes de communication avec les autres					
Avoir de la difficulté à maintenir le contact visuel ou utiliser un langage corporel étrange					
Parler étrangement (voix monotone, mots étranges)					
Présenter des idées fixes intenses, ou des champs d'intérêt limités					
Exhiber un maniérisme moteur répétitif (claquement des mains/bras, tourner sur soi-même)					
Éprouver des difficultés à avoir des conversations avec les autres					
TROUBLES MOTEURS SCORE MOYEN _____					
Émettre des bruits répétitifs (renflements, dégagement de gorge)					
Faire des mouvements répétitifs (cligner des yeux, hausser les épaules)					
Être maladroit					
PSYCHOSE SCORE MOYEN _____					
Entendre des voix qui ne sont pas là					
Voir des choses qui ne sont pas là					
Avoir des idées qui s'entremêlent de façon illogique					
Présenter de la paranoïa (impression que les autres sont contre lui ou veulent lui faire du mal)					
DÉPRESSION SCORE MOYEN _____					
Se sentir triste ou dépressif une grande partie de la journée					
Présenter de la démotivation ou peu de plaisir une grande partie de la journée					
Avoir une perte ou un gain de poids, ou un changement dans son appétit					
Avoir de la difficulté à dormir ou trop dormir					
Ressentir de l'agitation ou être agité					
Être léthargique					
Se sentir sans valeur					
Être fatigué, sans énergie					
Être sans espoir, pessimiste					
S'isoler ou se retirer (de ses intérêts ou des autres)					
Être moins concentré					

Problème/difficulté avec :	Aucun (0)	Parfois (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A
RÉGULATION DE L'HUMEUR SCORE MOYEN _____					
Présenter des périodes distinctes d'excitation intense					
Présenter des périodes distinctes d'augmentation soudaine de l'estime de soi, des idées de grandeur					
Présenter des périodes distinctes d'augmentation d'énergie					
Présenter des périodes distinctes de diminution du besoin de sommeil					
Présenter des périodes distinctes de pensées ou de langage rapides					
Avoir une irritabilité inhabituelle					
Présenter des attaques de rage, de colère ou d'hostilité					
SUICIDE SCORE MOYEN _____					
Avoir des idées suicidaires					
Avoir fait une/des tentative(s) de suicide ou un plan suicidaire					
ANXIÉTÉ SCORE MOYEN _____					
Avoir des peurs intenses (hauteur, foules, araignées)					
Présenter une peur des situations sociales ou de parler en public					
Éprouver des attaques de panique					
Avoir peur de quitter la maison ou du transport en commun					
Être inquiet et/ou anxieux la plupart du temps					
Être nerveux, avoir de la difficulté à se détendre					
Avoir des pensées obsessionnelles (microbes, perfectionniste)					
Présenter des rituels compulsifs (laver ses mains, vérifier si porte barrée)					
Ronger ses ongles, tirer ses cheveux ou gratter sa peau					
Se plaindre de douleurs physiques					
Souffrir de douleur chronique					
TROUBLES RELIÉS AU STRESS SCORE MOYEN _____					
Avoir vécu un/des abus physique(s)					
Avoir vécu un/des abus sexuel(s)					
Avoir subi de la négligence					
Avoir vécu d'autres traumatismes graves					
TSPT SCORE MOYEN _____					
Présenter des flash-back ou des cauchemars					
Éviter					
Avoir des pensées intrusives d'événements traumatiques					
SOMMEIL SCORE MOYEN _____					
Avoir de la difficulté à s'endormir ou à rester endormi					
Présenter de la somnolence excessive pendant la journée					
Ronfler ou avoir de la difficulté à respirer pendant le sommeil					

<i>Problème/difficulté avec :</i>	<i>Aucun (0)</i>	<i>Parfois (1)</i>	<i>Moyennement (2)</i>	<i>Beaucoup (3)</i>	<i>N/A</i>
ALIMENTATION SCORE MOYEN _____					
Avoir une image déformée de son corps					
Avoir un poids inférieur à son poids santé					
Manger par excès (hyperphagie)					
Avoir un poids au-dessus de son poids santé					
Manger peu ou refuser de manger					
CONDUITE SCORE MOYEN _____					
Être agressif verbalement					
Être agressif physiquement					
Avoir utilisé une arme envers quelqu'un (bâton, roche, etc.)					
Être cruel envers les animaux					
Être physiquement cruel envers les personnes					
Avoir volé les biens d'autrui ou fait un vol à l'étalage					
Avoir mis volontairement le feu					
Avoir détruit avec l'intention de causer des dommages					
Mentir fréquemment					
Présenter une absence ou un manque de remords ou de culpabilité					
Présenter une absence ou un manque d'empathie					
ABUS DE SUBSTANCES SCORE MOYEN _____					
Avoir fait un usage détourné de médicaments sous ordonnance					
Consommer de l'alcool > 14 verres/semaine ou 4 verres à la fois					
Fumer la cigarette ou autre usage de tabac					
Prendre de la marijuana					
Prendre d'autres drogues de rue					
Avoir fait ou faire abus de médicaments vendus sans ordonnance					
Avoir fait ou faire abus de caféine (boissons gazeuses, café, thé, pilules)					
DÉPENDANCES SCORE MOYEN _____					
Avoir des problèmes de jeu de hasard					
Faire un usage abusif d'Internet, de jeux vidéo ou de temps d'écran					
Avoir eu ou avoir d'autres dépendances _____					

Problème/difficulté avec :	Aucun (0)	Parfois (1)	Moyennement (2)	Beaucoup (3)	N/A
PERSONNALITÉ SCORE MOYEN _____					
Présenter un comportement autodestructeur					
Éprouver des difficultés à maintenir des relations interpersonnelles					
S'infliger des blessures (ex. : se couper)					
Avoir une faible estime de soi					
Être manipulateur					
Être centré sur soi-même					
Avoir des comportements arrogants					
Être méfiant					
Être trompeur avec absence de remords					
Avoir un comportement antisocial ou un non-respect des lois					
Avoir tendance à être solitaire					
AUTRES (veuillez indiquer toute autre difficulté) SCORE MOYEN _____					

SCORE MOYEN

(les énoncés N/A ne sont pas inclus dans le calcul)

INATTENTION	
HYPERACTIVITÉ ET IMPULSIVITÉ	
OPPOSITION	
DÉVELOPPEMENT ET APPRENTISSAGE	
SPECTRE AUTISTIQUE	
TROUBLES MOTEURS	
PSYCHOSE	
DÉPRESSION	
RÉGULATION DE L'HUMEUR	
SUICIDE	

ANXIÉTÉ	
TROUBLES RELIÉS AU STRESS	
TSPT	
SOMMEIL	
ALIMENTATION	
CONDUITE	
ABUS DE SUBSTANCES	
DÉPENDANCES	
PERSONNALITÉ	
AUTRES	

*Calculé à partir de _____ questions répondues

5) Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignantDisponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRATeacherAssessment_FR.pdf

La CADDRA a conçu des formulaires spécifiques pour le suivi des patients avec un TDAH. Ce sont des formulaires simples et concis qui permettent de suivre l'évolution du patient.

Le formulaire ci-bas peut être rempli par l'enseignant du patient pour permettre de suivre le rendement scolaire du patient ainsi que sa performance comportementale en classe. Il peut être utilisé pour évaluer l'efficacité du traitement du TDAH au sein du milieu scolaire.

	Nom du patient: _____	
	Date de naissance: _____	No de dossier _____
	Nom du médecin: _____	Date: _____

Nom de l'étudiant: _____ Âge: _____ Sexe: _____

École: _____ Niveau: _____

Nom de la personne qui a complété ce formulaire: _____ Complété le: _____

Depuis quand connaissez-vous l'étudiant: _____ Nombre d'heures avec l'étudiant par jour: _____

Statut pédagogique de l'étudiant: _____ ☐ AucunEst-ce que l'enfant a actuellement un plan d'intervention à l'école?: ☐ Oui ☐ Non

RENDEMENT SCOLAIRE	Sous niveau scolaire	Très peu sous niveau scolaire	Même niveau scolaire	Un peu au-dessus	Bien au-dessus	Ne s'applique pas
LECTURE						
a) Décodage						
b) Compréhension						
c) Maîtrise						
ÉCRITURE						
d) Écriture (manuscrite)						
e) Orthographe						
f) Syntaxe (phrase écrite)						
g) Composition (texte)						
MATHÉMATIQUES						
h) Calcul (précision)						
i) Calcul (maîtrise)						
j) Raisonnement						
PERFORMANCE COMPORTEMENTALE EN CLASSE	Pauvre	Sous la moyenne	Moyenne	Au-dessus de la moyenne	Supérieure	Ne s'applique pas
Suit instructions/directives						
Sens de l'organisation						
Termine devoirs/projets						
Relations avec ses pairs						
Comportement en classe						

Questionnaire additionnel :

Forces	• Quelles sont les plus grandes forces de l'étudiant ?
Plan d'intervention à l'école	• Si l'enfant a un plan d'intervention, quelles sont les recommandations principales ?
Accommodements	• Quels accommodements sont utilisés pour aider l'étudiant en classe? • Sont-ils efficaces ?
Directives données à toute la classe	• Comment l'étudiant gère-t-il/elle les directives données à un grand groupe ? • Suit-il/elle bien les directives ? • Peut-il/elle attendre son tour pour répondre ? • Se démarque-t-il/elle des ses pairs de même sexe ? Si oui, de quelle façon ?
Travail individuel assis	• Comment l'étudiant gère-t-il/elle son attention et son comportement pendant la période des projets individuels en classe ? • Les projets sont-ils généralement complétés? • Se démarque-t-il/elle des ses pairs de même sexe ? Si oui, de quelle façon ?
Transitions	• Comment l'étudiant gère-t-il/elle les transitions telles que sortir et rentrer de la récréation, changer de classes ou d'activités ? • Suit-il/elle bien les routines ? • Combien de supervision ou de rappels a-t-il/elle besoin ?
Interactions sociales	• Comment l'étudiant s'entend-il/elle avec les autres ? • Est-ce que d'autres veulent jouer avec lui/elle ? • Commence-t-il/elle avec succès à jouer ?
Conflit et agression	• Est-il/elle souvent en conflit avec des adultes ou ses pairs ? • Comment résout-il/elle des conflits ? • Est-ce un étudiant agressif verbalement ou physiquement ? • Est-il/elle la cible d'agressions verbales ou physiques par des pairs ?
Habiletés scolaires	• Est-ce que l'étudiant semble apprendre au même niveau (vitesse) que les autres ? • Est-ce que l'étudiant semble avoir des difficultés d'apprentissage ?
Motricité (globale et fine)	• L'étudiant a-t-il/elle des difficultés avec des activités d'éducation physique, les sports, l'écriture ? Si oui, veuillez fournir des détails.
Expression écrite	• L'étudiant a-t-il/elle des difficultés à écrire ce qu'il/elle pense ? Si oui, veuillez fournir des détails.
Préoccupation principale	• Quelles sont vos principales préoccupations/inquiétudes pour l'étudiant ? • Depuis combien de temps est-ce une préoccupation pour vous ?
Impact sur l'enfant	• Jusqu'à quel point ses difficultés dérangent-elles l'étudiant ? Ou vous et les autres étudiants ?
Impact en classe	• Est-ce qu'il vous est plus difficile d'enseigner aux autres étudiants de la classe ?
Médicaments	• Si l'étudiant est sous médication, avez-vous des commentaires à faire sur les différences observées lorsqu'il/elle est sous médication et lorsqu'il/elle est sans médication ?
Collaboration des patients	• Quelle a été la participation des parents ?

6) Formulaire CADDRA du clinicien pour le suivi du TDAHDisponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/Clinician-ADHD-Baseline-Form_FR.pdf

Ce formulaire peut être utilisé par le clinicien responsable du suivi du patient avec un TDAH pour l'évaluation initiale et lors des suivis. Il permet d'avoir un portrait global du patient, de ses médicaments, de la sévérité du TDAH, de son évolution et de dresser un plan de traitement et de suivi.

	Nom du patient: _____	
	Date de naissance: _____	No de dossier: _____
	Nom du Clinicien: _____	
	Date: _____	

Autre personne présente durant l'examen: _____

Clinicien: _____ Autre(s) thérapeute(s) impliqué(s): _____

Médicaments actuels:	Dose & fréquence	Effets thérapeutiques	Effets secondaires

Adhésion au traitement: ☐ COMPLETE (prise de médicaments telle que prescrite) ☐ PARTIELLE (doses manquées, n'a pas respecté la prescription) ☐ AUCUNE (arrêté la prise de médicaments pour au moins 1 sem)

Développement depuis le dernier rendez-vous:			
Taille: _____	Poids: _____	TA: _____	Pouls: _____
Observations: _____		Opinion: _____	

Diagnostic psychiatrique:

___ TDAH, Combiné ___ Trouble d'apprentissage ___ Trouble d'anxiété ___ Trouble des conduites
 ___ TDAH, Inattention ___ Trouble du langage ___ Dépression ___ Personality Disorder/Traits
 ___ Trouble d'opposition avec provocation ___ Déficience intellectuelle ___ Tics ___ Autre _____

Problèmes médicaux:

Facteurs de stress: ___ Léger ___ Modéré ___ Sévère ___ Extrême
Sévérité de la difficulté: ___ Limite ___ Légère ___ Modérée ___ Prononcée ___ Sévère ___ Extrême
Évolution: ___ Grande amélioration ___ Nette amélioration ___ Faible amélioration ___ Aucun changement ___ Faible détérioration ___ Détérioration ___ Nette détérioration

Plan de traitement:	Médication:			
	Aucun changement ☐	Augmentation ☐	Baisse ☐	Changement ☐
Psychologique/Autre:	École/Travail:			
Plan de suivi:				

Signature: _____ Date: _____

7) Formulaire CADDRA de suivi pharmacologiqueDisponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Medication_Form_FR.pdf

Ce formulaire permet de suivre les effets du traitement pharmacologique sur la maîtrise des symptômes et l'impact sur la qualité de vie. Il permet également de faire un suivi de l'innocuité du traitement pharmacologique.

	Nom du patient: _____	
	Date de naissance: _____	No. de Dossier: _____
	Nom du clinicien: _____ Date: _____	

Veuillez compléter et apporter lors de votre prochain rendez-vous

LISTE DES MEDICAMENTS ACTUELS: énumérer tous les médicaments actuels.

1. _____ 2. _____ 3. _____
 4. _____ 5. _____ 6. _____

Veuillez indiquer ci-dessous tous les changements survenus depuis le début du traitement :

Maîtrise des symptômes du TDAH						
-3	-2	-1	0	1	2	3
pire			aucun changement			mieux

Tolérabilité de la médication (effets secondaires)						
-3	-2	-1	0	1	2	3
pire			aucun changement			mieux

Qualité de vie						
-3	-2	-1	0	1	2	3
pire			aucun changement			mieux

Comment qualifieriez-vous l'ensemble des changements survenus depuis le début du traitement?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Non-applicable (aucune prise de médicament) | ☐ Nette amélioration | ☐ Faible amélioration |
| ☐ Aucun changement | ☐ Faible détérioration | ☐ Nette détérioration |

Commentaires:

Veillez indiquer par un X la fréquence des effets secondaires survenus depuis le dernier rendez-vous médical. Veuillez contacter votre médecin si les effets secondaires sont significatifs.

Effets secondaires	Fréquence				Commentaires
	Jamais	À l'occasion	Souvent	Jamais	
Perte d'appétit					
Perte de poids					
Gain de poids					
Maux d'estomac					
Nausée					
Vomissements					
Diarrhée					
Sécheresse (peau/yeux/bouche)					
Soif					
Maux de gorge					
Difficultés à dormir					
Tics					
Mal de tête					
Tensions musculaires					
Fatigue					
Vertiges					
Transpiration					
Agitation/excitation					
Irritabilité					
Changements d'humeur					
Trop focaliser «Effet zombie»					
Tristesse					
Palpitations cardiaques					
Changements significatifs de la pression artérielle (plus faible ou plus élevée)					
Urine fréquemment					
Dysfonction sexuelle					
Se sent pire ou différemment lorsque la médication s'estompe (rebond)					
Autre:					

Points à discuter lors de votre prochain rendez-vous :

8) Formulaire CADDRA pour le transfert de patients atteints d'un TDAHDisponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRATransitionForm_FR.pdf

Ce formulaire peut être utilisé pour le transfert de patients atteints d'un TDAH entre professionnels de la santé afin d'avoir un portrait complet et à jour de la condition du patient et ainsi assurer une meilleure prise en charge du patient.

	Nom du patient: _____	
	Date de naissance: _____	No de dossier: _____
	Nom du médecin: _____	Date: _____

Autres médecins et services impliqués pour les soins:

Médicament (Actuel & Antérieur)	Actuel	Dosage actuel Dosage max. pendant l'essai	Durée de l'essai	Raison de l'arrêt du médicament

Adhésion au traitement. Commentaires:

Grandeur: _____ Poids: _____ Pression artérielle: _____ Pouls: _____

Comorbidités:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Trouble d'anxiété | ☐ Trouble de l'humeur | ☐ Trouble des conduites | ☐ Trouble d'opposition avec provocation |
| ☐ Tics | ☐ Trouble d'apprentissage | ☐ Troubles du spectre autistique | ☐ Troubles du langage |
| ☐ Trouble/traits de personnalité | ☐ Déficience intellectuelle | ☐ Syndrome d'alcoolisation fœtale | ☐ Toxicomanie |
| ☐ Autre | | | |

Commentaires:

Sévérité des impacts fonctionnels du TDAH: ____ Léger ____ Modéré ____ Sévère

Commentaires:
Diagnostic médical:
Plan de traitement:

Signature: _____ Date: _____

Copie à être envoyée à: _____

9) JDQ (Questionnaire sur la conduite automobile de Jerome)

Disponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/JDQ_FR.pdf

Pourquoi l'utiliser ?

- La littérature parle d'un risque accru de collisions de véhicules automobiles et d'infractions routières chez les jeunes conducteurs atteints d'un TDAH (âge étudié variable selon les études mais "jeune" généralement défini comme 25 ans et moins).
- Les médecins doivent avertir les patients avec un TDAH des risques augmentés de la conduite automobile sans traitement adéquat.
- Outil simple qui aide à évaluer si le patient présente un risque accru de problèmes de conduite automobile. Fournit également la preuve dans le dossier médical que le clinicien a évalué cette compétence fonctionnelle importante de ses patients.

Comment utiliser le JDQ ?

- Auto-évaluation en deux parties :
 - La Partie A fournit l'historique complet de la conduite automobile, incluant l'expérience, les accidents et les infractions routières.
 - La Partie B fournit un compte rendu subjectif du style de conduite automobile du conducteur.
- Prend environ cinq minutes à remplir.
- Les observations du patient et celles des autres peuvent être recueillies et comparées.
- Le JDQ fournira au médecin, au patient et à sa famille une vue d'ensemble du dossier de conduite automobile du patient, de même qu'une mesure stratégique du style de conduite automobile.

A être complété par le conducteur

Nom du conducteur: _____

Date du naissance: _____ Complété le: _____

Inscrire tous médicaments pris et leur dosage respectif incluant les médicaments sans prescription avec dose en mg si connue:	
1.	2.
3.	4.
5.	6.

ANTÉCÉDENTS DE CONDUITE AUTOMOBILE - PARTIE A*Directives: Cette partie doit être complétée par le conducteur. Évaluer votre conduite automobile passée et actuelle à l'aide à des questions suivantes.*

1. À quel âge avez-vous obtenu votre permis de conduire? _____ années _____ mois
2. Combien de fois cela vous a pris pour obtenir votre permis de conduire? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ou plus
3. Depuis combien de temps conduisez-vous? _____ années
4. En moyenne, combien de temps conduisez-vous par jour? ☐ <1 heure ☐ 1-2 heures ☐ >2 heures
- 5a. Estimer les kilomètres/miles conduits en ville au cours du dernier mois _____ km
- 5b. Estimer les kilomètres/miles conduits sur l'autoroute au cours du dernier mois _____ km
- 6a. Combien de fois avez-vous été impliqué dans des accidents comme passager? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ou plus
- 6b. Combien de fois avez-vous été impliqué dans des accidents comme conducteur? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ou plus
7. Depuis que vous conduisez, combien de fois avez-vous été déclaré responsable d'un accident? _____
- 8a. Depuis que vous conduisez, combien de fois votre permis de conduire a-t-il été révoqué ou suspendu? _____
- 8b. Combien de fois avez-vous conduit alors que votre permis était suspendu? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ou plus
9. Avez-vous déjà fait des balades en voiture (joy riding)?

☐ Comme conducteur avant l'obtention de votre permis de conduire?

☐ Comme passager avec un conducteur qui n'avait pas de permis valide?

☐ Comme passager alors que le conducteur était sous l'effet de l'alcool et/ou de drogue?

☐ Comme conducteur sous l'effet de l'alcool et/ou de drogue?
10. Combien de contraventions de stationnement avez-vous reçues depuis que vous conduisez? _____
11. Combien de contraventions pour excès de vitesse avez-vous reçues depuis que vous conduisez? _____
12. Combien de contraventions pour manquement d'effectuer un arrêt ou de respecter un panneau de signalisation avez-vous reçues depuis que vous conduisez? _____
13. Combien de contraventions pour conduite dangereuse avez-vous reçues depuis que vous conduisez? _____
14. Depuis que vous conduisez, combien de fois avez-vous heurté un piéton ou un cycliste en conduisant? _____
15. Combien de contraventions pour conduite en état d'ébriété avez-vous reçues depuis que vous conduisez? _____
16. Vos primes d'assurance-automobile ont-elles augmenté dû à vos problèmes de conduite automobile? ☐ Oui ☐ Non
17. Vous a-t-on refusé de l'assurance-automobile en raison de vos problèmes de conduite automobile? ☐ Oui ☐ Non

ANTÉCÉDENTS DE CONDUITE AUTOMOBILE - PARTIE B

Ce formulaire peut être complété par vous, un ami ou un être proche qui a observé votre conduite automobile.

Complété le: _____ Complété par: _____

Directives

Les questions suivantes concernent vos habitudes de conduite au cours du dernier mois. Essayer de répondre à toutes les questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Indiquer par un "X" sur la barre horizontale les comportements vécus lors de votre conduite durant le dernier mois (a) en ville ou (b) sur l'autoroute.

Encercler les réponses applicables aux deux questions suivantes:

Au cours du dernier mois, avez-vous conduit (ou passager) en ville?

☐ Oui☐ Non

Au cours du dernier mois, avez-vous conduit (ou passager) sur l'autoroute?

☐ Oui☐ Non

Depuis que vous avez complété ce questionnaire, avez-vous eu des infractions routières telles que des excès de vitesse, des contraventions de stationnement ou des collisions?

☐ Oui☐ Non

Infractions routières: ☐ Oui ☐ Non			aucune frustration	un peu de frustration	frustré	très frustré	extrêmement frustré
Collision(s): ☐ Oui ☐ Non							
1. Frustration:	a. ville						
	b. autoroute						
2. Pris de risque:	a. ville						
	b. autoroute						
3. Montrer sa colère verbalement ou physiquement aux autres conducteurs:	a. ville						
	b. autoroute						
4. Anxiété:	a. ville						
	b. autoroute						
5. Excès de vitesse:	a. ville						
	b. autoroute						
6. Moments de panique:	a. ville						
	b. autoroute						
7. Concentration sur la route:	a. ville						
	b. autoroute						
8. Attentif aux changements soudains des conditions routières:	a. ville						
	b. autoroute						
9. Rêverie	a. ville						
	b. autoroute						
10. Somnolence	a. ville						
	b. autoroute						
11. Anticiper les dangers potentiels en provenance d'autres voitures ou des piétons:	a. ville						
	b. autoroute						

Il est possible que vos réponses diffèrent lors de présence de passagers. Si tel est le cas, faites-nous en faire part ici:

Avertissement d'exonération: Ce formulaire est destiné à fournir des données subjectives supplémentaires sur le style de conduite automobile ainsi qu'un historique des antécédents de conduite automobile rempli par le patient; il ne remplace pas l'opinion clinique. Il n'est pas en lui-même un indicateur du niveau de sécurité de conduite automobile ni du risque de conduite d'un véhicule à moteur; il ne faut pas l'utiliser comme seul outil pour prendre des décisions concernant la capacité d'un patient à conduire en toute sécurité.

Outils d'aide à la prise de décisions partagées**Bénéfices du traitement**

Il faut tenir compte des répercussions possibles du TDAH non traité sur le parcours de vie :

- Anxiété
- Dépression et maladie bipolaire
- Problèmes relationnels, séparation conjugale
- Délinquance
- Tabagisme
- Problèmes de consommation d'alcool, de drogues de rue, comme le cannabis ou la cocaïne
- Surutilisation des écrans, gaming
- Difficultés d'apprentissage exacerbées par le TDAH non traité
- Décrochage scolaire
- Changements fréquents ou perte d'emploi
- Blessures accidentelles nécessitant une consultation à l'urgence
- Accidents de la route (comme piéton et conducteur)
- Grossesse non planifiée
- Infections transmissibles sexuellement
- Difficultés et troubles du sommeil
- Difficultés à implanter et maintenir une saine hygiène de vie
- Obésité
- Diabète et troubles de santé cardiovasculaire
- Décès prématuré (accidentel ou volontaire)

Quelques statistiques de la CADDRA

- Accidents : Patients TDAH présentent un taux 33 % plus élevé de visites aux salles d'urgence et peuvent être plus vulnérables aux accidents de la route, avec un risque 2 à 4 fois plus élevé selon certaines études. Enfants peuvent risquer de subir plus de blessures (multiples, à la tête ou graves).

Répercussions du TDAH chez des enfants diagnostiqués à l'enfance et suivi durant 33 ans (Klein et al. 2012)

- Incarcération : 36,3 % des patients TDAH ont été incarcérés contre 11,8 % dans le groupe de comparaison
- Décès : 7,2 % sont décédés contre 2,8 % dans le groupe de comparaison.
- Études : 31,1 % des patients TDAH n'avaient pas complété leurs études secondaires contre 4,4 % du groupe comparaison et 3,7 % des patients TDAH avaient complété des études supérieures alors que 29,4 % des participants du groupe de comparaison en avaient complété.
- Emplois : Niveau de réussite professionnelle plus faible chez les patients TDAH que dans le groupe de comparaison. Étant donné que les patients TDAH avaient un niveau de réussite scolaire et professionnel plus faible, leur statut socioéconomique était également plus faible en comparaison au groupe contrôle. Bien que moins de patients TDAH étaient employés en comparaison au groupe contrôle, la majorité avaient des emplois (83,7 %). Cependant, on remarque une disparité de 40 000 \$ entre le salaire annuel médian chez les patients TDAH contre le groupe de comparaison.
- Trouble de l'usage de substances : 56,3 % des patients TDAH contre 38,2 % dans le groupe de comparaison.

Revue systématique (Shaw et al. 2012) sur les risques long terme du TDAH et l'impact du traitement (pharmacologique ou non)

- Les bénéfices les plus importants associés au traitement du TDAH ont été démontrés surtout au niveau de la conduite automobile, l'obésité, l'estime de soi, les habiletés sociales et académiques ainsi qu'au niveau des troubles d'usage de substances.

Risques potentiels

Retard de croissance

Les psychostimulants pourraient entraîner un retard de croissance statural et pondéral.

- Étude en 2007 du groupe MTA faisant le suivi du groupe de 1999 incluant 579 patients de 7 à 10 ans et évaluait l'efficacité et l'innocuité du méthylphénidate en TDAH durant 14 mois :
 - Psychostimulants pourraient réduire la taille de 1 à 2 cm sur la taille prédite à l'âge adulte.
 - Effet est en relation avec la dose ainsi que la durée du traitement.
- Il n'y a pas de rebond au niveau de la croissance lors de l'arrêt du médicament. Selon la Société Canadienne de Pédiatrie :
 - Une restriction de la croissance d'environ 2,5 cm s'associe à une utilisation constante de stimulants au fil des ans par rapport à une utilisation négligeable du médicament.
 - Une plus petite taille finale semble s'associer à la dose cumulative de stimulants.
 - Toutefois, la taille adulte définitive de la plupart des enfants ou des adolescents sera probablement peu touchée par un traitement aux stimulants pour le TDAH.
 - Les enfants et les adolescents ayant un TDAH qui prennent des stimulants peuvent présenter une légère réduction globale de leur indice de masse corporelle, surtout s'ils étaient en surpoids au début du traitement. Cette perte de poids peut contribuer à expliquer pourquoi les stimulants retardent parfois légèrement les poussées de croissance de la puberté par rapport aux jeunes ayant un TDAH qui ne prennent pas de stimulants.

Conclusion : Il apparaît donc important de nuancer les informations trouvées par les parents et de discuter de l'importance du retard potentiel de croissance possible.

Risques cardiovasculaires :

La CADDRA soulève deux types de risques cardiovasculaires en lien avec les psychostimulants soit une augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque et un risque de morts subites.

- Augmentation TA et FC : statistiquement significatives, mais rarement cliniquement significatives.
 - Chez certains individus, ces effets sympathiques peuvent être beaucoup plus puissants.
 - Revue Serger de 2016, une augmentation moyenne de 3-10 bpm serait observée avec les psychostimulants chez les enfants, une augmentation moyenne de la TA de 3-8/2-4 mmHg.
- Morts subites : Difficile de conclure que causées par les psychostimulants. Malgré des études rassurantes, les mises en garde des médicaments pour le TDAH continuent de déconseiller leur utilisation chez « les patients souffrant d'anomalies cardiaques structurelles connues ».
 - Revues concluent généralement que le taux de morts subites ne serait pas supérieur chez les patients prenant psychostimulants que chez la population générale.
 - Base de données américaines de 2,5 millions de patients-années, n'a trouvé aucune association entre tout risque cardiaque et l'utilisation de psychostimulants.
 - Données de l'Adverse Event Reporting System ont montré des associations semblables de cas de morts subites chez les patients recevant des médicaments pour le TDAH à la population générale
- Très peu de conditions cardiaques contre-indiquent complètement les psychostimulants :
 - HTA ou coronaropathie : prudence est de mise, surveiller la FC et la TA.
 - Cardiopathie congénitale : prévalence accrue de TDAH chez cette population, bénéficie généralement d'un traitement, comparer la FC et la TA avant et pendant le traitement.
 - Syndrome QT long : groupe d'enfants (56 années-patients) atteints de TDAH (avec psychostimulants) et SQTL (avec bêtabloquants) n'a démontré aucun résultat indésirable.

Conclusion : Les psychostimulants sont sécuritaires en l'absence d'antécédents cardiovasculaires.

- Anamnèse médicale détaillée et histoire personnelle approfondie (étourdissements inexpliqués, souffle court, ou symptômes cardiaques) et familiale (mort subite soupçonnée) nécessaire
- Référer en cardiologie les patients présentant une cardiopathie avérée ou soupçonnée.
- Suivi par ECG avant ou après le début de la médication n'est pas recommandé d'emblée.
- TA et la FC devraient être mesurées avant l'amorce du traitement du TDAH et lors des suivis.

Priapisme

La FDA a demandé l'ajout dans les monographies d'un avertissement sur le risque potentiel de priapisme.

- Non traitée, cette complication peut causer des dommages permanents au pénis.
- Une revue de littérature de 2014 a recherché les articles de 1966 à 2014 et a recensé 15 rapports de cas. La présence de priapisme a été rapportée avec les psychostimulants et l'atomoxétine.

Conclusion : Les patients devraient être avertis de cet effet possible et devraient être informés de le cesser et consulter si cela survenait.

Psychoses

La FDA a demandé d'inclure un avertissement concernant l'apparition possible et soudaine de psychose.

- Les psychostimulants augmentent la concentration de dopamine et de noradrénaline. Une accumulation de dopamine dans la fente présynaptique est caractéristique en psychose.
- Étude américaine via les bases de données de réclamations de 2004 et 2015 pour des patients de 13 et 25 ans sur le lien entre la prescription de méthylphénidate ou d'amphétamines et un diagnostic de psychose (prescription et réclamation d'antipsychotiques) et un code au dossier.
 - Sur 340 000 patients-années analysés (environ 50%/50% sous amphétamines/méthylphénidate), 343 épisodes psychotiques détectés (106 méthylphénidate et 237 amphétamines), et donc une psychose potentielle 1 patient sur 660 utilisateur.
- Étude Suisse de 23 898 patients examinant l'incidence de symptômes psychotiques 12 semaines avant l'initiation du traitement puis à 12 et 52 semaines sous traitement indique que le méthylphénidate n'augmente pas les psychoses même chez les patients sans symptômes antérieurs et pourrait même diminuer ce risque, particulièrement chez les patients ayant déjà eu un épisode psychotique dans le passé.

Conclusion : Il apparaît important de mentionner les risques de changement d'humeur aux patients mais le risque demeure faible et d'autres études seraient nécessaires pour clarifier son importance.

Glaucome

Alerte par rapport au glaucome (à angle fermé soit moins de 10% des cas, problème aigu)

- Psychostimulants : Autant le méthylphénidate que les amphétamines seraient contre-indiqués chez les patients avec glaucome en raison du risque théorique d'augmentation de la pression intraoculaire causée par une possible mydriase vu l'effet adrénergique
 - Cette augmentation potentielle se présenterait rapidement et serait symptomatique.
 - Il n'y a pas de rapports de cas ou d'évidences expériences rapportant une augmentation de la pression intraoculaire chez des patients pédiatriques traités avec un psychostimulant.
 - 1 rapport publié de cas d'un homme de 55 ans avec un glaucome à angle ouvert et traité pour TDAH pendant 1 an de méthylphénidate 25 mg die, alors que son glaucome était bien contrôlé et n'a démontré aucun signe d'exacerbation durant le traitement au méthylphénidate concluant que l'utilisation des psychostimulants ne devrait pas être empêchée chez les patients avec glaucome, en autant que la pression intraoculaire fasse l'objet d'un suivi étroit et qu'elle soit bien contrôlée.
- Non-stimulants : L'atomoxétine est contre-indiquée chez les patients avec un glaucome à angle étroit malgré qu'il n'existe aucune évidence pour supporter cette contre-indication.
 - La guanfacine n'est pas contre-indiquée chez les patients avec glaucome.
- Étude prospective sur la prise de méthylphénidate et d'atomoxétine à 1 et 6 mois de traitement sur la pression intraoculaire chez des enfants avec un TDAH contre un groupe contrôle d'enfants sains (Güvenmez et al., 2020) n'a pas démontré de changements significatifs au niveau de la pression intraoculaire dans les 3 groupes après 1 et 6 mois.

Conclusion : Il ne semble pas y avoir suffisamment de données supportant la recommandation d'éviter les psychostimulants chez des patients pédiatriques avec un TDAH qui ont un glaucome bien contrôlé, particulièrement s'il s'agit d'un glaucome à angle ouvert. Chez l'adulte connu pour un glaucome, la pression intraoculaire devrait être établie au départ puis suivie fréquemment durant un traitement avec un psychostimulant.

Décision de débiter un traitement

Après avoir discuté des bénéfices potentiels du traitement avec le patient et d'avoir nuancé les potentiels des traitements, il apparaît important de proposer et discuter des traitements possibles avec le patients, dont leur efficacité.

Efficacité des psychostimulants :

- Selon une méta-analyse de Stuhec en 2019, la différence moyenne standardisée d'amélioration des symptômes de TDAH entre le méthylphénidate et le placebo est de 50%, ce qui donne un NNT de 2. À noter que la majorité des études sont de courte durée et présentent de nombreux biais (par exemple, seulement les patients tolérant le traitement son inclus).
- Selon une revue Cochrane en 2018, environ 60 % répondent au traitement (réduction de 50% des symptômes) avec amphétamines versus 20-40 % sous placebo, ce qui donne un NNT de 2 patients pour obtenir une certaine réponse au traitement.
- Donc, environ 2 patients doivent être traités avec des amphétamines ou méthylphénidate pour réduire la sévérité des symptômes associés au TDAH chez un patient → très bonne efficacité.
- Selon un article de Leung en 2016, plus de 80 % des enfants répondraient à au moins une des deux classes de psychostimulants; il est donc pertinent de faire un essai des deux classes de psychostimulants avant de faire l'essai des médicaments de deuxième ligne.

Place des autres traitements vs les psychostimulants :

- L'atomoxétine et la guanfacine sont considérées comme des médicaments de deuxième ligne par la CADDRA. Elles sont approuvées par Santé Canada tout comme les médicaments de première ligne, mais elles ont une ampleur d'effet moins grande dans les études, un profil d'innocuité moins favorable et donc un ratio risque-bénéfice moins avantageux que les psychostimulants.
- Ces molécules peuvent être utilisées pour les patients qui ont des contre-indications, qui ne répondent pas aux agents de première ligne ou qui ont des effets indésirables inacceptables.
- Atomoxétine :
 - Doit être pris régulièrement, car long délai d'action.
 - Prend quelques semaines avant de voir les effets, titration plus lente que les psychostimulants.
 - Pourrait être un meilleur choix chez les patients avec un trouble anxieux concomitant (voir section *Sélection du médicament* pour plus d'informations sur le traitement du TDAH chez des patients avec comorbidités psychiatriques).
- Guanfacine :
 - Étudié chez les enfants 6 à 17 ans en monothérapie
 - Indiqué selon la CADDRA en combinaison avec les psychostimulants pour les enfants de 6 à 17 ans qui n'ont pu être optimalement contrôlé avec les psychostimulants seuls.
 - Couvert par la RAMQ en combinaison avec un psychostimulant à dose maximale tolérée. Beaucoup de faiblesses dans les études en monothérapie, donc n'est pas couvert par la RAMQ en monothérapie.
 - Moins bonne efficacité des doses officiellement approuvées (1-4 mg) lorsque l'âge augmente, soit chez les 13-17 ans (NNT = 7).
 - Observance très importante; ne peut pas être cessé abruptement, sinon risque d'hypertension rebond.
 - La guanfacine est une option intéressante dans le traitement du TDAH chez un patient qui a également des tics ou le Syndrome Gilles de la Tourette (voir section *Sélection du médicament* pour plus d'informations sur le traitement du TDAH chez des patients avec comorbidités psychiatriques).
 - Aucune donnée chez l'adulte, l'utilisation chez les adultes est donc 'off-label'.

Tests génétiques

Place des tests génétiques dans le choix du traitement du TDAH

Selon différentes revues sur la place des tests génétiques (Grimm 2020, Balogh 2022 et Stein 2008) :

- L'applicabilité des résultats actuels en génétique dans la pratique clinique est encore limitée, mais les tests génétiques représentent une approche prometteuse pour prédire la réponse aux traitements en TDAH ainsi que la tolérabilité. Éventuellement, il est espéré que les issues associées au traitement du TDAH seront améliorées par une approche plus personnalisée quant au choix de traitement.
- Une autre découverte intéressante est la possible corrélation entre le polymorphisme du complexe SNARE (Synaptosome-related genes) et la réponse au méthylphénidate chez l'adulte.
- La plupart des données disponibles sont en lien avec le méthylphénidate et l'atomoxétine.
- Dans le cas de l'atomoxétine, des études en pharmacogénomiques se penchent sur le polymorphisme des cytochromes P450 pour déterminer l'impact sur le métabolisme.
- Pour l'instant, plus de recherche sur la valeur prédictive du bilan génétique est nécessaire pour appliquer ces découvertes préliminaires à la pratique.

Selon la Clinique FOCUS :

- Cette approche n'est actuellement pas recommandée par les experts, car aucune recherche scientifique n'a mis en évidence la valeur ajoutée d'un bilan génétique dans le choix d'un traitement pharmacologique dans le TDAH.

Information pratique sur les tests Biogeniq (Laboratoire Biron)

Détails sur les modalités de prélèvement

- Test de salive. Coût approximatif en 2022 : 285\$
- Fonctionnement :
 - Se procurer la trousse via le site web de Biogeniq ou Biron.
 - Prélever environ 1 mL de salive.
 - Délai de 1-2 semaines pour recevoir les résultats.

Permet de génotyper l'enzyme CES1 et CYP2D6 :

- L'enzyme CES1 inactive le méthylphénidate. On peut donc prédire que chez un patient qui est un métaboliseur CES1 rapide, le méthylphénidate serait moins efficace (éliminé plus rapidement).
- Le CYP2D6 participe à l'inactivation de l'atomoxétine. Les métaboliseurs lents ont une aire sous la courbe (ASC) augmentée de 10 fois par rapport aux métaboliseurs rapides.
 - Métaboliseur lent = plus d'effets indésirables.
 - Environ 7 % des caucasiens.
- La dextroamphétamine (contenu dans Dexedrine, Adderall et est le métabolite actif du Vyvanse) est inactivée par CYP2D6. En théorie, un métaboliseur lent serait plus à risque d'effets secondaires.

Établir un plan d'intervention scolaire

Le plan d'intervention est un guide, un contrat, qui regroupe une série d'actions mises en place par les intervenants qui gravitent autour de l'élève. Le plan d'intervention est d'ailleurs élaboré en étroite collaboration avec ces intervenants. Le but est d'identifier les capacités et les besoins de l'élève, d'établir des objectifs et de mettre en place des moyens efficaces afin de favoriser le développement et la réussite de l'élève. Différentes étapes sont nécessaires pour l'élaborer :

1. Collecte de données et analyse de l'information :
 - Regrouper tous les informateurs pertinents (ex.: parents, enseignants).
 - Recueillir de l'information dans les différentes sphères de la vie de l'élève (ex.: vie sociale, parcours scolaire).
 - Faire le point sur les capacités de l'élève.
 - Reconnaître ses besoins.
 - Établir les objectifs à atteindre.
2. Planification des interventions :
 - Personnes généralement présentes pour cette étape : élève, parents, enseignant titulaire ou spécialistes concernés, direction de l'établissement et autres personnes-ressources selon les services offerts par l'établissement (ex.: orthopédagogue, orthophoniste, psychoéducateur, technicien en éducation spécialisée, ergothérapeute, travailleur social).
 - En lien avec les capacités, besoins et objectifs établis à l'étape précédente, identifier des moyens concrets à mettre en place pour atteindre ces objectifs (voir *Section Mesures non pharmacologiques* pour des exemples d'interventions pouvant être mises en place autant à l'école qu'à la maison).
 - Identifier la personne responsable de mettre en œuvre ces interventions.
 - Établir un échéancier de réalisation et une date de révision du plan d'intervention.
3. Réalisation des interventions.
4. Révision du plan d'intervention :
 - Analyser l'impact des interventions mises en place.
 - Valider si les objectifs ont été atteints.
 - Valider si l'objectif et les moyens mis en place doivent être conservés ou bien modifiés.
 - Il arrive que les besoins à combler changent entraînant ainsi une modification des objectifs ou des moyens choisis.

Au besoin, consulter les sites web suivants pour accéder à des gabarits de plans d'intervention :

- Institut des troubles d'apprentissage :
https://www.institutta.com/s-informer/plan-intervention-enfants?gclid=Cj0KCQiAsdKbBhDHARIsANJ6-jcqJmK9I8zxHYD9n1ri8R1Ig1sHd3MTruO30oVb3EcGgQX6K83UA4aAieREALw_wcB
- Alloprof parents :
https://www.alloprof.qc.ca/fr/parents/articles/difficultes-ecole/a-quoi-sert-plan-d-intervention-k1280?gclid=Cj0KCQiAsdKbBhDHARIsANJ6-jdbK4PyhImIjUpl-Q5FNj_huyfyPO8UVse4d4OIpyitBXNUauEtEIOaAnbNEALw_wcB

Mesures non pharmacologiques

Place dans la thérapie

- Représentent l'approche thérapeutique de 1^{ère} intention pour les enfants d'âge préscolaire.
- Interventions psychosociales particulièrement cruciales lors des périodes de transition.
- Approche multimodale combinant interventions psychosociales et traitement pharmacologique améliore les principaux symptômes, mais également la qualité de vie générale.
- Médicaments aident à faciliter l'intégration des stratégies psychosociales en améliorant la concentration et l'automodulation et en diminuant l'impulsivité et l'hyperactivité.

Traitement psychosocial du TDAH

Type de mesures non pharmacologiques à envisager

Mesures	Description
Psychoéducation	• vise à éduquer les patients et leur famille, et leur donner plus de contrôle et de pouvoir sur le TDAH, en leur fournissant de l'information sur le sujet.
Interventions psychosociales	• Interventions pédagogiques, comportementales, environnementales et académiques pouvant être adoptées à la maison, à l'école et au travail afin de limiter les atteintes fonctionnelles résultant du TDAH.
Modèles de formation aux parents	• Parents sont activement impliqués dans ce type d'intervention en présence (interactions parent-enfant) ou en l'absence de l'enfant. Ce modèle vise à : 1) renforcer les comportements positifs; 2) ignorer les comportements provocateurs marginaux; 3) répondre de manière claire, cohérente et sécuritaire aux comportements inacceptables. • Pour les enfants d'âge préscolaire, cette mesure est efficace pour réduire les symptômes du TDAH ainsi que ceux des troubles de comportement perturbateur.
Entraînement aux habiletés sociales	• Se concentre généralement sur l'apprentissage par l'enfant de la perception et l'interprétation des signaux sociaux subtils, et de la résolution de problèmes dans les interactions sociales tout en encourageant un comportement adéquat en groupe.
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	• Axée sur l'interaction entre fonctions cognitives, émotions et comportements du sujet ciblant surtout la gestion du temps et les habiletés organisationnelles. • Reconnue comme étant efficace chez les adultes, mais serait encore plus efficace lorsque combinée à un traitement pharmacologique. • Études divisées quant à l'efficacité chez les enfants et les adolescents. Les adolescents atteints de TDAH et d'anxiété/dépression semblent davantage profiter de la TCC que ceux avec TOP. La TCC en groupe, combinée à la médication, réduirait les symptômes chez les adolescents.
Entraînement à la pleine conscience	• Type de thérapie cognitive qui comprend souvent des techniques de «méditation attentive» et qui est conçue pour prendre conscience de ses propres pensées et actions (c.-à-d. s'entraîner à garder son esprit dans le moment présent et à inhiber les pensées et les stimuli distrayants). • Ses bienfaits, ainsi que les autres améliorations observées sur le plan de l'humeur, de l'anxiété et des interactions sociales, ont été signalés tant chez les enfants et les adolescents que chez les adultes atteints de TDAH, et se sont maintenus dans le temps. La pleine conscience peut être utile pour les parents souhaitant améliorer leurs interactions avec leurs enfants atteints de TDAH.

Aperçu des interventions psychosociales

Milieu	Type	Fondement	Exemples de stratégies
À la maison	Pédagogiques	En raison des difficultés à soutenir son attention et à suivre les consignes à plusieurs étapes, la communication doit être claire et directe.	- Établir un contact visuel et/ou physique avant de lui donner une ou deux consignes claires. - Demander à la personne de répéter les consignes avant de procéder.
	Comporte-mentales	Personnes atteintes de TDAH présentent un taux plus élevé de difficulté à réguler les émotions, pouvant causer des conflits interpersonnels. Personnes atteintes de TDAH préfèrent les stratégies de renforcement utilisant de petites gratifications immédiates plutôt que des récompenses importantes mais à plus long terme.	- Employer une approche positive et un ton calme. - Promouvoir des techniques afin de désamorcer les conflits (ex.: réfléchir avant d'agir, respirations profondes). - Complimenter et « saluer les bonnes actions sur le coup ». - Fixer des buts et des limites clairs et atteignables (routine de devoir précise, routine du coucher, tâches ménagères, etc.) et les lier à certains privilèges, sorties spéciales, etc.
	Environ-nementales	Les périodes de transition, le temps des devoirs et les routines quotidiennes sont difficiles pour les personnes atteintes de TDAH, c'est pourquoi un encadrement externe est crucial pour la mise en place d'une structure et des attentes quotidiennes, et pour promouvoir la réussite.	- Implanter une structure et des routines. - Les parents/conjoints doivent tenir le même discours, être cohérents, fermes et justes, et respecter leurs paroles quant aux conséquences convenues. - Aider les enfants à prioriser plutôt que procrastiner. - Utiliser des agendas électroniques/minuterie/applications. - Segmenter les tâches et établir un échéancier pour chaque étape. - Allouer des pauses fréquentes planifiées aux enfants pour bouger lors de travaux prolongés.
À l'école	Pédagogiques	Les élèves atteints de TDAH ont souvent des difficultés avec le langage dans la classe. Ils peuvent avoir des difficultés à suivre les instructions ou à interpréter le langage pragmatique.	- Donner des consignes claires et précises. - Avant de donner les consignes, s'assurer d'obtenir l'attention de l'élève. - Valider la compréhension de l'élève en le faisant répéter, et clarifier au besoin. - Utiliser des demandes directes : « Quand... tu devras... ».
	Comporte-mentales	Les élèves atteints de TDAH ont tendance à mieux répondre au renforcement immédiat et régulier. Il est important de commencer par définir les objectifs et les comportements cibles à modifier, mettre l'accent sur la constance et la routine, chercher à renforcer l'estime de soi des individus au moyen de confirmations verbales et de récompenses concrètes, et déterminer les incitatifs appropriés à leur stade de développement.	- Offrir une rétroaction immédiate, fréquente et précise (ex.: « Merci d'avoir levé la main avant de poser ta question »). - Encourager les élèves et leur faire des commentaires positifs plus souvent que des commentaires négatifs. - Utiliser des rappels visuels/images ou listes pour le commencement et la fin des tâches. - Avant le début d'une tâche, fractionner celle-ci en plus petites étapes. - Réduire la charge de travail nécessaire à l'acquisition des connaissances. - Décrire clairement les attentes et structurer la classe. - Allouer du temps pour bouger, permission de sortir de classe.
	Environ-nementales	Les élèves atteints de TDAH nécessitent souvent des changements dans leur environnement physique, lesquels réduisent la probabilité de distractions et fournissent aux enseignants plus de possibilités de suivi et d'interaction.	- Place assise préférablement loin des distractions - Proximité de l'enseignant - Endroit tranquille dans la classe pour se calmer ou travailler - Asseoir l'enfant à côté d'un compagnon « plus attentif ». - Multiplier les changements et introduire de la nouveauté.

	Académiques	Outre les problèmes de distractibilité, les élèves peuvent avoir des problèmes d'apprentissage concomitants (difficultés de motricité fine, vitesse d'assimilation plus lente, mémoire de travail), demandant des mesures adaptatives.	• Allouer du temps supplémentaire (une fois et demie plus de temps) pour terminer les jeux-questionnaires, les tests et les examens. • Permettre à l'élève de répondre aux tests et examens dans une pièce tranquille ou d'utiliser des bouchons ou écouteurs • Accorder l'aide d'un preneur de notes ou d'une technologie d'assistance.
	Sur la fonction exécutive	Les demandes accrues dans les cours s'accompagnent souvent de plus grandes difficultés en matière de gestion du temps et d'organisation, de priorisation et de réalisation des tâches. Les atteintes de la fonction exécutive entraînent des répercussions significatives et négatives sur la progression et la productivité scolaires.	• Trouver un tuteur ou mentor pédagogique. • Favoriser les salles de classe structurées. • Établir des routines. • Inscrire les devoirs dans l'agenda. • Développer un cahier organisationnel. • Organiser les articles à apporter à l'école la veille. • Surveiller/inciter le commencement des tâches. • Inculquer la notion de temps et sa gestion.
	Pour les études post-secondaires	Les étudiants universitaires atteints de TDAH rencontrent souvent de grands défis dus aux déficits touchant les fonctions exécutives et leurs autres troubles comorbides, telles l'anxiété et la dépression, qui leur imposent un lourd fardeau sur leur capacité à maintenir efficacement et uniformément le rythme de leurs études. En l'absence de mesures de soutien, ils sont facilement débordés, ce qui déclenche un cycle de frustration et d'échecs.	• Communiquer avec les centres d'aide aux étudiants. • Accorder plus de temps pour les travaux, surtout si plusieurs sont à remettre en même temps. • Accorder plus de temps pour les tests/examens. • Applications organisationnelles pour conserver des notes, listes, idées et plus. • Support technologique pour améliorer la réflexion, la prise de notes, la rédaction. • Accès à des places réservées dans les cours. • Accès à un preneur de notes plutôt que d'alterner son attention entre la présentation et ses notes. • Obtenir préalablement des copies des notes de cours, des diapos ou autres. • Enregistrer les conférences sur vidéo, si cela est permis.
Au travail		Il est primordial de prendre les mesures nécessaires pour favoriser la réussite des gens au travail. Les personnes atteintes de TDAH préfèrent souvent ne pas divulguer leur TDAH dans leur milieu de travail en raison de la stigmatisation liée au TDAH et de la peur d'être jugé comme incompetent.	• Déterminer les mesures adaptatives nécessaires. • Faire une demande de mesures adaptatives. • Suggérer des rencontres fréquentes et régulières avec le supérieur et encourager une approche collaborative. • Fixer des buts, apprendre à prioriser et vérifier la progression régulièrement. • Déterminer les techniques de gestion du temps efficaces chez la personne (p. ex., planificateur, applications, etc.). • Désencombrer l'espace et créer un environnement de travail agréable. • Utiliser des applications visant à améliorer l'organisation. • Demander l'aide d'un coach personnel pour le TDAH.

Alimentation et suppléments**Acides gras oméga-3****Théorie**

- Propriétés anti-inflammatoires
- Devraient être intégrés à notre régime alimentaire pour un apport adéquat.
- Acide gras oméga-6 (acide arachidonique) présent dans les membranes cellulaires et précurseur des molécules inflammatoires comme les prostaglandines et le thromboxane.
- Certains rapports d'acides gras oméga-6/oméga-3 élevé favoriseraient la neuro-inflammation et entraverait ultimement la neurotransmission efficace de la sérotonine et de la dopamine.
- Certaines études ont révélé que les concentrations des acides gras oméga-3 sont plus faibles dans le sang de certains enfants atteints de TDAH.

Analyse des données (CADDRA, 2020) :

- Essais cliniques randomisés concluent généralement que les bienfaits des suppléments d'oméga-3 sont, dans le meilleur des cas, modestes par rapport au traitement pharmacologique.
- Autres études randomisées contrôlées (ERC) concluent qu'ils n'entraînent aucun effet sur la cognition tant chez la population générale que chez les personnes atteintes de TDAH.
- L'administration de suppléments d'oméga-3 aux enfants présentant de faibles concentrations d'oméga-3 n'a pas entraîné de réduction significative de leurs symptômes du TDAH.

Exemple : Equazen Eye Q, oméga 3 et 6, gélule à croquer ou avaler

- 2 gélules : 558 mg AEP (acide eicosapentaénoïque) + 174 mg ADH (acide docosaénoïque).
- NPN approuvé par Santé Canada chez plus de 3 ans et adolescents atteints de TDAH.
- Posologie de départ : 6 gélules/jour x 3 mois. Dose d'entretien : 2 gélules/jour.
- Essai randomisé contrôlé ouvert comparant l'Equazen Eye Q avec le méthylphénidate ainsi que la combinaison Equazen Eye Q et méthylphénidate chez 90 enfants avec TDAH pendant 12 mois (Barragán et al., 2017) :
 - Equazen Eye Q légèrement moins efficace que le méthylphénidate.
 - Combinaison méthylphénidate et Equazen Eye Q non démontrée supérieure en termes d'efficacité mais pourrait avoir certains bénéfices en comparaison au méthylphénidate seul, permettant l'utilisation de doses plus petites et une meilleure tolérabilité.
 - Plus d'études sont requises pour confirmer ces résultats initiaux.

Conclusion

- N'est pas recommandé comme solution de rechange au traitement pharmacologique.

Phosphatidylsérine (PS)**Théorie**

- Considérée comme l'un des nutriments les plus importants du cerveau, ayant une influence sur de nombreux systèmes de neurotransmetteurs, y compris la dopamine et la noradrénaline.
- Composant de la membrane bilipidique des cellules.

Analyse des données (CADDRA, 2020) :

- ERC à double insu chez 36 enfants âgés de 4 à 14 ans (contre placebo) sur l'efficacité de 200mg de phosphatidylsérine die durant 2 mois.
 - Amélioration des symptômes du TDAH et de la mémoire auditive à court terme

Vitamines et minéraux**Théorie**

- Préparations générales renferment généralement : vitamine D, la vitamine B9 (folate), vitamine B12 ainsi que des minéraux essentiels comme le zinc.
- Cofacteurs dans la synthèse des neurotransmetteurs monoaminergiques.

Analyse des données (CADDRA, 2020) :

- Un essai randomisé à double insu (ERC) à double insu et contrôlé par placebo a révélé que le traitement par micronutriments induit des améliorations statistiquement significatives des symptômes du TDAH.

Conclusion :

- Ces essais ne nous permettent pas de déterminer quel nutriment précis pourrait être cliniquement bénéfique dans le traitement du TDAH.
- Le faible nombre de données probantes sur le sujet reflète le fait qu'il n'existe pas de preuve scientifique solide démontrant que les suppléments vitaminiques et minéraux à forte dose atténuent la symptomatologie du TDAH de manière significative.

Zinc**Théorie**

- Micronutriment essentiel jouant un rôle majeur dans la transmission synaptique. Il augmente l'affinité du méthylphénidate pour le transporteur de la dopamine, et inhibe la recapture de la dopamine en se liant au transporteur dopaminergique.
- Sources principales : viande, fruits de mer et produits laitiers.
- Apport nutritionnel recommandé (ANR) par jour
 - 4-8 ans: 5 mg ;
 - 9 à 13 ans: 8 mg ;
 - 14 à 50 ans: 9 mg ♀, 11 mg ♂.

Analyse des données (CADDRA, 2020) :

- Les ERC à double insu ayant examiné l'effet du zinc dans le TDAH sont peu nombreux.
- Une ECR à double insu a démontré que le zinc n'était pas plus efficace que le placebo en monothérapie ou en association avec des stimulants dans le traitement du TDAH.

Magnésium**Théorie**

- Quelques études cas-témoins ont démontré des taux sériques de magnésium réduits chez des patients avec TDAH en comparaison avec des sujets sains.
- Par contre, plusieurs méta-analyses d'études cas-témoins ne suggèrent pas d'association entre des taux plus faibles de magnésium et le TDAH.
- Le magnésium est un co-facteur pour plusieurs enzymes et interagit avec plusieurs récepteurs monoaminergiques impliqués dans la pathophysiologie du TDAH.
- Une seule étude contrôlée à double aveugle a démontré que les psychostimulants augmentent les taux sériques de magnésium chez les patients avec TDAH après 3 semaines de traitement.

Analyse des données (Bloch et al., 2014) :

- Aucun essai randomisé contrôlé n'a démontré l'efficacité de la supplémentation en magnésium.
- De plus, il y a des évidences significatives que des hautes doses de magnésium (> 10 mg/kg/jour) peuvent être toxiques.
- Les surdoses sont potentiellement fatales.
- Les effets secondaires associés à des doses appropriées de magnésium incluent : nausée, diarrhée et crampes.

Régimes alimentaires restrictifs**Théorie**

- Le fondement des régimes alimentaires restrictifs est que l'élimination des colorants alimentaires artificiels et des autres additifs impliqués dans les réactions d'hypersensibilité entraînerait une amélioration des fonctions cérébrales.

Analyse des données (CADDRA, 2020) :

- Une seule ERC a démontré une atténuation considérable des symptômes du TDAH, mais le groupe témoin recevait des conseils alimentaires tandis que le groupe actif avait un régime restrictif, et seul l'évaluateur était à l'aveugle. Les conclusions ne peuvent être considérées comme impartiales.

Concernant le sucre plus particulièrement :

- Selon une méta-analyse évaluant l'impact de différents facteurs alimentaires sur le TDAH (Millichap et al., 2012) :

- Le sucre n'affecterait pas la performance comportementale et cognitive des enfants, mais un petit effet sur un sous-ensemble d'enfants ne pouvait pas être exclu.
- Chez des enfants âgés de 2 à 6 ans classés par leurs parents comme « répondants au sucre » ou « non répondants », ni le sucre ni l'aspartame n'a augmenté le niveau d'activité ou d'agressivité, mais l'apport quotidien en sucre et la consommation totale de sucre prolongeaient la durée de l'agressivité.
- L'inattention était augmentée à la suite d'un apport en sucre, mais pas à la suite d'un apport en aspartame ou saccharine.
- La réponse hyperactive était bloquée si un repas protéiné était ingéré avant ou au même moment que le sucre.

Mélatonine

Théorie

- Les enfants ayant un TDAH présentent une dysrégulation qui inclut souvent des troubles du sommeil. De plus, les médicaments utilisés pour traiter le TDAH peuvent accroître ces problèmes.
- De nombreux patients atteints de TDAH prennent de la mélatonine pour atténuer leurs problèmes de sommeil, même si nombre très limité d'études a démontré son efficacité.

Analyse des données (Cummings, 2012) :

- Une étude a évalué l'efficacité de l'hygiène du sommeil et de la mélatonine dans un groupe de 27 enfants de 6 à 14 ans ayant un TDAH. Les participants qui prenaient des stimulants présentaient une insomnie définie par une latence de sommeil d'au moins 60 minutes. Tous les enfants ont reçu une intervention liée à l'hygiène du sommeil. Cinq enfants ont réagi par un passage à un délai d'endormissement de moins de 60 minutes. Les « non-répondants » ont ensuite participé à un essai transversal à double insu de 30 jours à l'aide de 5 mg de mélatonine durant lequel on a pu constater une diminution du délai moyen avant l'endormissement, passant de 91 minutes à 31 minutes.
- Une étude similaire a évalué l'effet d'un traitement à la mélatonine chez 105 enfants de 6 à 12 ans ayant un TDAH et faisant de l'insomnie liée à l'endormissement. Dans ce cas, les participants ne prenaient pas de stimulants au moment de l'étude. Ils ont reçu 3 mg ou 6 mg de mélatonine (selon leur poids) ou un placebo pendant quatre semaines. Par rapport au temps d'endormissement de base mesuré pendant 1 semaine avant l'étude, on a constaté une accélération moyenne de l'endormissement de 44 minutes dans le groupe traité et un délai supplémentaire de 12 minutes dans le groupe prenant un placebo. La durée totale du sommeil était également plus longue dans le groupe traité. On a constaté des effets indésirables comme des céphalées, des étourdissements et des douleurs abdominales dans le groupe prenant de la mélatonine. Aucun de ces problèmes n'a toutefois entraîné un traitement pharmacologique ou un retrait de l'étude.
- Une étude sur l'utilisation prolongée de mélatonine (moyenne de 3,7 ans) chez les enfants et les adolescents ayant un TDAH et une insomnie avec retard de phase n'a révélé aucun problème d'innocuité. L'arrêt de la mélatonine se traduisait généralement par une rechute de l'insomnie d'endormissement et par la reprise du traitement. Plus de données restent nécessaires.

Posologie :

- Aucune ligne directrice claire quant à la posologie. Les doses efficaces varient d'une étude à l'autre.
- Elle doit être administrée de 30 à 60 minutes avant le coucher.
- Des doses selon les âges sont généralement trouvées dans les références bien que le poids puissent être à considérer.
- La Société canadienne de pédiatrie recommande :
 - 1 mg de mélatonine chez les nourrissons.
 - 2,5 à 3 mg chez les enfants plus âgés jusqu'à 12 ans.
 - 5 mg chez les adolescents à partir de 13 ans.
- La sleep foundation quant à elle recommande :

<https://www.sleepfoundation.org/melatonin/melatonin-dosage-how-much-should-you-take>

- 1 à 2 mg pour 3 à 5 ans
- 2 à 3 mg pour 6 à 12 ans
- 5 mg à partir de 13 ans
- Produits disponibles pour faciliter la prise chez les enfants :
 - Mélatonine sous forme de liquide 3 mg/1 mL (dose pouvant facilement être ajustée).
 - S'assurer que le produit ne contient que de la mélatonine ; certains peuvent contenir d'autres ingrédients comme la valériane.
 - Par exemple, la mélatonine liquide de la marque Adrien Gagnon contient seulement de la mélatonine.
 - Mélatonine gélifiée (gummies) 2,5 mg : possibilité de couper les gélules pour débiter avec de plus faibles doses.

Conclusion :

- La mélatonine serait efficace pour diminuer le temps d'endormissement selon plusieurs essais randomisés contrôlés. Peu d'information semble disponible sur le potentiel de dépendance physique par rapport à un usage prolongé de mélatonine.
- Selon la CADDRA, en raison des données probantes limitées et du fait que les interventions comportementales se sont révélées efficaces, les interventions comportementales pour le sommeil constituent le traitement de première intention chez les personnes atteintes de TDAH.

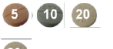
Exemples d'interventions comportementales pour améliorer le sommeil :

- Éviter la sieste durant la journée.
- Le souper doit avoir lieu au moins 2 heures avant d'aller au lit.
- Il faut mettre fin au temps passé devant un écran (p. ex. regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo ou sur ordinateur, usage des réseaux sociaux) au moins une heure avant d'aller au lit.
- Il faut maintenir une routine avant d'aller au lit: se coucher et se lever aux mêmes heures chaque jour (incluant la fin de semaine).
- Les enfants doivent dormir dans leur propre lit.
- L'environnement propice au sommeil doit être sombre et silencieux; et la pièce ne doit pas être surchauffée.
- Chez l'adulte : éviter la caféine (certains patients étant plus sensibles que d'autres), la nicotine et l'alcool.

Traitements

Tableau des molécules

Source : Canadian ADHD Ressource Alliance (CADDRA). Guide CADDRA pour les traitements pharmacologiques du TDAH au Canada - Novembre 2022. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2022 [cité le 9 novembre 2022]. Disponible : <https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/Nov-2022-Medication-laminate-1.pdf>

GUIDE CADDRA POUR LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DU TDAH AU CANADA - NOVEMBRE 2022							
Type de molécules et illustration			Mode de libération	Durée d'action ¹	Posologie de départ ²	Mode de libération immédiate/ prolongée (%)	Augmentation de la dose selon la monographie de produit ³
PSYCHOSTIMULANTS À BASE D'AMPHÉTAMINES							
Première intention	Adderall XR [*]	Capsules 5, 10, 15, 20, 25, 30 mg 	Granules saupoudrables	~12 h	5-10 mg die a.m.	50/50	▲5-10 mg par palier de 7 j Dose max/j: Enfant = 30 mg Adolescent et adulte = 20-30 mg
Première intention	Vyvanse [*]	Gélules 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70 ⁴ mg  Comprimés à croquer 10, 20, 30, 40, 50, 60 mg 	Contenu des gélules peut être dissout dans un liquide ou saupoudré Les comprimés à croquer doivent être croqués complètement	~13-14 h	20 - 30 mg die a.m.	Sans objet (promédicament)	▲10-20 mg selon discrétion du md par palier de 7 j Dose max/j: Tous âges = 60 mg
Deuxième intention	Dexedrine [*]	Comprimés 5 mg 	Comprimé sécable	~4 h	Comprimé = 2,5-5 mg b.i.d.	100/0	▲5 mg par palier de 7 j Dose max/j: (die ou b.i.d.) Enfant et adolescent = 20-30 mg Adulte = 50 mg
		Spansules 10, 15 mg 	Formulation à granules	~6-8 h	Spansule = 10 mg die a.m.	50/50	
PSYCHOSTIMULANTS À BASE DE MÉTHYLPHÉNIDATE							
Première intention	Biphentin [*]	Capsules 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60, 80 mg 	Granules saupoudrables	~10-12 h	10 - 20 mg die a.m.	40/60	▲10 mg par palier de 7 j Dose max/j: Enfant et adolescent = 60 mg Adulte = 80 mg
Première intention	Concerta [*]	Comprimés à libération prolongée 18, 27, 36, 54 mg 	Mode de libération contrôlée par la pression osmotique (OROS [®])	~12 h	18 mg die a.m.	22/78	▲18 mg par palier de 7 j Dose max/j: Enfant et adolescent = 54 mg Adulte = 72 mg
Première intention	Foquest [*]	Capsules 25, 35, 45, 55, 70, 85, 100 mg 	Granules saupoudrables	~13-16 h	25 mg die a.m.	20/80	▲10-15 mg par palier d'au moins 5 j Dose max/j: Enfant et adolescent = 70 mg Adulte = 100 mg
Deuxième intention	Méthylphénidate courte action	Comprimés 5 mg (générique) 10, 20 mg (Ritalin [®]) 	Comprimé sécable	~3-4 h	5 mg b.i.d. à t.i.d.	100/0	▲5mg par palier de 7 j Dose max/j: Tous âges = 60 mg
	Ritalin [®] SR	Comprimés 20 mg 	Matrice à base de cire	~8 h	Adulte: 20 mg die	100/0	
NON PSYCHOSTIMULANT — INHIBITEUR SÉLECTIF DU RECAPTAGE DE LA NORADRÉNALINE							
Deuxième intention	Strattera [*] (atomoxétine)	Capsules 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg 	Capsule doit être avalée entière pour réduire les effets secondaires GI	Jusqu'à 24 h	Enfant et adolescent: 0,5 mg/kg/j Adulte = 40 mg die x 7 à 14 j	Sans objet	Maintenir dose au moins 7-14 j avant d'ajuster: Enfant = 0,8 puis 1,2 mg/kg/j 70 kg ou adulte = 60 puis 80 mg/j Dose max/j: 1,4 mg/kg/j ou 100 mg
NON PSYCHOSTIMULANT — AGONISTE SÉLECTIF DES RÉCEPTEURS ALPHA-2A ADRÉNERGIQUES							
Deuxième intention	Intuniv XR [*] (guanfacine XR)	Comprimés à libération prolongée 1, 2, 3, 4 mg 	Comprimé doit être avalé entier pour conserver le mécanisme de libération intact	Jusqu'à 24 h	1 mg die (matin ou en soirée)	Sans objet	Maintenir dose pour au moins 7 j avant d'ajuster par palier ne dépassant pas 1 mg/semaine Dose max/j : Monothérapie: 6-12 ans = 4 mg, 13-17 ans = 7 mg En traitement d'appoint avec un psychostimulant : 6-17 ans = 4 mg

Psychostimulants à base d'amphétamine (AMP)

Contre-indications ¹	Précautions ¹	Effets indésirables ¹		Interactions ^{1, 3}		À surveiller ¹
IMAO (jusqu'à 14 jours après l'arrêt du traitement) Glaucome à angle fermé Hyperthyroïdie non traitée HTA modérée à grave Phéochromocytome Maladie cardiovasculaire symptomatique Antécédents de manie ou de psychose	ATCD de toxicomanie Anxiété (<i>bienfaits pour traiter le TDAH supplantent souvent le risque</i>) Insuffisance rénale Tics (<i>peut quand même être indiqué si le dysfonctionnement lié au TDAH concomitant est suffisamment important, seront donc souvent combinés à d'autres médicaments ciblant les tics</i>) Épilepsie Vasculopathie périphérique (y compris syndrome de Raynaud)	Augmentation TA et FC Suppression de l'appétit Constipation/diarrhée Sécheresse buccale Troubles GI Nausées/vomissements Anxiété Étourdissements	Dysphorie/irritabilité Maux de tête Insomnie en début de nuit Somnolence Effet rebond Tics Diminution du poids Dysfonction sexuelle (rare) Réactions cutanées	Agents acidifiants (ex.: jus de fruits, acide ascorbique) : Peut ↓ absorption de l'AMP, ↑ excrétion de l'AMP et ↓ concentrations plasmatiques de l'AMP. → Surveiller la réponse au traitement à l'AMP ¹ . Agents alcalinisants (ex.: bicarbonate de soude) : Peut ↑ absorption de l'AMP, ↓ excrétion de l'AMP et ↑ la demi-vie de l'AMP. → Envisager d'autres options ou surveiller la présence d'un effet excessif de l'AMP ¹ . Analgésiques opioïdes (ex.: mépéridine, codéine) : Peut ↑ effet analgésique ¹ . IMAO et IRMA (ex.: phénelzine, moclobémide) : ↑ concentrations de la noradrénaline, ce qui peut entraîner une crise hypertensive. ✖ AMP contre-indiqué pendant jusqu'à 14 jours après l'arrêt ¹ .	ISRS et IRSN (ex.: paroxétine, venlafaxine) : Peut ↑ concentrations plasmatiques des amphétamines via inhibition du CYP2D6 et ↑ risque de syndrome sérotoninergique ³ . Antidépresseurs tricycliques (ex.: amitriptyline) : Peut ↑ effet stimulant et cardiovasculaire de l'AMP. → Surveiller l'effet stimulant de l'AMP ¹ . Agonistes alpha ₂ et bêtabloquants (ex.: clonidine, propranolol) : Peut ↓ effet hypotensif de l'antihypertenseur ¹ . Antipsychotiques (ex.: chlorpromazine, fluphénazine) : Peut ↓ effet de l'AMP ¹ . Décongestionnants (ex.: éphédrine, pseudoéphédrine) : Peut ↑ effet hypertenseur et tachycardique du décongestionnant ¹ . Linézolide : Peut ↑ effet hypertensif de l'AMP. ✖ Éviter ¹ .	TA et FC Priapisme Retard de croissance Vasculopathie périphérique (y compris syndrome de Raynaud)

Molécules	Paramètres pharmacocinétiques ^{1, 2, 3, 5, 8}	Posologie chez l'ENFANT (6-12 ans) ¹	Posologie chez l'ADOLESCENT (13-17 ans ou pesant > 40 kg) ¹	Posologie chez l'ADULTE (≥ 18 ans) ¹	Particularités ¹	Couverture RAMQ ²
Psychostimulants à base d'amphétamine à longue durée d'action						
Adderall XR Sels mixtes d'amphétamine	Ratio libération immédiate/libération prolongée : 50/50 ¹ . Délai d'action : 0,5-2 heures ² . 2 ^e pic d'action : après environ 7 heures ² . Durée d'action : 12 heures ¹ . Formulation : Gélule à libération prolongée avec système de libération de granules ¹ .	Dose initiale : 5-10 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 5-10 mg Selon CADDRA : ↑ 5 mg Dose totale maximale par jour : 30 mg	Dose initiale : 5-10 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 5-10 mg Selon CADDRA : ↑ 5 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 20-30 mg Selon CADDRA : 50 mg	Dose initiale : 10 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 10 mg Selon CADDRA : ↑ 5 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 20-30 mg Selon CADDRA : 50 mg	Gélules peuvent être ouvertes afin d'en saupoudrer le contenu sur de la compote de pommes. Ne pas mâcher ni écraser les granules. Biodisponibilité du produit peut être altérée par les changements de pH dans le tractus GI (ex.: suivant la prise d'antiacides).	Code SN280 pour les personnes avec un TDAH.
Vyvanse Lisdexamfétamine	Délai d'action : 1-2 heures ⁸ . Pic d'action ³ : Capsules : 3,5 à 3,8 heures. Comprimés croquables : 3,9 à 4,4 heures. Durée d'action : 13 heures chez les enfants et 14 heures chez les adultes ¹ . Formulation : Système de libération graduelle (promédicament métabolisé en dextroamphétamine [métabolite actif] et L-lysine [métabolite inactif] par des peptidases des globules rouges) ¹ .	Dose initiale : 20-30 mg die AM (ou moins) Ajustement posologique (q 7 jours) : ↑ 10-20 mg Dose totale maximale par jour : 60 mg	Dose initiale : 20-30 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : À la discrétion du clinicien. Selon CADDRA : ↑ 10 mg Dose totale maximale par jour* : Selon monographie : 60 mg Selon CADDRA : 70 mg *Aux États-Unis, la FDA a approuvé les doses de Vyvanse jusqu'à 70 mg pour le TDAH. Au Canada, la dose de 70 mg est approuvée pour l'hyperphagie boulimique.		Gélules peuvent être ouvertes et leur contenu vidé dans du yogourt ou dans un verre d'eau ou de jus d'orange. Les gélules et les comprimés à croquer sont bioéquivalents et peuvent être remplacés unité pour unité. Comprimés à croquer : Il faut bien les mastiquer avant de les avaler. Risque d'abus réduit en raison de son système de libération (promédicament).	Capsules : code SN280 pour les personnes avec un TDAH. Comprimés croquables : non couverts.

Psychostimulants à base d'amphétamine à courte durée d'action						
Dexedrine Dextro-amphétamine	Délai d'action : 0,5-2 heures ² . Pic d'action : 3 heures ³ . Durée d'action : 4 heures ¹ . Formulation : Comprimés à libération immédiate ¹ . Ratio libération immédiate/libération prolongée : 100/0 ¹ .	Dose initiale : 2,5-5 mg BID Ajustement posologique (q 7 jours) : ↑ 2,5-5 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 40 mg Selon CADDRA : 20 mg	Dose initiale : 2,5-5 mg BID Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 5 mg Selon CADDRA : ↑ 2,5-5 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 40 mg Selon CADDRA : 30 mg	Dose initiale : 2,5-5 mg BID Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 5 mg Selon CADDRA : ↑ 2,5-5 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 40 mg Selon CADDRA : 50 mg	Un seul comprimé disponible de 5 mg. On peut le couper en deux pour ajuster la dose, mais ne doit pas être écrasé.	Couvert
Dexedrine Spansule Dextro-amphétamine	Délai d'action : 0,5-2 heures ² . Pic d'action : 7 heures ⁵ . Durée d'action : 6-8 heures ¹ . Formulation : Capsules à libération intermédiaire ¹ . Ratio libération immédiate/libération prolongée : 50/50 ¹ .	Dose initiale : 10 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : ↑ 5 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 40 mg Selon CADDRA : 30 mg	Dose initiale : 10 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 5 mg Selon CADDRA : ↑ 2,5-5 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 40 mg Selon CADDRA : 30 mg	Dose initiale : 10 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 5 mg Selon CADDRA : ↑ 2,5-5 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 40 mg Selon CADDRA : 50 mg	Les capsules peuvent être ouvertes et leur contenu saupoudré sur de la nourriture molle (yogourt, compote), ne pas croquer les granules.. Disponibles en capsules de 10 ou 15 mg.	Couvert

Psychostimulants à base de méthylphénidate (MPH)

Contre-indications ¹	Précautions ¹	Effets indésirables ¹		Interactions ¹		À surveiller ¹
IMAO (jusqu'à 14 jours après l'arrêt du traitement) Glaucome à angle fermé Hyperthyroïdie non traitée HTA modérée à grave Phéochromocytome Maladie cardiovasculaire symptomatique Antécédents de manie ou de psychose	ATCD de toxicomanie Anxiété (<i>bienfaits pour traiter le TDAH supplantent souvent le risque</i>) Insuffisance rénale Tics (<i>peut quand même être indiqué si le dysfonctionnement lié au TDAH concomitant est suffisamment important, seront donc souvent combinés à d'autres médicaments ciblant les tics</i>) Épilepsie Vasculopathie périphérique (y compris syndrome de Raynaud)	Augmentation de la TA et de la FC Suppression de l'appétit Constipation/diarrhée Sécheresse buccale Troubles GI Nausées/vomissements Anxiété Étourdissements	Dysphorie/irritabilité Maux de tête Insomnie en début de nuit Somnolence Effet rebond Tics Diminution du poids Dysfonction sexuelle (rare) Réactions cutanées	ISRS et IRSN (ex.: paroxétine, venlafaxine) : Peut ↑ effets indésirables/toxiques des ISRS et ↑ risque de syndrome sérotoninergique. Antidépresseurs tricycliques (ex.: amitriptyline) : Peut ↑ concentrations sériques et effets indésirables/toxiques des antidépresseurs tricycliques. Agonistes alpha ₂ (clonidine) : Peut ↑ effet indésirables/toxiques de la clonidine. Anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoïne, primidone) : Peut ↑ concentrations sériques des anticonvulsivants.	Décongestionnants (ex.: éphédrine, pseudoéphédrine) : Peut ↑ effet hypertenseur et tachycardique du décongestionnant. Linézolide : Peut ↑ effet hypertensif du MPH. ✖ Éviter. Warfarine : Peut ↑ concentrations sériques de la warfarine. IMAO et IRMA (ex.: phénelzine, moclobémide) : ↑ concentrations de la noradrénaline, ce qui peut entraîner une crise hypertensive. ✖ MPH contre-indiqué pendant jusqu'à 14 jours après l'arrêt.	TA et FC Priapisme Retard de croissance Vasculopathie périphérique (y compris syndrome de Raynaud)

Molécules	Paramètres pharmacocinétiques ^{1, 2, 6, 7}	Posologie chez l'ENFANT (6-12 ans) ¹	Posologie chez l'ADOLESCENT (13-17 ans ou pesant > 40 kg) ¹	Posologie chez l'ADULTE (≥ 18 ans) ¹	Particularités ¹	Couverture RAMQ ²
Psychostimulants à base de méthylphénidate à longue durée d'action						
Biphentin Méthylphénidate	Délai d'action : 0,5-2 heures². Pic d'action : 2 heures (pic initial)² ; 5 à 10h (2e pic)⁶ Durée d'action : 10-12 heures¹. Formulation : Granules multicouches¹. Ratio libération immédiate/libération prolongée : 40/60¹.	Dose initiale : 10-20 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 10 mg Selon CADDRA : ↑ 5-10 mg Dose totale maximale par jour : 60 mg	Dose initiale : 10-20 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 10 mg Selon CADDRA : ↑ 5-10 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 80 mg Selon CADDRA : 80 mg		Ouvrir capsule afin d'en saupoudrer le contenu entier sur de la compote de pommes, de la crème glacée ou du yogourt. Ne pas mâcher ni écraser les granules.	Code SN280 pour les personnes avec un TDAH.
Concerta Méthylphénidate	Délai d'action : 0,5-2 heures². Pic d'action : 1h (1er pic)⁷ puis 6-10 heures (2e pic)². Durée d'action : environ 12 heures¹. Formulation : Comprimés de technologie OROS¹. (voir autre section pour comparaison avec génériques) Ratio libération immédiate/libération prolongée : 22/78¹.	Dose initiale : 18 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 18 mg Selon CADDRA : ↑ 9-18 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 54 mg Selon CADDRA : 72 mg	Dose initiale : 18 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 18 mg Selon CADDRA : ↑ 9-18 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 54 mg Selon CADDRA : 90 mg	Dose initiale : 18 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 18 mg Selon CADDRA : 9-18 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 72 mg Selon CADDRA : 108 mg	Comprimés doivent être avalés entiers. Biodisponibilité peut être altérée par le temps de transit GI. Risque d'abus réduit en raison de la technologie OROS.	Code SN280 pour les personnes avec un TDAH.

Foquest Méthylphénidate	Délai d'action : 1 heure². Pic d'action : 1-2 heures (pic initial) puis 12,5 heures (2^e pic)². Durée d'action : 16 heures¹. Formulation : Granules multicouches¹. Ratio libération immédiate/libération prolongée : 20/80¹.	Dose initiale : 25 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : ↑ 10-15 mg Dose totale maximale par jour : 70 mg (approuvé par Santé Canada mais rappel de la durée de 16h)	Dose initiale : 25 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : ↑ 10-15 mg Dose totale maximale par jour : 70 mg	Dose initiale : 25 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : ↑ 10-15 mg Dose totale maximale par jour : 100 mg	Ouvrir capsule afin d'en saupoudrer le contenu entier sur de la compote de pommes, de la crème glacée ou du yogourt. Les granules ne doivent jamais être écrasées ou mâchées.	Non couvert.
Psychostimulants à base de méthylphénidate à courte durée d'action						
Ritalin Méthylphénidate	Délai d'action : 0,5-2 heures². Pic d'action : 1-2 heures². Durée d'action : 3-4 heures¹. Formulation : Comprimés à libération immédiate¹. Ratio libération immédiate/libération prolongée : 100/0¹.	Dose initiale : 5 mg BID-TID Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 5-10 mg Selon CADDRA : ↑ 5 mg Dose totale maximale par jour : 60 mg		Dose initiale : 5 mg BID-TID (envisager QID) Ajustement posologique (q 7 jours) : Selon monographie : ↑ 5-10 mg Selon CADDRA : 5 mg Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 60 mg Selon CADDRA : 100 mg	Disponible en comprimés de 5, 10 et 20 mg. Les comprimés de 5 mg sont seulement disponibles dans les marques génériques. Peuvent être coupés en deux pour ajuster la dose. Ne doivent pas être écrasés.	Génériques couverts.
Ritalin SR Méthylphénidate	Délai d'action : 0,5-2 heures². Pic d'action : 3-4 heures². Durée d'action : 5-6 heures¹. Formulation : Comprimés à libération intermédiaire possède matrice de cire qui entraîne parfois une libération inégale de médicament et, par conséquent, des effets	Dose initiale : 20 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : ↑ 20 mg Dose totale maximale par jour : 60 mg	Dose initiale : 20 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : ↑ 20 mg (ajouter une dose l'après-midi à 14 h). Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 60 mg Selon CADDRA : 80 mg	Dose initiale : 20 mg die AM Ajustement posologique (q 7 jours) : ↑ 20 mg (ajouter une dose l'après-midi à 14 h). Dose totale maximale par jour : Selon monographie : 60 mg Selon CADDRA : 100 mg	Comprimés doivent être avalés entiers. Uniquement disponible en comprimés de 20 mg.	Couvert.

	inconstants ¹ .				
--	----------------------------	--	--	--	--

Agoniste sélectif des récepteurs α_{2a}

Contre-indications ¹	Précautions ¹	Effets indésirables ¹		Interactions ¹		À surveiller ¹
IMAO (jusqu'à 14 jours après l'arrêt du traitement) Glaucome à angle fermé Hyperthyroïdie non traitée HTA modérée à grave Phéochromocytome Maladie cardiovasculaire symptomatique Troubles cardiovasculaires graves Artériosclérose avancée	Asthme (<i>peut être utilisée en association avec des agonistes β_2 en inhalation, mais doit être utilisé avec prudence si agonistes β_2 oraux ou intraveineux</i>) Métaboliseurs lents du CYP2D6 (<i>substrat du CYP2D6</i>) Vasculopathie périphérique (y compris syndrome de Raynaud)	Diminution TA et FC Augmentation TA FC lors de l'arrêt brusque Suppression de l'appétit (incidence faible) Constipation/diarrhée Sécheresse buccale Troubles GI (cas de douleur abdominale supérieure signalés) Énurésie	Somnolence Insomnie en début de nuit (incidence faible) Nausées/vomissements Anxiété (incidence faible) Dysphorie/irritabilité (rare) Maux de tête Réactions cutanées (incidence faible)	Anticonvulsivants (ex.: phénobarbital, phénytoïne) : Peut ↓ concentrations sériques de la GXR en induisant le CYP3A4. Peut ↑ concentrations sériques de l'acide valproïque. Bêtabloquants (ex.: propranolol) : Peut ↑ effet de bloc AV du BB, peut ↑ effet hypertenseur de rebond de la GXR lorsque cessé abruptement. Antipsychotiques (ex.: chlorpromazine), domperidone, autres agents prolongeant l'intervalle QTc (ex.: quinidine, quétiapine, citalopram, atomoxétine) : peut ↑ intervalle QTc. → Combinaison non recommandée.	Inhibiteurs du CYP3A4 (ex.: pamplemousse, ritonavir, fluconazole) : Peut ↑ concentrations sériques de la GXR. Inducteurs du CYP3A4 (ex.: rifampine) : Peut ↓ concentrations sériques de la GXR. ISRS (ex.: paroxétine) : Peut ↑ effets indésirables/toxiques de l'ISRS, dont le trouble psychomoteur. Dépresseurs du SNC (ex.: alcool, sédatifs, hypnotiques, barbituriques, antipsychotiques) : peut ↑ sédation et somnolence.	Priapisme et rétention urinaire Signes et symptômes de lésion hépatique Retard de croissance Vasculopathie périphérique (y compris syndrome de Raynaud)

Molécule	Paramètres pharmacocinétiques ^{1, 2, 3, 4}	Posologie chez l'ENFANT (6-12 ans) ¹	Posologie chez l'ADOLESCENT (13-17 ans ou pesant > 40 kg) ¹	Posologie chez l'ADULTE (≥ 18 ans) ¹	Particularités ¹	Couverture RAMQ ²
Guanfacine (Intuniv XR)	Délai d'action : 1-2 semaines ² Pic d'action : Enfants : 5 heures ³ . Adultes : 6 heures ³ . Durée d'action : Jusqu'à 24 heures ¹ . Formulation : Comprimés à libération prolongée ⁴ .	Dose initiale : 1 mg Ajustement posologique : ↑ 1 mg q 7-14 jours Dose totale maximale par jour : En monothérapie : 4 mg En thérapie d'appoint : 4 mg	Dose initiale : 1 mg Ajustement posologique : ↑ 1 mg q 7-14 jours Dose totale maximale par jour : En monothérapie : 7 mg En thérapie d'appoint : 4 mg	Utilisation non approuvée chez les patients âgés de plus de 17 ans ; doit être supervisée par un professionnel spécialisé dans le traitement du TDAH.	Doit être avalé entier, ne pas couper. Ne pas administrer avec des repas riches en matières grasses (augmentation exposition) Éviter pamplemousse (augmente exposition) Aucun risque d'abus connu.	Médicament d'exception <i>En association avec un psychostimulant chez les enfants et adolescents avec mauvais contrôle du TDAH avec AMP ou MPH dose optimale.</i>

	Substrat du CYP3A4.					
--	---------------------	--	--	--	--	--

Agoniste α_2 -adrénergique

Contre-indications ¹	Précautions ²	Effets indésirables ²		Interactions ²		À surveiller ¹
Incapacité du patient à prendre ses doses quotidiennes sur une base régulière ou incapacité des parents à assurer la prise de celles-ci.	Insuffisance rénale Bradycardie	Somnolence Hypotension Étourdissements Faiblesse Bradycardie Constipation	Sécheresse de la bouche Insomnie Sécheresse oculaire Arythmies (rare)	Bêtabloquants : Peut ↑ risque d'hypertension rebond à l'arrêt de la clonidine.	Antidépresseurs tricycliques: Peut ↓ effets de la clonidine et causer hypertension sévère.	Somnolence et sédation TA et FC, Intervalle QTc

Molécule	Paramètres pharmacocinétiques ³	Posologie chez l'ENFANT (6-12 ans) ²	Posologie chez l'ADOLESCENT (13-17 ans ou pesant > 40 kg) ²	Posologie chez l'ADULTE (≥ 18 ans) ⁴	Particularités ²	Couverture RAMQ ²
Clonidine (Catapres)	Délai d'action : 30-60 minutes. Pic d'action : 2-4 heures. Formulation : Comprimés à libération immédiate.	0,05-0,4 mg/jour PO en doses divisées (généralement BID).		Pas d'indication chez les adultes.	Usage hors-indication au Canada Réduction graduelle de la dose. Crise hypertensive possible si arrêt brusque. Le risque est augmenté par les bêta-bloquants.	Comprimés de 0,1 et 0,2 mg couverts.

Inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline

Contre-indications ¹	Précautions ¹	Effets indésirables ¹		Interactions ¹		À surveiller ²
Incapacité du patient à prendre ses doses quotidiennes sur une base régulière.	Insuffisance hépatique Insuffisance rénale	Somnolence Insomnie en début de nuit (observée chez les adultes) Dysphorie/irritabilité Maux de tête Augmentation de la TA et de la FC Suppression de l'appétit Constipation/diarrhée	Sécheresse buccale Troubles GI Nausées/vomissements Anxiété Tics (rares) Diminution du poids Dysfonction sexuelle Réactions cutanées	Inhibiteurs du CYP2D6 (ex.: Antidépresseurs tricycliques, terbinafine, ritonavir, mirabégron, bupropion, paroxétine, quinidine) : Peut ↑ concentrations sériques de l'ATX. Si prise d'ATX et instauration d'un inhibiteur du CYP2D6, la dose d'ATX pourrait devoir être diminuée ; surveiller l'effet de l'ATX. Salbutamol par voie orale ou i.v. : Peut ↑ effet tachycardique du salbutamol.	Décongestionnants (ex.: éphédrine, pseudoéphédrine) : Peut ↑ effet hypertensif et tachycardique du décongestionnant. Agents prolongeant l'intervalle QTc (ex.: quinidine, quétiapine, citalopram, guanfacine) : Peut ↑ intervalle QTc. IMAO/IRMA ; linézoline : Peut ↑ effet neurotoxique de l'ATX. ✗ Contre-indiqué	Somnolence et sédation, TA et FC Intervalle QTc (à surveiller si une condition ou un autre médicament augmente le risque de prolongation) Humeur et comportements (risque de manifestations de type suicidaire)

Molécule	Paramètres pharmacocinétiques ^{1, 2, 3}	Posologie chez l'ENFANT (6-12 ans) ¹	Posologie chez l'ADOLESCENT (13-17 ans ou pesant > 40 kg) ¹	Posologie chez l'ADULTE (≥ 18 ans) ¹	Particularités ¹	Couverture RAMQ ²
Atomoxétine (Strattera)	Délai d'action : 4 semaines (jusqu'à 12 semaines) ¹ . Pic d'action : 1-2 heures ³ . Durée d'action : Jusqu'à 24 heures ¹ . Formulation : Capsules à libération continue ² . Substrat du CYP2D6.	Dose initiale : 0,5 mg/kg/jour. Ajustement posologique : Ajuster la posologie q 7-14 jours ; à 0,8 mg/kg/jour, puis à 1,2 mg/kg/jour. Dose totale maximale par jour : 1,4 mg/kg/jour ou 60 mg/jour (dose la moins élevée des deux).	Dose initiale : 0,5 mg/kg/jour. Ajustement posologique : Ajuster la posologie q 7-14 jours ; à 0,8 mg/kg/jour, puis à 1,2 mg/kg/jour. Dose totale maximale par jour : 1,4 mg/kg/jour ou 100 mg/jour (dose la moins élevée des deux).	Dose initiale : 40 mg die. Ajustement posologique : Ajuster la posologie q 7-14 jours ; à 60 mg puis à 80 mg/jour. Dose totale maximale par jour : 1,4 mg/kg/jour ou 100 mg/jour (dose la moins élevée des deux).	Aucun risque d'abus connu. Peut être administré DIE ou BID (Prise BID peut réduire les effets secondaires). Capsules doivent être avalées entières (si ouvert peut causer nausées et troubles d'estomac). Le contenu est un irritant oculaire : rincer les yeux STAT.	Médicament d'exception (lorsque mauvais contrôle avec AMP ou MPH en monothérapies OU si contre-indication à cette classe).

Inhibiteur du recaptage de la norépinéphrine et de la dopamine

Contre-indications ²	Précautions ²	Effets indésirables ²		Interactions ²		À surveiller ²
Conditions qui augmentent le risque de convulsions : Histoire active ou ATCD de convulsions Anorexie ; Boulimie Arrêt brusque de la consommation d'alcool, de benzodiazépines, de barbituriques ou d'antiépileptiques Toute autre condition prédisposant aux convulsions (AVC, traumatisme crânien, etc)	Alcoolisme HTA/MCAS mal contrôlé Glaucome non contrôlé Hypertension oculaire Hyponatrémie Insuffisance hépatique Insuffisance rénale Maladie bipolaire - manie Trouble de l'usage d'une substance	Sécheresse de la bouche Anxiété Céphalées Constipation	Étourdissements Insomnie Tremblements Perte de poids Convulsions (rare)	Substrats du CYP2D6 (ex.: aripiprazole, atomoxétine, antidépresseurs tricycliques, dextrométhorphan, certains antipsychotiques, métoclopramide, certains arythmiques, certains bêtabloquants, etc.) : Peut ↑ concentrations plasmatiques des substrats du CYP2D6 via inhibition légère du CYP2D6 (pas toujours cliniquement significatif).	Clopidogrel/ticlopidine : Peut ↑ concentrations plasmatiques et effets du bupropion via inhibition de son métabolisme par CYP2B6. Codéine : Peut ↓ effets de la codéine via inhibition de la conversion de la codéine en son métabolite actif par le CYP2D6. IMAO/IRMA ; Linézolide : Peut ↑ risque de crise hypertensive. ✖ Contre-indiqué.	TA et FC Poids Changements dans l'humeur et les comportements

Molécule	Paramètres pharmacocinétiques ^{2, 3, 4}		Posologie chez l'ENFANT (6-12 ans) ^{2, 11}	Posologie chez l'ADOLESCENT (13-17 ans ou pesant > 40 kg) ²	Posologie chez l'ADULTE (≥ 18 ans) ²	Particularités ^{1, 9}	Couverture RAMQ ²
Bupropion (Wellbutrin)	Délai d'action : 2 semaines ² .		Données limitées.		100-450 mg/jour.	Pas de risque d'abus ¹ .	Couvert
	Pic d'action : SR : 3 heures ³ . XL : 5 heures ³ .	Durée d'action : SR : 8-12 heures ⁴ . XL : 24 heures ⁴ .	Enfants ≥ 6 ans : Dose initiale : 3 mg/kg/jour (max. 150 mg/jour). Dose maximale : 6 mg/kg/jour (max. 300 mg/jour et 150 mg/dose).			Comprimés XL : ne peuvent pas être coupés ou écrasés ⁹ . Comprimés SR : Comprimé matriciel donc en théorie sécable (en deux), mais ne peuvent pas être écrasés ⁹ .	

Antidépresseur tricyclique

Contre-indications ²	Précautions ²	Effets indésirables ²		Interactions ²		À surveiller ²
Intervalle QT allongé Infarctus du myocarde récent Insuffisance cardiaque congestive aiguë Antécédents de dyscrasie sanguine Lésions hépatiques ou rénales Glaucome à angle fermé	Convulsions (<i>les antidépresseurs tricycliques peuvent abaisser le seuil convulsif</i>) Glaucome à angle étroit Hypertension oculaire Hyperthyroïdie Hypertrophie de la prostate Insuffisance hépatique Insuffisance rénale Maladie bipolaire Maladies cardiovasculaires Phéochromocytome Psychose, schizophrénie Rétention urinaire	Bouffées de chaleur Somnolence Sécheresse de la bouche Constipation Étourdissements Gain de poids Nausées	Palpitations Sudation accrue Syncope Tremblements Confusion Goût désagréable Hypotension orthostatique	Inhibiteurs du CYP2D6 (ex.: fluoxétine, paroxétine) : Peut ↑ concentrations plasmatiques de l'imipramine via inhibition du CYP2D6. Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (ex.: donépézil, rivastigmine) : antagonisme d'action avec agents anticholinergiques comme l'imipramine.	AINS, ASA et warfarine : Peut ↑ risque de saignements GI. Acide valproïque/divalproex : Peut ↑ effets indésirables de l'imipramine via mécanisme inconnu. IMAO/IRMA et linéolide : Peut ↑ risque de crise hypertensive. ✘ Contre-indiqué jusqu'à 14 jours précédant ou suivant un traitement avec IMAO/IRMA.	TA et FC Idées suicidaires Poids ECG (QTc)

Molécule	Paramètres pharmacocinétiques ^{2,4}	Posologie chez l'ENFANT (6-12 ans) ^{2,10}	Posologie chez l'ADOLESCENT (13-17 ans ou pesant > 40 kg) ^{2,10}	Posologie chez l'ADULTE (≥ 18 ans) ⁴	Particularités ²	Couverture RAMQ ²
Imipramine (Tofranil)	Délai d'action : 2-3 semaines ² . Durée d'action : 8-12 heures ⁴ . Formulation : Comprimés à libération immédiate ⁴ .	Dose initiale : 0,5 à 1 mg/kg/jour, préférablement en doses divisées. Dose maximale : 4 mg/kg/jour ou 200 mg/jour. Surveiller les concentrations plasmatiques pour les doses > 2 mg/kg/jour (cible ≤ 200 nanogrammes/mL). La monographie du fabricant met en garde contre l'utilisation de doses supérieures à 2,5 mg/kg/jour chez les enfants. La KIDs List recommande d'utiliser avec prudence chez les enfants en raison de cas rapportés de morts subites cardiaques ¹⁰ .		Pas d'indication chez les adultes.	Doit être sevré pour éviter symptômes liés à l'interruption du traitement par les antidépresseurs.	Couvert

Stimulant du système nerveux central

Contre-indications ²	Précautions ²	Effets indésirables ²		Interactions ²		À surveiller ²
Agitation Grossesse	ATCD d'abus de substances (son potentiel d'abus serait plus faible que celui du MPH). Anxiété Insuffisance hépatique	Hausse de la TA Insomnie Anxiété Céphalées	Nausées Nervosité Sécheresse de la bouche Diarrhée	Citalopram : Peut ↑ concentrations plasmatiques de citalopram via inhibition du CYP2C19 par modafinil → Dose max de citalopram de 20 mg/jour et surveiller Benzodiazépines (alprazolam, midazolam, triazolam) : Peut ↓ concentrations plasmatiques de la benzodiazépine via induction de son métabolisme.	Antiviraux et antirétroviraux, lurasidone, immunosuppresseurs (cyclosporine et tacrolimus), contraceptifs hormonaux (ex.: éthinylestradiol, levonorgestrel, ulipristal, etc.): Peut ↓ concentrations plasmatiques via induction du CYP3A4 par modafinil.	ECG avant le début du traitement TA et FC

Molécule	Paramètres pharmacocinétiques ²	Posologie chez l'ENFANT (6-12 ans) ²	Posologie chez l'ADOLESCENT (13-17 ans) ²	Posologie chez l'ADULTE (≥ 18 ans) ²	Particularités ²	Couverture RAMQ ²
Modafinil (Alertec)	Pic d'action : 1-2 heures.	Dose selon le poids : < 30 kg : 200 à 340 mg DIE > 30 kg : 300 à 425 mg DIE		100-400 mg DIE	Comme il s'agit d'une substance psychoactive, un potentiel d'abus existe avec ce produit, mais serait plus faible que celui du MPH.	Non couvert.

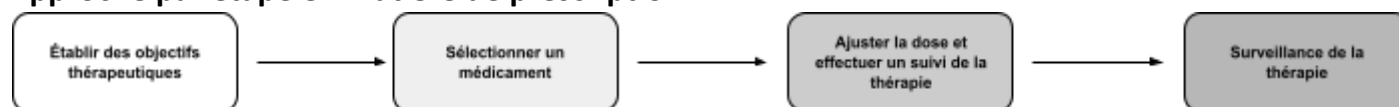
Sources pour les tableaux :

- 1) Canadian ADHD Ressource Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH : Pages 71, 72, 74-77, 83, 89-91, 93-98. [En ligne]. 4.1 éd. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2020 [cité le 26 octobre 2022]. Disponible : https://adhdlearn.caddra.ca/wp-content/uploads/2022/08/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-French-4.1_Final_6_1_21.pdf
- 2) Vigilance Santé. (2022). *RxVigilance* (1.5.32) [Logiciel]. Vigilance Santé. Disponible : <https://rx.vigilance.ca/module/accueil/accueil-ndx.html>
- 3) IBM Micromedex (2022). Micromedex. Disponible : <https://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/>
- 4) Sharma A, Couture J. A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Annals of Pharmacotherapy* [En ligne]. 2013 [cité le 1 novembre 2022]; 48(2): 209-225. Disponible : <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1060028013510699>.
- 5) Sharbaf Shoar N, Marwaha R, Molla M. Dextroamphetamine-Amphetamine. [Mis à jour le 29 mai 2022]. Dans: StatPearls [En ligne]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507808/>
- 6) Zhu H. Clinical Pharmacology and Biopharmaceutics Review(s) : Methylphenidate ER Capsules of 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60 mg [En ligne]. Center for Drug Evaluation and Research : 2014 [cité le 10 novembre 2022]. Disponible : https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2015/205831Orig1s000ClinPharmR.pdf
- 7) Markowitz J S, Straughn A B, Patrick K S. Advances in the Pharmacotherapy of Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder: Focus on Methylphenidate Formulations. *Pharmacotherapy*. 2003; 23(10): 1281-1299. doi : 10.1592/phco.23.12.1281.32697
- 8) Elbe D, MacBride A, Reddy D. Focus on Lisdexamfetamine: A Review of its use in Child and Adolescent Psychiatry. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* [En ligne]. 2010 [cité le 10 novembre 2022]; 19(4): 303-314. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962544/pdf/cacap19_4p303.pdf
- 9) Dvorak P. Tableau des médicaments oraux ne pouvant être coupés ou écrasés. 30 juin 2022 [cité le 10 novembre 2022]. Dans : ModifyMeds.ca [En ligne]. Dvorak: 2022. Disponible : <http://www.modifymeds.ca/base-de-donnees/>
- 10) Meyers R S, Thackray J, Matson K L, McPherson C, Lubsch L, Hellinga R C, Hoff D S. Key Potentially Inappropriate Drugs in Pediatrics: The KIDs List. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2020; 25(3): 175–191. doi : 10.5863/1551-6776-25.3.175
- 11) Xiang Q. A Systematic Review of the Use of Bupropion for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* [En ligne]. 2017; 27(2): 112-116. Disponible : <https://www.liebertpub.com/doi/epub/10.1089/cap.2016.0124>
- 12) Canadian Pediatrics Society SCP. ADHD in children and youth: Part 2—Treatment | Canadian Paediatric Society [Internet]. [cité 23 avr 2023]. Disponible à : <https://cps.ca/en/documents/position/adhd-2-treatment>

Ajustements et suivis recommandés

Principes généraux

Approche par étape en matière de prescription



1. Établissement des objectifs thérapeutiques

Une fois que le TDAH est diagnostiqué, en collaboration avec le patient et les informateurs collatéraux, il faut tout d'abord cerner les symptômes du TDAH et les problèmes de fonctionnement qui seront les cibles du traitement. Les cibles devraient toucher différents domaines comme la maison, l'école et le travail, etc. De bons objectifs thérapeutiques devraient refléter le modèle SMART, c'est-à-dire être spécifiques, mesurables, alignés sur le plan global de traitement et réalistes pour le patient, tout en étant déterminés dans le temps.

2. Sélection du médicament

Lors de la discussion sur le médicament, utilisez les principes du consentement éclairé pour vous assurer que le patient et sa famille (le cas échéant) sont raisonnablement bien informés sur le médicament, en particulier ses indications, les cibles de traitement, la stratégie de dosage, son degré d'efficacité, ses effets secondaires et les enjeux de compliance. Lors de la sélection d'un médicament particulier pour le traitement du TDAH, il faut tenir compte des facteurs liés au médicament, mais également de ceux liés au patient. Ces facteurs sont décrits ci-dessous.

3. Ajustement de la dose et surveillance

En règle générale, il faut commencer par une faible dose, et augmenter celle-ci de façon graduelle jusqu'à l'atteinte des objectifs thérapeutiques souhaités, à moins que des effets secondaires empêchent toute autre augmentation de la dose ou que la dose maximale recommandée soit atteinte. Le traitement optimal est celui qui réduit les symptômes et améliore le fonctionnement global. La dose optimale est celle au-dessus de laquelle il n'y a aucune amélioration supplémentaire. Parfois, les effets secondaires limitent l'ajustement de la dose. Le recours à des doses dépassant les doses maximales recommandées par la CADDRA est une option thérapeutique de troisième intention qui doit être utilisée avec prudence après avoir essayé les doses régulières de différentes options.

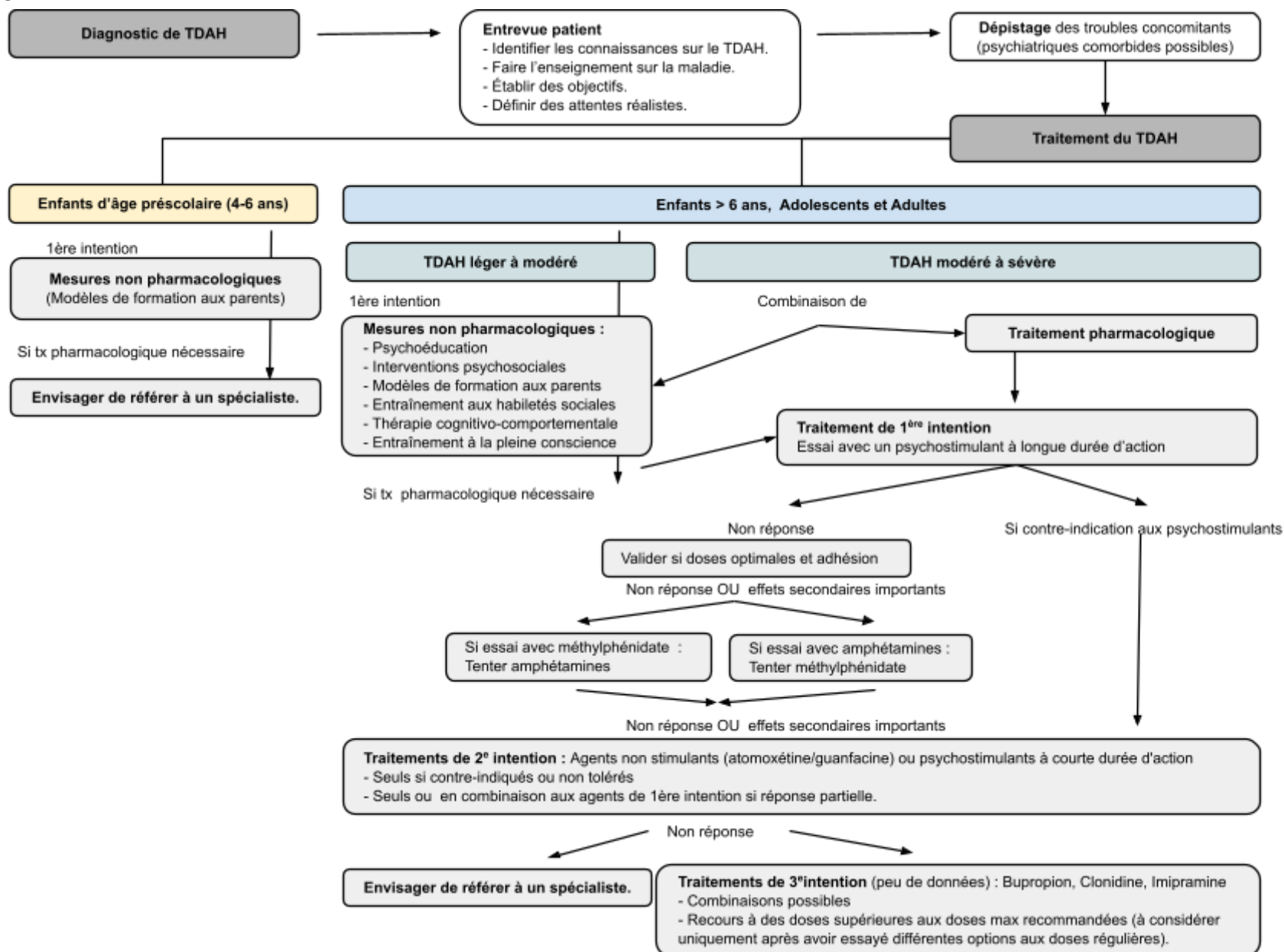
4. Suivi continu

Le suivi à long terme des personnes atteintes de TDAH devrait emprunter le modèle utilisé pour les maladies chroniques comprenant :

1. Soins proactifs et intégrés faciles à suivre pour le patient
2. Participation active des patients à leurs propres soins et défense des droits et intérêts
3. Approches thérapeutiques multimodales appuyées par les lignes directrices fondées sur des données probantes
4. Éducation et ressources aux divers intervenants
5. Accès à une expertise spécialisée

Algorithme de traitement

Adapté de la CADDRA



Facteurs à considérer dans le choix de traitement

Plusieurs facteurs sont à considérer lors du choix du médicament :

- Facteurs reliés au patient :
 - Âge et variations individuelles
 - Durée de l'effet thérapeutique selon le moment d'apparition des symptômes
 - Problèmes psychiatriques et médicaux concomitants
 - Attitudes du médecin, de la famille et du patient
- Facteurs reliés au médicament :
 - Ingrédient actif, mécanisme d'action et interactions médicamenteuses
 - Mode de libération, début d'action et durée d'action
 - Doses disponibles
 - Indications au Canada
 - Coût, accessibilité et remboursement (régime d'assurance public ou privé)
- Considérations spéciales :
 - Combiner des médicaments pour accroître les effets
 - Risque d'abus, de mésusage et de détournement
 - Produits génériques

Sélection selon l'âge

Enfants de 4 à 6 ans :

- Si un traitement pharmacologique est nécessaire (comportements dérangeants ou dysfonctionnalité se poursuivent x 1 an ou après la 5^e année de vie), il devrait être évalué, discuté, initié et supervisé par un spécialiste.
- Le méthylphénidate à libération immédiate est le seul étudié chez ce groupe d'âge
- Par contre, selon la CADDRA, tous les médicaments pour le TDAH peuvent être utilisés pour tous les groupes d'âge bien qu'ils n'aient pas tous reçu l'approbation « officielle » de la Direction des produits thérapeutiques (DPT) du gouvernement du Canada.
- Souvent, le traitement est mal toléré chez ce groupe d'âge (irritabilité et labilité émotionnelle, troubles du sommeil, perte d'appétit, effets GI, retrait social, tics, problèmes de croissance).

Enfants de > 6 ans, adolescents et adultes :

Agents de 1^{ère} intention : amphétamines (AMP) et méthylphénidate (MPH) à longue action

- Les 2 classes de psychostimulants (AMP et MPH) présentent un profil d'efficacité et de tolérabilité comparable, bien qu'au niveau individuel, la réponse du patient ou la tolérance peut varier.
- Les psychostimulants à longue action présentent plusieurs avantages :
 - Réduisent le nombre de doses quotidiennes = meilleure observance.
 - Offrent une plus grande discrétion au patient et à sa famille.
 - Meilleure maîtrise des symptômes et meilleure réponse au traitement.
 - Meilleure tolérabilité, moins d'effet rebond.
 - Moins à risque d'abus versus libération immédiate.

Agents de 2^e intention : atomoxétine, guanfacine XR et psychostimulants à durée d'action courte/intermédiaire

- Les traitements de deuxième intention sont des médicaments approuvés par Santé Canada pour le traitement du TDAH dont l'ampleur de l'effet, la durée d'action, la tolérabilité ou le profil risques-bénéfices sont généralement moins avantageux.
- Atomoxétine :
 - Efficacité moindre que les psychostimulants.
 - Prise régulière (tous les jours)
 - Délai d'action de 4 semaines en général avant de voir les effets, mais peut prendre jusqu'à 12 semaines. Titration lente.

- Pourrait être un meilleur choix pour les patients avec troubles anxieux concomitants.
- Pourrait être utilisée en combinaison avec un psychostimulant si contrôle sous-optimal, bien que n'est pas officiellement approuvé en combinaison (généralement avec MPH).
- Guanfacine :
 - Chez les 6 à 17 ans. Étudié en monothérapie et en combinaison aux psychostimulants. Seule molécule approuvée officiellement pour utilisation en combinaison aux psychostimulants.
 - Seulement remboursé par la RAMQ en combinaison (à moins de remplir le formulation de patient d'exception en monothérapie) étant donné qu'il y avait beaucoup de faiblesses dans les études en monothérapies.
 - Ne devrait pas être cessé abruptement en raison du risque d'hypertension rebond.

Agents de 3^e intention : différents choix de traitement

- Le bupropion, la clonidine, l'imipramine et le modafinil sont des exemples d'agents de troisième intention pour le traitement du TDAH.
- Les antipsychotiques atypiques sont parmi les médicaments utilisés pour traiter les troubles comorbides fréquemment observés avec le TDAH, souvent en association avec d'autres agents.
- Ceux-ci sont des médicaments dont l'utilisation n'est pas officiellement approuvée pour cet usage, ou qui présentent des risques plus élevés, ou dont le profil d'efficacité et/ou des effets secondaires est plus défavorable.
- Les traitements pharmacologiques de troisième intention sont généralement réservés aux cas réfractaires et peuvent nécessiter des soins spécialisés.
- Le recours à des doses de psychostimulants dépassant les doses maximales recommandées par les monographies de produit est une option de troisième intention; ces doses peuvent être considérées uniquement après avoir essayé différentes options aux doses régulières.

Place de la clonidine dans le traitement :

- Indiquée officiellement pour les personnes ayant des tics.
- L'utilisation de la clonidine dans le traitement du TDAH vient surtout du fait qu'aux États-Unis, il existe une formulation à longue action de la clonidine ; c'est celle qui a été la plus étudiée dans le traitement du TDAH. Cependant, cette formulation n'est pas disponible au Canada et on ne peut donc pas réellement la comparer avec la formulation à courte action qui est disponible ici.
- Ayant une activité moins sélective au niveau des récepteurs α_2 (voir *Section Selon le mécanisme d'action* ci-dessous), elle a plus d'effets sédatifs.
- La formulation à courte action présente donc des pics d'effets sédatifs plus importants ainsi que des creux importants caractérisés par un effet rebond avec éveil et agitation.
- Idéalement consulter un spécialiste afin d'assurer une prise en charge optimale des risques, décider si les traitements de première et de deuxième intention ont été optimisés, et vérifier toute contre-indication.
- Ainsi, la guanfacine est à privilégier, car elle a une activité plus sélective au niveau des récepteurs α_2 .

Selon le mécanisme d'action

Médicaments	Mécanismes d'action
Psychostimulants à base d'amphétamines (<i>Adderall XR, Dexedrine, Vyvanse</i>)	● Augmentation de la neurotransmission des catécholamines (NA et DA), dans le cortex préfrontal. L'effet dans les régions sous-corticales pourrait expliquer le potentiel d'abus. ● Inhibition du recaptage de la NA et de la DA. ● Augmentation du relargage de NA et DA dans la fente synaptique. ● Inhibition de la dégradation de NA et DA de façon plus importante que MPH. ● Effets périphériques de stimulation des récepteurs bêta- et alpha-adrénergiques. ● Effet rapide (utile si on désire un délai d'action court)
Psychostimulants à base de méthylphénidate (<i>Biphentin, Concerta, Focquest, Ritalin</i>)	● Augmentation de la neurotransmission des catécholamines (NA et DA), dans le cortex préfrontal. L'effet dans les régions sous-corticales pourrait expliquer le potentiel d'abus. ● Inhibition du recaptage de la DA. ● De façon moindre, inhibition du recaptage de la NA. ● Inhibition de la dégradation de la NA et de la DA (inhibition de l'enzyme monoamine oxydase). ● Effet rapide (utile si on désire un délai d'action court)
Atomoxétine (<i>Strattera</i>)	● Inhibition sélective du recaptage de la NA, ce qui augmente la libération de DA et NA dans le cortex préfrontal. Dans le cortex préfrontal, la DA est aussi inactivée par les auto-récepteurs (recapture) de la NA. ● N'a pas d'effets dans les régions sous-corticales, ce qui explique l'absence d'effet euphorisant ou stimulant.
Guanfacine (<i>Intuniv XR</i>)	● Agoniste alpha-adrénergique des récepteurs post-synaptiques α_{2A} dans le cortex préfrontal. ● Mécanisme exact en TDAH non élucidé. La principale hypothèse suggère que la stimulation des récepteurs α_{2A} régule l'activité sous-corticale dans le cortex préfrontal, régulant ainsi les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. ● Agoniste sélectif des récepteurs $\alpha_2 \rightarrow$ moins d'effets sédatifs et hypotensifs.
Bupropion (<i>Wellbutrin</i>)	● Molécule de la classe des aminocétone pharmacologiquement apparentée aux stimulants du type phényléthylamine (dérivé de l'amphétamine). ● Bloque la recapture de la NA et de la DA. ● Potentialise la neurotransmission dopaminergique.
Antidépresseurs tricycliques (<i>Aventyl, Elavil, Norpramin, Tofranil</i>)	● Effets dans le traitement du TDAH seraient dus à l'inhibition du recaptage des catécholamines, particulièrement de la NA. ● Amines tertiaires (imipramine et amitriptyline) : plus sélectifs pour les transporteurs sérotoninergiques que pour les transporteurs noradrénergiques. ● Amines secondaires (desipramine et nortriptyline) : plus sélectifs pour les transporteurs noradrénergiques que pour les transporteurs sérotoninergiques. ● Agissent sur plusieurs des mêmes sites que les stimulants; les effets d'une combinaison de ces deux classes pourraient être additifs et même synergiques.
Modafinil (<i>Alertec</i>)	● Mécanisme exact en TDAH non élucidé. ● Une hypothèse plausible suggère que le modafinil active indirectement le cortex cérébral (incluant des régions impliquées dans le TDAH) via des voies d'activation ascendantes provenant de l'hypothalamus.
Clonidine (<i>Catapres, Dixarit</i>)	● Agoniste alpha-adrénergique des récepteurs α_2 qui activent des neurones inhibiteurs, ce qui résulte en une diminution de l'activité sympathique du SNC. ● Mécanisme exact en TDAH non élucidé. La principale hypothèse suggère que la stimulation des récepteurs α_2 régule l'activité sous-corticale dans le cortex préfrontal, régulant ainsi les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. ● Agoniste relativement non sélectif des récepteurs $\alpha_2 \rightarrow$ pourrait être la cause des effets sédatifs et hypotensifs associés à la clonidine.

Selon la durée de l'effet thérapeutique et le moment d'apparition des symptômes

- Comme les symptômes du TDAH peuvent altérer la vie quotidienne de nombreuses façons, il faut non seulement optimiser le traitement des symptômes principaux et réduire au minimum les effets secondaires, mais également déterminer à quel moment le traitement est requis.
- Explorer avec le patient et sa famille l'heure d'administration du traitement et la durée requise de son effet, puis convenir du meilleur traitement en fonction des circonstances et de l'expérience du patient.
- Individualiser le traitement selon les types de tâches et la durée de celles-ci.
- Facteur très important à considérer pour la conduite automobile ; la période la plus à risque pour les jeunes conducteurs étant le soir et la fin de semaine.
- En théorie, un patient qui trouverait que l'effet initial est trop lent avec Concerta par exemple, pourrait bénéficier d'un essai avec Biphentin puisque le ratio de libération immédiate/libération prolongée est de 40/60 avec Biphentin contre 22/78 avec Concerta. À l'inverse, un patient qui ressent trop d'effet en matinée avec le biphentin et pas suffisamment d'effet le reste de la journée avec la prise de Biphentin pourrait bénéficier d'un changement vers le Concerta. Par contre, en pratique, les variations individuelles ne nous permettent pas nécessairement d'obtenir des effets aussi clairs.

Selon les antécédents pharmacologiques familiaux ou les tests génétiques

- Bien qu'il n'existe pas de données scientifiques de qualité, il est probable que la réponse positive à une molécule spécifique par un membre de la famille puisse augmenter les attentes positives chez le patient ou ses parents. Le contraire serait également vrai.
- Concernant les tests génétiques, comme mentionné dans la *Section Outils d'aide à la prise de décision partagée - Tests génétiques (en 2022)*, l'applicabilité des résultats actuels en génétique dans la pratique clinique est encore limitée. Les tests génétiques représentent néanmoins une approche prometteuse pour prédire la réponse au traitement (notamment la possible diminution de l'efficacité du méthylphénidate chez les métaboliseurs rapides du CES1) et sa tolérabilité (par exemple, l'atomoxétine chez les métaboliseurs lents du CYP2D6 qui auraient un risque augmenté d'effets indésirables).

Selon les comorbidités du patient

Troubles psychiatriques comorbides :

- Il est généralement conseillé de traiter d'abord le trouble le plus invalidant entre le TDAH et le trouble psychiatrique concomitant.
- Au moment de déterminer la séquence du traitement, il faut considérer : la certitude du diagnostic, les préférences du patient, le trouble entraînant le plus de dysfonctionnement et celui le plus susceptible de répondre au traitement.
- En revanche, une psychose, un trouble grave de l'humeur, un trouble d'abus de substances, tout type de trouble bipolaire et toute pensée suicidaire ou violente devraient être abordés et traités de façon prioritaire, avant le TDAH.
- Lors du traitement des troubles psychiatriques comorbides, opter pour des médicaments qui altèrent le moins possible les fonctions cognitives afin d'éviter d'aggraver les symptômes du TDAH.

Choix du traitement selon le trouble psychiatrique comorbide :

- Les psychostimulants demeurent la pierre angulaire du traitement.
- Dans le cas où le patient répond partiellement ou tolère mal les psychostimulants, considérer tout d'abord une combinaison du psychostimulant à dose maximale tolérée avec l'un des agents ci-dessous. Si le patient ne tolère pas du tout les psychostimulants, alors envisager une des options suivantes en fonction du trouble comorbide.

Troubles psychiatriques concomitants	Choix de traitements à privilégier	Considérations pour le traitement
Trouble oppositionnel avec provocation	● Clonidine ● Guanfacine ● Traitement psychosocial ● Antipsychotiques atypiques (hors indication - rare)	● La première étape est d'optimiser le traitement du TDAH (pourrait stabiliser les symptômes réactifs-irritables). ● Ensuite, envisager une approche psychosociale. ● Les patients atteints de TDAH et de TOP peuvent répondre de manière adéquate à des stimulants ou des non stimulants (atomoxétine, guanfacine).
Troubles des conduites/agressivité	● Clonidine ● Guanfacine ● Risperidone	● Les troubles des conduites sont généralement atténués par les traitements du TDAH reconnus efficaces. ● Cependant, cela pourrait ne pas suffire. ● Des traitements psychosociaux sont souvent nécessaires. ● Les spécialistes pourraient utiliser des thymorégulateurs ou un antipsychotique atypique (hors indication) → controversé.
Labilité émotionnelle	● Clonidine ● Guanfacine	
Troubles de comportement	● Bupropion	
Impulsivité	● Atomoxétine ● Clonidine ● Guanfacine ● Risperidone ● Oméga-3	
Troubles du sommeil	● Clonidine ● Mélatonine ● Guanfacine ● Atomoxétine	● Les agents non-stimulants sont associés à moins d'insomnie. ● La CADDRA suggère d'abord d'essayer les approches non pharmacologiques misant sur l'hygiène de sommeil. Voir section MNP de cette boîte à outils.
Trouble de l'usage d'une substance (TUS)	● Vyvanse et Concerta (psychostimulants à longue action avec moins de risque de détournement) ● Agents non stimulants (guanfacine, atomoxétine)	● Dans la plupart des cas, le TDAH et le TUS comorbides doivent être traités simultanément et de façon indépendante. ● Le traitement du TDAH pourrait contribuer à réduire cette envie irrépressible de substances, pour ainsi réduire le risque de rechute. ● Les psychostimulants PO n'entraînent pas le même risque d'abus que les substances stimulantes illicites en raison de leur dissociation plus lente du site d'action, de leur absorption plus lente dans le striatum, de leur liaison et dissociation plus lentes du transporteur de la dopamine. ● Parmi les agents stimulants, privilégier Vyvanse (moins de risque d'abus, car est un promédicament) ou Concerta (moins de risque d'abus en raison de la technologie OROS). ● Il est important de rester à l'affût des signes d'abus avec les psychostimulants.
Dépression	● ISRS ● Venlafaxine ● Bupropion	● Si un patient présente une dépression légère et un TDAH, le traitement du TDAH peut être débuté en priorité. ● En cas de dépression ou de risque grave de suicide, la priorité doit être accordée au traitement de la dépression. ● Le traitement simultané du TDAH et de la dépression majeure est souvent nécessaire, et l'emploi concomitant d'antidépresseurs et de médicaments contre le TDAH est courant.
Maladie affective bipolaire	● Thymorégulateurs ● Antipsychotiques	● Les traitements doivent d'abord viser à stabiliser le trouble bipolaire, puis ensuite à traiter le TDAH. ● Les stimulants se sont révélés sûrs et efficaces chez les patients atteints de MAB une fois leurs symptômes MAB stabilisés.
Troubles anxieux	● Escitalopram ● Venlafaxine	● Les atteintes associées au TDAH peuvent déclencher des symptômes d'anxiété différents d'un trouble anxieux

	• Sertraline • Citalopram	spécifique. • Les troubles anxieux et le TDAH coexistent souvent, et le trouble le plus invalidant devrait être traité en premier. • Les médicaments stimulants et non stimulants peuvent être utilisés pour traiter le TDAH en contexte d'anxiété concomitante. • L'augmentation graduelle de la dose des psychostimulants pourrait être plus lente et faire l'objet d'une surveillance étroite. • L'atomoxétine pourrait être un meilleur choix chez les patients avec troubles anxieux étant donné qu'elle entraînerait à la fois une amélioration du TDAH et de l'anxiété.
Syndrome Gilles de la Tourette et tics	• Clonidine • Guanfacine • Imipramine • Désipramine • Risperidone • Halopéridol	• La présence de tics ou du SGT n'est pas une contre-indication à l'utilisation des stimulants pour le TDAH, mais une surveillance étroite est de mise. • Les stimulants n'augmentent généralement pas le risque de tics, mais ils peuvent le faire dans de rares cas. • Les agonistes alpha-2A-adrénergiques (clonidine et guanfacine) se sont révélés prometteurs dans le traitement des tics, en particulier en association avec les psychostimulants pour traiter le TDAH. • L'atomoxétine peut également être envisagée, car elle entraîne rarement une aggravation des symptômes
Trouble du spectre de l'autisme	• Traitement habituel	• Les patients atteints de TDAH devraient faire l'objet d'un dépistage du TSA, et vice versa. • Le traitement au moyen des médicaments habituels contre le TDAH est souvent efficace, mais l'ampleur de son effet peut être moindre, et le risque qu'il entraîne des effets indésirables (irritabilité, concentration excessive et stéréotypies) est accru. • Les médicaments devraient être amorcés à une faible dose et titrés plus lentement dans cette population.
Énurésie	• Imipramine • Désipramine • Atomoxétine	• Les effets anticholinergiques des antidépresseurs tricycliques empêchent la contraction du détrusor et entraînent donc de la rétention urinaire.

Populations spéciales

Grossesse et allaitement

Impact de la grossesse sur le TDAH :

- Durant la grossesse, l'élévation des taux de prolactine entraîne une diminution des taux de dopamine.
- Comparativement aux femmes non enceintes, les femmes évaluées au cours de leur 3^e trimestre de grossesse et après l'accouchement présentaient une diminution de la mémoire verbale ainsi que de la vitesse de traitement de l'information.
- Durant la grossesse, les femmes ayant un TDAH peuvent donc être plus vulnérables à une augmentation des difficultés d'attention.
- Au cours de la période périnatale, les symptômes de TDAH peuvent s'aggraver en raison de plusieurs facteurs, notamment les effets hormonaux sur la dopamine et la noradrénaline, le manque de sommeil, le changement des routines ainsi que les défis organisationnels associés à la venue d'un nouveau-né.

Recommandations pour le traitement pharmacologique du TDAH en grossesse et allaitement :

- Il n'existe aucune ligne directrice pour le traitement du TDAH chez la femme enceinte.
- En général, l'innocuité des médicaments utilisés pour traiter le TDAH n'est pas bien établie en grossesse.

Prendre une décision conjointement avec la patiente :

Principes généraux :

- L'organogenèse se termine à la 11^e semaine gestationnelle, mais le système nerveux central continue de se développer durant toute la grossesse et après la naissance.
- Il est souhaitable de limiter le nombre d'expositions à différentes molécules pendant la grossesse.
- Envisager d'ajouter des accommodements au travail, à l'école et à la maison lorsque les répercussions sont significatives (ex. : réduction de la charge de travail, éviter de conduire).
- Renforcer les mesures non pharmacologiques (ex.: psychoéducation, TCC).

Si la patiente n'est **pas encore enceinte** (grossesse planifiée) :

- Tenter d'interrompre le traitement pendant une certaine période avant la conception afin d'évaluer les répercussions sur la capacité fonctionnelle ainsi que le risque d'accidents.
- Si un traitement est nécessaire, tenter d'autres options de traitement qui peuvent être associées à une efficacité moindre, mais pour lesquelles il existe davantage de données sur l'utilisation en grossesse. Ces molécules pourraient donc être tentées en amont pour objectiver leurs impacts sur le contrôle du TDAH chez la patiente afin de vérifier si celles-ci pourraient être une option de traitement de son TDAH durant la grossesse.
 - Par exemple, la venlafaxine et le bupropion sont des molécules pour lesquelles il y a de nombreuses données sur l'utilisation durant la grossesse. Les risques associés à ces molécules sont mieux définis.
 - Moins souvent, les antidépresseurs tricycliques comme la désipramine et la nortriptyline peuvent être considérés puisqu'ils inhibent la recapture de la noradrénaline. Pour une grossesse exposée à un antidépresseur tricyclique, le risque d'anomalie est similaire à celui de la population générale.
- Pour celles qui ne répondent pas aux antidépresseurs ou qui ne les tolèrent pas, ou pour celles qui ne peuvent atteindre un niveau fonctionnel sans un psychostimulant, un agent de cette classe peut être envisagé.

Si la patiente est **enceinte** :

- Privilégier les interventions non pharmacologiques, telles que la psychoéducation sur le TDAH, le coaching pour améliorer la structure et l'organisation, l'implication des membres de la famille, la psychothérapie cognitivo-comportementale, l'implication d'une ergothérapeute en milieu de travail ou des accommodements dans le milieu de travail.
- TDAH peu symptomatique : tenter de cesser le traitement pour le reste de la grossesse.
- TDAH symptomatique : dans certains cas, la pharmacothérapie peut se poursuivre durant toute la grossesse malgré des données limitées. Pour celles qui ne répondent pas aux antidépresseurs ou qui ne les tolèrent pas, ou pour celles qui ne peuvent atteindre un niveau fonctionnel sans un psychostimulant, un agent de cette classe peut être envisagé.
 - Envisager une utilisation ponctuelle du psychostimulant lors de la grossesse chez les patientes avec un TDAH sévère, si nécessaire.
 - Tenter d'interrompre le psychostimulant et de le reprendre une fois l'organogenèse complétée.
- Même s'il n'existe aucune recommandation pour orienter le choix du stimulant durant la grossesse, les données d'innocuité favorisent l'amphétamine et la dextroamphétamine.,
- Le peu de données publiées jusqu'à présent sur l'utilisation du méthylphénidate chez les femmes enceintes n'indique pas d'augmentation marquée du risque d'anomalies congénitales majeures, qui est d'environ 2 à 3 % dans la population générale. Bien que deux études aient observé un risque légèrement augmenté d'anomalies cardiaques, le lien de causalité reste à confirmer.

Médicaments	Données et recommandations en grossesse
Psychostimulants à base d'amphétamine	• Il est peu probable que l'utilisation d'amphétamines dans un contexte médical pose un risque supplémentaire pendant la grossesse. • Il existe toutefois très peu d'études sur les complications possibles durant la grossesse et les problèmes développement neurologique des enfants exposés. • La surveillance postnatale de routine du nouveau-né exposé est suffisante.
Psychostimulants à base de méthylphénidate	• Les données humaines sont peu inquiétantes, mais demeurent toutefois insuffisantes pour établir l'innocuité du méthylphénidate durant la grossesse. • Certains experts considèrent le méthylphénidate comme un traitement de première intention pour la narcolepsie durant la grossesse. • La surveillance postnatale de routine du nouveau-né exposé in utero est probablement suffisante.
Guanfacine	• Peu de données disponibles en grossesse. • Aucune étude systématique en grossesse chez les humains n'a été réalisée. Dans un rapport sur son utilisation pour traiter l'hypertension associée à la pré-éclampsie, 23 des 30 femmes enceintes ont eu une bonne réponse à la guanfacine en tant qu'anti-hypertenseur et 6 des 30 nourrissons avaient une petite taille pour leur âge gestationnel. Cependant, il n'est pas possible de discerner de potentiel risque associé à la guanfacine dans ce contexte.
Atomoxétine	• Les données chez l'humain sont insuffisantes pour évaluer l'innocuité de l'atomoxétine durant la grossesse. De plus, sa pharmacocinétique varie potentiellement beaucoup entre individus vu son passage par le CYP2D6.
Bupropion	• Complications maternelles et fœtales peu explorées à ce jour. Davantage de données avec le bupropion que les psychostimulants, mais moins qu'avec les antidépresseurs recommandés en grossesse. Les données cumulées ne permettent pas de conclure à un risque tératogène élevé. L'association avec des anomalies cardiaques reste à confirmer. • L'utilisation de cet agent au cours de la grossesse est donc envisageable pour des patientes dont la condition le justifie.
Antidépresseurs tricycliques	• L'ensemble des données n'est pas en faveur d'un risque tératogène. • Pour le traitement du TDAH, la désipramine et la nortriptyline offrent un effet plus important sur la noradrénaline et un profil de tolérance plus acceptable (risques moindres

	d'hypotension et d'effets anticholinergiques).
Modafinil	Les données animales suggèrent un risque, mais celles chez l'humain sont insuffisantes pour évaluer l'innocuité du modafinil durant la grossesse.

Si la patiente **allaite** :

- Idéalement, la femme doit débiter le médicament lorsque son bébé a quelques mois de vie.
- Afin de limiter l'exposition du nourrisson, il est préférable d'utiliser une formulation à libération immédiate et de prendre la dose immédiatement après la tétée si l'intervalle entre les boires est prolongé. Toutefois, une formulation à plus longue durée n'est pas déconseillée si son mode de libération convient mieux à la patiente.
- Certains experts sont d'avis qu'il est préférable de ne pas utiliser le méthylphénidate chez la femme qui allaite alors que d'autres considèrent que le traitement est compatible avec l'allaitement et qu'il ne pose qu'un très faible risque pour le nourrisson. Une discussion éclairée devrait avoir lieu entre la patiente et son professionnel traitant.

Médicaments	Données et recommandations en allaitement
Psychostimulants à base d'amphétamine	- Bien que peu documenté, le transfert limité dans le lait maternel suggère l'absence d'effets indésirables cliniquement significatifs chez la majorité des nourrissons. - Vu l'expérience clinique limitée, il est recommandé d'effectuer un suivi de l'insomnie, de l'agitation, de l'irritabilité et du gain de poids.
Psychostimulants à base de méthylphénidate	- Le transfert limité dans le lait maternel suggère l'absence d'effets indésirables cliniquement significatifs chez le nourrisson. - L'enfant peut être suivi pour de l'agitation et un gain de poids ralenti, quoique peu probables.
Guanfacine	Puisqu'il n'y a pas de données disponibles sur la guanfacine durant l'allaitement. La molécule a de possibles effets négatifs sur la lactation via une possible diminution de la prolactine, il est préférable de l'éviter.
Atomoxétine	- Les propriétés pharmacologiques de l'atomoxétine suggèrent un passage dans le lait maternel, qui peut également être influencé par le profil de métabolisation de la mère. - En l'absence d'expérience clinique en allaitement et chez les jeunes enfants, il est prudent de favoriser d'autres options en allaitement. - Le nourrisson allaité par une mère sous atomoxétine peut être suivi pour sa tolérance gastro-intestinale (dyspepsie, douleur abdominale, constipation), son gain de poids et son état d'éveil.
Bupropion	- Données limitées, faible passage dans le lait maternel. - Devrait être réservé aux femmes qui ne peuvent recevoir d'autres antidépresseurs mieux connus. - Il est recommandé d'effectuer un suivi de l'irritabilité, troubles du sommeil, mouvements anormaux.
Antidépresseurs tricycliques	Vu les fortes doses utilisées pour le traitement du TDAH, il est prudent de suivre le nourrisson pour de la sédation excessive et un gain de poids insuffisant, particulièrement pour les enfants de moins d'un mois et les bébés prématurés.
Modafinil	- Les propriétés pharmacologiques du modafinil suggèrent un passage dans le lait maternel. - En l'absence d'expérience clinique en allaitement et en néonatalogie, il serait prudent de favoriser d'autres options. - Le nourrisson allaité par une mère sous modafinil devrait être suivi pour sa tolérance (nausée, anxiété, insomnie) ; la production lactée de la mère peut aussi être surveillée (gain de poids du nourrisson).

Insuffisance rénale ou hépatique

Médicaments	Utilisation en IR	Utilisation en IH
Amphétamine + dexamphétamine (Adderall XR)	Si DFGe < 30 mL/min/1,73 m ² : La dose maximale ne devrait pas dépasser 20 mg par jour. Si DFGe < 15 mL/min/1,73 m ² : Utilisation non recommandée.	Aucun ajustement disponible. Toutefois, l'insuffisance hépatique pourrait inhiber l'élimination de l'amphétamine et entraîner une exposition prolongée.
Lisdexamfétamine (Vyvanse)	Si DFGe < 30 mL/min/1,73 m ² : La dose maximale ne devrait pas dépasser 50 mg par jour. Si DFGe < 15 mL/min/1,73 m ² : La dose maximale ne devrait pas dépasser 30 mg par jour.	Aucun ajustement disponible.
Dexamphétamine (Dexedrine)	Si DFGe < 30 mL/min/1,73 m ² : Envisager une réduction de dose.	Aucun ajustement disponible.
Méthylphénidate (Biphentin, Concerta, Foquest et Ritalin)	Aucun ajustement disponible (n'a pas été étudié).	Aucun ajustement disponible (n'a pas été étudié).
Guanfacine (Intuniv XR)	Si Clcr < 30 mL/min : Utiliser avec prudence - Un ajustement de dose pourrait être nécessaire.	Un ajustement de dose peut être nécessaire en présence d'une insuffisance importante.
Atomoxétine (Strattera)	Si ClCr < 15 mL/min : Prudence, peut exacerber l'hypertension.	Insuffisance légère (classe A de Child-Pugh) : aucun ajustement disponible. Insuffisance modérée (classe B de Child-Pugh) : réduire la dose de 50% (dose initiale et dose cible). Insuffisance sévère (classe C de Child-Pugh) : réduire la dose de 75% (dose initiale et dose cible).
Bupropion (Wellbutrin)	Si ClCr < 90 mL/min : Prudence ; le médicament et ses métabolites peuvent s'accumuler. Envisager une diminution de la dose ou de la fréquence ou des deux.	Insuffisance légère ou modérée : Prudence ; débiter à la plus faible dose recommandée et ajuster ensuite selon la réponse clinique et la tolérance du patient. Insuffisance grave : Éviter si possible. Si l'utilisation est inévitable, administrer avec une extrême prudence et ne pas dépasser les doses suivantes : - Wellbutrin SR et XL : 150 mg DIE - Zyban : 150 mg aux 2 jours
Imipramine (Tofranil)	Aucun ajustement disponible - Utiliser avec prudence.	Utiliser avec prudence, l'imipramine est métabolisée par voie hépatique. Considérer réduire la dose initiale et ajuster avec prudence selon l'efficacité et la tolérance.
Clonidine (Catapres, Dixarit)	Prudence, risque accru d'effets secondaires. Un ajustement de dose est recommandé.	Aucun ajustement disponible.

Modafinil (Alertec)	Aucun ajustement requis.	La demi-vie d'élimination double, donc l'élimination est prolongée, et l'aire sous la courbe (ASC) est augmentée. Réduire la dose de moitié lors d'une atteinte grave.
----------------------------	--------------------------	---

Substitution générique

La bioéquivalence entre un produit de référence et un produit générique selon Santé Canada est établie selon leurs C_{max} et ASC. Cependant, bien qu'elles répondent à ces critères, certaines versions génériques de Concerta offertes au Canada peuvent présenter des variations au niveau du T_{max} et de leur durée d'action. Ainsi, CADDRA considère les formulations génériques de remplacement des comprimés OROS® de méthylphénidate comme un médicament différent, car :

- les études et l'expérience cliniques ont montré une différence clinique;
- leur système de libération diffère;
- le comprimé générique peut être écrasé, ce qui augmente le risque d'abus.

La décision de passer à une formulation générique est une décision personnelle ; le patient et sa famille devraient être informés du changement et amenés à surveiller tout changement de l'efficacité ou de la tolérabilité. La substitution entre génériques est permise pour les pharmaciens.

Aperçu des monographies des produits génériques de méthylphénidate à libération prolongée (LP) et de méthylphénidate OROS (Concerta) :

	Méthylphénidate OROS (Concerta)	Méthylphénidate LP (Act-MPH ER)	Méthylphénidate LP (Novo/Teva-MPH ER-C)	Méthylphénidate LP (APO-MPH ER)	Méthylphénidate LP (PMS-MPH ER)*
Forme posologique	Comprimés	Comprimés	Comprimés	Comprimés	Comprimés
Technologie	OROS	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
T_{max} (h)	6 à 9,4	6,50 à 8,50	3,81 à 4,61	4,63 à 5,39	6 à 6,5
Début d'action	1 heure	-	-	-	-
Durée d'action	12 heures	-	-	-	-

* Discontinué

Résumé des publications sur les éventuelles différences associées au passage du MPH OROS au produit générique Teva-MPH ER-C :

- Selon une analyse rétrospective (Park-Wyllie et al., 2017) :
 - Une analyse de la base de données des effets indésirables de Canada Vigilance a révélé que le taux d'échecs thérapeutiques signalés est dix fois plus élevé avec le produit générique (MPH ER-C) qu'avec MPH OROS®, sur une période d'un an.
- Selon une étude de cohorte rétrospective (Park-Wyllie et al., 2016) :
 - Les patients sous MPH OROS® ont poursuivi le traitement nettement plus longtemps et étaient moins susceptibles de cesser de l'utiliser en continu pendant une période de 12 mois, comparativement à ceux traités par MPH ER-C.
- Selon une étude croisée, randomisée, à double insu, menée chez des adultes (Fallu et al., 2016) :
 - Une plus grande satisfaction avec MPH OROS® à l'égard de l'efficacité et des effets secondaires versus MPH ER-C. Tous les participants ont décidé de poursuivre le traitement par MPH OROS® à la fin de l'étude.
- Selon un examen de dossiers rétrospectif chez des enfants (Van Stralen et al., 2013) :
 - L'état de 87 % des patients s'est déstabilisé chez ceux qui sont passés de MPH OROS® à MPH ER-C, comparativement à 26 % chez les patients qui ont continué de recevoir MPH OROS®.

Chez les patients qui sont passés à MPH ER-C et dont l'état n'était plus stabilisé, 43 % ont signalé un effet de plus courte durée.

Combinaisons de traitements

Les traitements d'appoint couramment prescrits comprennent :

- des agents pour le traitement du TDAH ayant un mécanisme d'action différent;
- des agents pour le traitement du TDAH à courte durée d'action (pour couvrir les parties de la journée non couvertes)
- et des agents ciblant les troubles concomitants de l'humeur, du sommeil ou d'anxiété.

Seule la guanfacine XR a été approuvée par Santé Canada comme traitement d'appoint pour le TDAH en association avec des psychostimulants (6 à 17 ans). D'autres combinaisons sont toutefois fréquemment utilisées dans la pratique clinique (ex.: atomoxétine avec psychostimulants).

À surveiller avec les combinaisons de traitements :

- Interactions possibles, par exemple :
 - Interactions au niveau du CYP2D6 avec :
 - Atomoxétine : substrat important du CYP2D6.
 - Vyvanse et dexedrine : la dextroamphétamine, métabolite actif de la lisdexamphétamine, est métabolisée en partie par le CYP2D6. L'amphétamine est aussi métabolisée en partie par le CYP2D6.
 - Bupropion: inhibiteur majeur du CYP2D6.
 - Interactions au niveau du CYP3A4 avec :
 - Guanfacine : substrat important du CYP3A4.
 - Interactions au niveau du CYP2B6 avec :
 - Bupropion : substrat important du CYP2B6.
- Effets possiblement additifs des agents utilisés (p. ex., effets sédatifs ou sympathomimétiques) → surveillance étroite (ou selon jugement).

Suivis recommandés

La CADDRA a développé un formulaire permettant de faire le suivi de l'efficacité et de l'innocuité du traitement du TDAH (voir *Section Cibles* pour plus de détails).

Disponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Medication_Form_FR.pdf

Fréquence et moments

- Pendant la période d'ajustement posologique, un contact régulier avec le patient est recommandé afin de réviser divers points : santé physique, signes vitaux, effets secondaires, fonctionnement général au sein de la famille, bien-être, stratégies d'adaptation.
- Un suivi de l'efficacité aux intervalles prévus en fonction du mécanisme d'action est nécessaire pour évaluer un besoin d'augmenter les doses. Le suivi est parfois délégué au patient qui aura eu comme indication de son médecin de le contacter en cas de problème.
 - Exemples d'intervalles de suivi :
 - Psychostimulants : aux semaines pour la tolérance et aux 1 à 3 semaines pour l'efficacité globale.
 - Guanfacine : après 1 semaine pour la tolérance, puis après 4 semaines pour l'efficacité complète.
 - Atomoxétine : après 1 semaine pour la tolérance, puis après 8 à 12 semaines pour l'efficacité complète.
- Pour les psychostimulants, c'est une bonne pratique de donner peu de comprimés à la fois en pharmacie (ex.: une seule semaine à la fois en période d'ajustement) afin de réduire le nombre de

comprimés en circulation dans le cas où le traitement est cessé pour effets indésirables ou si la dose est augmentée après une semaine.

- Une autre bonne pratique serait d'exiger que le patient rapporte ses doses restantes avant de lui servir la nouvelle dose afin d'éviter le mésusage.
- Les patients pourront se référer à leur professionnel traitant ou à leur pharmacien si des effets indésirables se présentent avant les moments de suivis déjà planifiés.

Adhésion

- Rester à l'affût des signes d'abus, de mésusage et de détournement. Voir référence suivante pour repérer les signes d'abus, de mésusage et de détournement : https://publications.gc.ca/collections/collection_2018/sc-hc/H128-1-06-467-fra.pdf
- Les médicaments non stimulants (ex. : l'atomoxétine, la guanfacine XR et le bupropion) doivent être pris de façon continue si l'on souhaite obtenir un effet clinique.
- L'arrêt des médicaments agonistes alpha-2 doit se faire de façon graduelle en raison des dangers importants liés aux effets du sevrage (ex.: crise hypertensive avec guanfacine XR et clonidine).
- Dans le cas des psychostimulants, des congés thérapeutiques sont parfois souhaités pour limiter les effets indésirables ou pour limiter la tolérance au médicament à long terme.

Efficacité

Évaluation

- Évaluer le contrôle des symptômes du TDAH ainsi que l'atténuation des atteintes fonctionnelles au sein des différents milieux à l'aide des objectifs SMART établis préalablement et des outils d'évaluation énumérés dans la section *Cibles* à chaque ajustement de dose en tenant compte du délai d'action des molécules et en s'assurant d'avoir le point de vue du patient et des proches impliqués (ex.: famille, enseignants).
- Évaluer également les stratégies psychosociales mises en place pour atténuer les atteintes fonctionnelles associées au TDAH.

Délais

- En général, les effets des **psychostimulants** à une dose donnée se stabilisent après 1-3 semaines de prise continue.
 - Même chez l'adulte, il est recommandé d'initier à la plus faible dose, puis d'augmenter aux 3 à 7 jours selon la tolérance, jusqu'à ce qu'un bénéfice soit observé.
- Dans le cas de l'**atomoxétine**, les effets se stabilisent après 4-6 semaines, et une réponse complète peut prendre jusqu'à 12 semaines.
 - Un 1er suivi pour l'efficacité pourrait être fait après 4-6 semaines à une dose considérée efficace. S'il y a absence d'efficacité, la dose peut dès lors être augmentée. S'il y a une réponse partielle, alors on peut attendre et réévaluer après 12 semaines à cette même dose.
- Concernant la **guanfacine**, une atténuation des symptômes peut être observable après 2 semaines, mais l'obtention de l'ensemble des effets bénéfiques peut prendre jusqu'à 4 semaines.
- Référez-vous au tableau des traitements pharmacologiques pour connaître les paliers de doses et les doses maximales.

Innocuité

Évaluation

- Mesures objectives à obtenir initialement et lors des ajustements
 - [Poids et taille des enfants et des adolescents](#)
 - Tension artérielle (TA) et fréquence cardiaque (FC) : tensiomètre avec un brassard adapté (voir les diamètres sur les emballages, Life Source petit pourrait convenir à plusieurs enfants). <https://lifeforcecanada.com/fr/ressources/brassards-question-de-taille/>

- Valeurs normales :

Âge	TA	FC
Nouveau-né	75/55	120-140
1-12 mois	85/55	110-130
1 à 6 ans	95/55	80-110
7 à 12 ans	110/60	70-80
> 13 ans	120/65	60-70

- Effets indésirables les plus rapportés : (se référer à l'outil CADDRA pour plus de détails)
 - **Psychostimulants** : Augmentation TA / FC, diminution de l'appétit, constipation/diarrhée, sécheresse buccale, troubles GI, No/Vo, anxiété, étourdissements, dysphorie/irritabilité, maux de tête, insomnie en début de nuit, somnolence, effet rebond, tics, dysfonction sexuelle (rare), réactions cutanées, vasoconstriction (exacerbation potentielle d'un syndrome de Raynaud).
 - **Guanfacine (Intuniv XR)** : Diminution TA / FC, augmentation TA/FC lors de l'arrêt brusque, maux de tête, constipation/ diarrhée, sécheresse buccale, troubles GI, énurésie, somnolence, No/Vo, anxiété (incidence faible), dysphorie/irritabilité (rare), diminution appétit (incidence faible), insomnie en début de nuit (incidence faible), réactions cutanées (incidence faible).
 - **Atomoxétine (Strattera)** : Somnolence, troubles GI, No/Vo,, dysphorie/irritabilité, maux de tête , augmentation de la TA/FC, diminution de l'appétit, constipation/diarrhée, sécheresse buccale, anxiété , tics (rares), dysfonction sexuelle, insomnie en début de nuit (observée chez les adultes), réactions cutanées.

Délais

- Chaque semaine lors de l'instauration du traitement jusqu'à atteinte de la dose efficace et continuer au besoin selon la tolérance du patient. Recommencer le suivi lors d'un changement de dose et jusqu'à stabilisation du patient.
- Avec le temps, les effets indésirables peuvent s'estomper (effet de tolérance). Lorsque le patient tolère bien son traitement, maintenir un un suivi lors des renouvellements ou selon le jugement du clinicien.

Sources pour trouver des valeurs normales

Weber : toutes les valeurs normales

- Bernard-Bonnin A-C, Ovetchkine P, Turgeon J, Hervouet-Zeiber C, Gauthier M. Dictionnaire de pédiatrie Weber. 3e éd. Chenelière; 2015.

Lexi-Comp's Pediatric Dosage Handbook : toutes les valeurs normales

- Carol K. Taketomo, Jane H. Hodding, Donna M. Kraus. Lexi-Comp's Pediatric Dosage Handbook; 2015 (sûrement présent dans d'autres versions également

Site de Ste-Justine : regorge de pages intéressantes en voici quelques-unes

- Ensemble ABCdaire : [https://enseignement.chusj.org/fr/Formation-continue/ABCdaire/outils-\(1\)](https://enseignement.chusj.org/fr/Formation-continue/ABCdaire/outils-(1))
- Suivi collaboratif des 0 à 5 ans. Dépistage de l'hypertension artérielle. CHU Ste-Justine; 2017. <https://enseignement.chusj.org/ENSEIGNEMENT/files/37/37a40bdb-6b4e-40ab-96cb-0bf0d0ed760c.pdf>
- Courbes de croissances : <http://www.urgencehsj.ca/referentiels/courbes-de-croissance/>
- Autres courbes utilisées par fois : <https://enseignement.chusj.org/ENSEIGNEMENT/files/c1/c160c227-35c8-4370-97f2-868082fd8506.pdf>
- Références pour les valeurs normales de TA et FC en pédiatrie : <http://www.urgencehsj.ca/referentiels/signes-vitaux-normaux-chez-lenfant/>

Prise en charge des effets secondaires**Principes généraux**

- Lorsque les effets indésirables sont importants ou posent un risque, changer de classe de médicaments.
- Si l'effet indésirable est léger ou semble lié au système de libération, changer le mode de libération.
 - Un changement de mode de libération pourrait atténuer les effets secondaires survenant à un moment précis de la journée en raison des fluctuations théoriques des concentrations sériques.
- Dans le cas des stimulants, on peut tenter un schéma à longue durée d'action ou suggérer au patient d'étaler sa dose initiale (exemples: prise BID d'une version longue action) ou la prise d'une longue action le matin et courte action juste avant la fin de l'effet de la longue action
- Dans le cas de l'atomoxétine, la tolérance pourrait être meilleure en prise biquotidienne.

Effet indésirable	Gestion
Psychostimulants	
Effets somatiques (ex.: agitation, palpitations)	• S'atténuent parfois, voire se résolvent, après quelques jours ou semaines lorsque la posologie quotidienne est maintenue stable. • Sont réversibles à l'arrêt. • Limiter la prise de caféine et d'autres agents sympathomimétiques qui exacerbent ces effets indésirables. • La gravité des effets, et la vulnérabilité à ceux-ci peuvent être plus importantes en présence d'une affection préexistante sur laquelle influe le SNC périphérique comme une maladie vasculaire périphérique, un trouble des tics, un glaucome à angle étroit ou un dysfonctionnement urinaire.
Diminution de l'appétit, nausées, vomissements et perte de poids	• Prendre avec ou après le déjeuner (maximum 30 minutes avant). • Acceptable de perdre l'appétit pour le dîner (midi), en autant que l'appétit soit revenu au souper. • Maximiser l'apport alimentaire durant les périodes où l'appétit n'est pas altéré (au déjeuner et le soir une fois que les effets du médicament se sont épuisés). • Réduire les portions, mais accroître les collations, y compris une collation obligatoire en soirée. • Envisager des suppléments nutritionnels ou des substituts de repas. Augmenter l'apport calorique des aliments (ex : ajouter du beurre dans les pâtes, ajouter du yogourt grecque). • Si le patient a un faible indice de masse corporelle ou s'il y a des petites tailles au sein de la famille : ○ Envisager une réduction de la dose. ○ Envisager un changement de formulation (pour une libération immédiate). ○ Envisager un changement de médicament pour un agent non stimulant. ○ Envisager un congé ou diminution de dose la fin de semaine et/ou l'été. • Dernier recours : parfois utilisé cyproheptadine.
Retard de croissance	• Les psychostimulants pourraient réduire la taille de 1 à 2 cm sur la taille prédite à l'âge adulte. Cet effet est en relation avec la dose ainsi que la durée du traitement, et il n'y a pas de rebond (reprise) au niveau de la croissance. • Dans certains cas, le traitement peut être suspendu la fin de semaine ou durant les vacances.
Troubles de sommeil, insomnie	• Si formulation à courte action : ○ Diminuer ou cesser la dose en après-midi.

	● Si formulation à longue action : ○ Administrer encore plus tôt le matin. ○ Changer pour un agent avec une durée d'action plus courte. ● Adopter une saine hygiène du sommeil : ○ Éviter la sieste durant la journée. ○ Éviter de manger dans les 2 heures avant d'aller au lit. ○ Cesser les écrans au moins 1 heure avant d'aller au lit. ○ Maintenir une routine avant d'aller au lit ○ Se coucher et se lever aux mêmes heures chaque jour. ○ Les enfants doivent dormir dans leur propre lit. ○ L'environnement propice au sommeil doit être sombre et silencieux ○ La pièce ne doit pas être surchauffée. ○ Chez l'adulte : éviter la caféine, la nicotine et l'alcool. ○ Éviter l'exercice physique intense en soirée ● Prendre mélatonine 30-60 minutes avant le coucher PRN (voir <i>Section Mesures non pharmacologiques</i> pour plus de détails sur la mélatonine).
Effets sur l'humeur	● L'impression d'être « sur les nerfs », d'être très irritable ou excessivement concentré ou, à l'inverse, de se sentir anormalement apathique et un effet parfois qualifié de « zombie » sont généralement des signes d'une dose trop élevée → diminuer la dose ou tenter une autre molécule. ● Si ces effets se produisent à la fin de l'effet du médicament, cela pourrait également être un effet du sevrage du médicament (voir <i>Section Effet rebond</i> ci-bas). ● Dépistage des comorbidités psychiatriques.
Céphalées	● Survient souvent 2-3 h après la prise. Une tolérance peut se développer. ● Traitement usuel (par ex., acétaminophène) et observation. ● Diminuer la dose, tenter un autre psychostimulant ou une autre classe.
Effet rebond / "crash" de fin de dose (symptômes sont pires en fin de doses que lorsqu'ils n'étaient pas traités)	● Le patient peut se sentir survolté, trop irritable ou trop sérieux au moment de la fin de l'effet du médicament. ● Changer de mécanisme de libération pour une plus longue action ● Augmenter la dose si le patient n'obtient pas la durée théorique prévue (ex.: durée de 9 h au lieu du 12 h prévu avec le Concerta). ● Prendre une dose additionnelle du même psychostimulant à courte durée d'action juste avant l'effet rebond habituel (ex.: 30 minutes avant). ● Diviser la dose de l'agent à longue durée d'action en 2 doses à prendre à 20-30 minutes d'intervalle le matin afin que l'effet prenne plus de temps à s'épuiser.
Perte d'efficacité en fin de dose (symptômes réapparaissent tels qu'ils étaient avant d'être traités, mais trop tôt pour le patient)	● Adapter le mode de libération aux besoins du patient dans la journée. ● Prendre une dose additionnelle du même psychostimulant à courte durée d'action juste avant l'effet rebond habituel (ex.: prendre un Ritalin courte action 30 minutes avant la fin de l'effet du Concerta). ● Diviser la dose de l'agent à longue durée d'action en 2 doses à prendre à 20-30 minutes d'intervalle afin que l'effet prenne plus de temps à s'épuiser. ● Augmenter la dose ou diviser la dose quotidienne en BID si le patient n'obtient pas la durée théorique prévue. ● Combiner avec un agent non stimulant.
Perte d'efficacité d'un traitement qui est reçu depuis plusieurs mois et	● Si le traitement est bien établi depuis plusieurs mois, envisager un diagnostic différentiel élargi visant de nouvelles conditions. ● Pourrait être dû au passage d'un produit de marque à une formulation générique.

qui était autrefois efficace	● Il semblerait que, dans certains cas, l'arrêt intermittent du traitement stimulant (ou congés thérapeutiques) permette de maintenir les effets à des doses plus faibles. Ce phénomène n'est pas bien étudié, mais il est conseillé de prescrire de telles pauses au lieu d'augmenter la dose d'un traitement auparavant efficace. ● Il ne faut pas confondre les effets secondaires du stimulant sur le niveau d'énergie, sur l'humeur et sur le plaisir avec ses effets cliniques positifs sur l'attention et sur la maîtrise des comportements. Bien que l'effet secondaire positif sur le niveau d'énergie ait tendance à diminuer avec le temps, l'amélioration de l'attention soutenue perdure habituellement. ● Une fois le point précédent vérifié, il est possible que des augmentations répétées de la dose au fil du temps indique une « tolérance » au médicament.
Augmentation de la tension artérielle ou du pouls	● Généralement peu significatif cliniquement. Peut augmenter la TA de 3 à 8/2 à 4mmHg, et la FC de 3 à 10 bpm ● Une tolérance peut se développer. ● Diminuer la dose, tenter un autre psychostimulant ou une autre classe. ● Considérer atomoxétine ou guanfacine (bien que l'atomoxétine puisse augmenter la TA également)
Atomoxétine	
Douleur abdominale, vomissements, perte d'appétit	● Pour minimiser cet effet indésirable, respecter la titration proposée lors de l'initiation de la thérapie. ● Ralentir la titration si cet effet indésirable apparaît malgré la titration usuelle. ● Donner avec ou après un repas. ● Diviser la dose en BID avec repas.
Somnolence, fatigue, étourdissements	● Chez les enfants, on voit plutôt de la somnolence alors que, chez les adultes, on note davantage d'insomnie. ● Donner die HS ou diviser en BID.
Guanfacine	
Somnolence, fatigue, étourdissements	● Donner die HS.
Hypotension	● Titrer lentement ad effet thérapeutique souhaité. ● La tolérance peut se développer après un certain temps. ● Donner BID. ● Éviter arrêt brusque, car pourrait causer hypertension rebond (sevrer de 1 mg ou moins tous les trois à sept jours).

Ajustements du traitement

Principes généraux

- Débuter par une faible dose et l'augmenter de façon graduelle jusqu'à l'atteinte des objectifs thérapeutiques souhaités sauf si des effets indésirables empêchent toute autre augmentation de la dose ou que la dose maximale recommandée soit atteinte.
- Le traitement optimal est celui qui réduit les symptômes et améliore le fonctionnement global.
- La dose optimale est celle au-dessus de laquelle il n'y a aucune amélioration supplémentaire. Parfois, les effets secondaires limitent l'ajustement de la dose et on trouve pas la dose optimale.
- Lorsqu'un changement de médicament, un ajustement de dose ou un congé thérapeutique est nécessaire, si la situation le permet, envisager de le faire lors des longs congés ou pendant l'été, afin d'éviter les périodes sans réponse ou les effets indésirables possibles qui pourraient entraver le rendement scolaire ou professionnel à court terme.
- En présence d'effets indésirables, on recommandera en général d'effectuer l'une de ces modifications: réduire la posologie, changer de mode de libération, changer de molécule active, combiner les traitements ou interrompre le traitement.
- On réévaluera la pertinence de maintenir le traitement si la personne est asymptomatique, si elle développe un effet secondaire grave ou si elle tombe enceinte lors du traitement.
- Les ajustements par le pharmacien des substances contrôlées doivent être réalisés en maintenant le nombre maximum de mg prescrit par le prescripteur à l'origine (exemple : 30 jours de concerta 27mg = 810mg. Si je veux ajuster à 18mg, je pourrais servir un maximum de 45 comprimés).

Réponse insatisfaisante au traitement

Aspects à considérer avant de changer la médication :

D	Dose - Une dose suffisamment élevée a-t-elle été essayée ? La durée de l'effet thérapeutique est-elle adéquate ? Effets indésirables : La dose est-elle trop faible ou trop élevée ?
A	Arsenal - Est-ce que tous les médicaments possibles de la même ligne de traitement (cliniquement indiqués et raisonnables) ont été essayés ? Sinon, explorer pourquoi.
T	Temps - A-t-on pris le temps nécessaire pour examiner la réponse du patient et vérifier si les effets indésirables ne sont pas résolus ?
E	Examen - L'équipe patient-médecin a-t-elle déterminé des objectifs de traitement spécifiques et des moyens pour mesurer les changements ? Utilisez des outils normalisés pour mesurer la réponse, depuis plusieurs points de vue différents (ex.: enseignant, parent, conjoint et auto-évaluation).
R	Revue - Lors de l'établissement du diagnostic, a-t-on passé en revue les troubles comorbides potentiels, les complications psychosociales et les enjeux de mode de vie ?

Passage d'un agent à un autre

D'un psychostimulant à un autre

Agent de départ	Agent de remplacement	Commentaires
Méthylphénidate à courte action (<i>Ritalin</i>)	Méthylphénidate OROS (<i>Concerta</i>) Méthylphénidate multicouches (<i>Biphentin</i> et <i>Foquest</i>)	Calculer la dose équivalente en tenant compte du mode de libération : - Méthylphénidate multicouches 10-12 heures (<i>Biphentin</i>) = 40 % libération immédiate. - Méthylphénidate multicouches 16 heures (<i>Foquest</i>) = 20 % libération immédiate. - Méthylphénidate OROS 10-12 heures (<i>Concerta</i>) = 22 % libération immédiate.
Méthylphénidate OROS (<i>Concerta</i>)	Méthylphénidate multicouches (<i>Biphentin</i> et <i>Foquest</i>)	
Méthylphénidate multicouches (<i>Biphentin</i> et <i>Foquest</i>)	Méthylphénidate OROS (<i>Concerta</i>)	
Dextroamphétamine à libération immédiate (<i>Dexedrine</i>)	Sels mixtes d'amphétamines (<i>Adderall</i>) Lisdexamfétamine (<i>Vyvanse</i>)	Pas d'équivalence directe. Reprendre titration au départ.
Sels mixtes d'amphétamines (<i>Adderall</i>)	Lisdexamfétamine (<i>Vyvanse</i>)	
Lisdexamfétamine (<i>Vyvanse</i>)	Sels mixtes d'amphétamines (<i>Adderall</i>) Dextroamphétamine à libération immédiate (<i>Dexedrine</i>)	
Amphétamines (<i>Adderall</i> , <i>Dexedrine</i> , <i>Vyvanse</i>)	Méthylphénidate (<i>Biphentin</i> , <i>Concerta</i> , <i>Foquest</i> , <i>Ritalin</i>)	
Méthylphénidate (<i>Biphentin</i> , <i>Concerta</i> , <i>Foquest</i> , <i>Ritalin</i>)	Amphétamines (<i>Adderall</i> , <i>Dexedrine</i> , <i>Vyvanse</i>)	

D'un psychostimulant à un agent non stimulant

- Reprendre au départ.
- Si on veut éviter de perdre toute efficacité durant quelques semaines (étant donné que les agents non stimulants peuvent prendre quelques semaines avant d'atteindre leur effet maximal) et si on peut se permettre de poursuivre le psychostimulant, il pourrait être préférable de poursuivre le psychostimulant jusqu'à atteinte de l'effet maximal de l'agent non stimulant, puis envisager de sevrer graduellement le psychostimulant (et ainsi vérifier si on le conserve et à quelle dose).

Congés thérapeutiques

Psychostimulants

- Seulement possible avec les psychostimulants.
- Principales raisons justifiant les congés thérapeutiques :
 - Retrouver l'efficacité d'un traitement reçu depuis plusieurs mois et qui était autrefois efficace (permettrait de renverser une tolérance en installation).
 - Valider les bénéfices réels du traitement et réévaluer la balance entre les effets indésirables et l'efficacité.
 - Certains patients préfèrent retrouver leur vraie nature sans médication le temps de certaines activités comme les projets artistiques ou les activités sportives.
 - Mitiger certains effets indésirables aigus (comme l'insomnie ou la perte d'appétit) et certains effets indésirables chroniques (comme le ralentissement de la croissance).
- Par contre, les congés thérapeutiques ne sont PAS recommandés de manière routinière. Il est important de déterminer les besoins de chaque patient étant donné que certains patients pourraient avoir besoin de poursuivre leur traitement durant la fin de semaine également selon la sévérité de leurs symptômes, des atteintes fonctionnelles et de leurs activités durant la fin de semaine.

- Conseils généraux pour faciliter les congés thérapeutiques :
 - Selon la durée du congé, envisager de titrer à l'arrêt et/ou à la reprise afin de limiter les effets liés au sevrage du médicament, comme la fatigue (se présente chez certains patients), ou les effets liés à la réinstauration du traitement.
 - Selon les observations cliniques, l'interruption des psychostimulants toutes les fins de semaine peut en fait augmenter les effets secondaires lors des premiers jours de reprise.
 - Possibilité d'avoir des posologies intermédiaires durant la fin de semaine pour éviter les effets secondaires lors des reprises (exemple : Concerta 36mg les jours de semaine et 27mg la fin de semaine et les vacances).

Autres

- Les autres molécules (atomoxétine, guanfacine XR, etc.) sont des molécules qui doivent être prises régulièrement pour avoir un effet thérapeutique et un oubli peut déclencher des effets indésirables.
- Dans de rares cas, il serait possible de sevrer l'atomoxétine ou la guanfacine pour quelques mois, en respectant le sevrage et la titration à la reprise.

Comment cesser les médicaments

Psychostimulants

- Pour la majorité des patients, il est possible de cesser de façon abrupte ou de sauter des journées de prise sans aucun effet indésirable ou de sevrage.
- Certains individus peuvent éprouver des symptômes de sevrage tels que de la dysphorie ou de l'irritabilité lors de l'arrêt de ces agents, en particulier si les doses sont élevées.
 - Il est alors recommandé de réduire graduellement la dose.
- S'ils sont sevrés et re-débutés, une ré-augmentation graduelle pourrait être requise pour diminuer le risque d'effets secondaires.
- Ils pourraient être cessés rapidement dans certaines situations particulières (ex.: patiente vient d'apprendre qu'elle est enceinte). Évaluer les risques versus les bénéfices.

Atomoxetine

- L'atomoxétine a moins tendance à produire ces symptômes de sevrage et peut être cessée sans sevrage graduel.

Agonistes alpha-2 (guanfacine XR et clonidine)

- Ils ne doivent pas être interrompus brusquement et doivent toujours être réduits progressivement (par paliers de 1 mg maximum tous les 3 à 7 jours) en raison du risque d'augmentation rapide de la tension artérielle suivant un arrêt brusque.
- Un suivi de la TA et FC devrait être effectué tout au long du sevrage.

Conseil au patient

Conseils généraux

Au début du traitement

- La médication agit «comme une paire de lunettes pour le cerveau».
- Avoir des attentes raisonnables sur les effets de la médication. Il n'y a pas de pilule magique!
- Le niveau énergétique et les résultats académiques ne sont PAS une cible du traitement pharmacologique du TDAH.
- Favoriser une prise régulière de la médication.
- Minimiser les oublis (routine, alarme, pilulier).
- Coordonner les périodes où la médication est efficace avec celles où le TDAH entraîne un impact fonctionnel.
- Remplir un questionnaire au départ avant d'initier une molécule (SNAP-IV ou ASRS).

Lors des suivis

- Il y a la possibilité de changer pour une molécule à plus longue ou plus courte durée d'action si vous avez des effets indésirables ou un manque d'efficacité à la fin de la journée.
- Si c'est un enfant, impliquer l'enseignant dans la détermination de l'efficacité.
- Utiliser un formulaire d'évaluation permet de déterminer de manière plus spécifique l'efficacité du traitement.
- Réitérer l'importance des interventions psychosociales conjointement avec le traitement pharmacologique.
- Certains symptômes comme l'anxiété, la fébrilité, l'irritabilité et la dysphorie sont présents surtout en début de traitement.

Brochures et sites web disponibles

Vigilance

Professionnels

- Tableaux comparatifs des molécules (TDAH)
- Tableaux comparatifs des prix des molécules (TDAH)
- Outil clinique - CADDRA
- Fiche contenant le nom des molécules indiqués (officielles ou non) en TDAH

Patients

- TDAH feuille d'information (description, causes et facteurs aggravants, traitement, quand consulter)
- Outil clinique SNAP-IV-26 pour le parent ou professeur

CADDRA

- <https://www.caddra.ca/fr/>
- Lien (bilingue) décrivant l'essentiel des molécules en TDAH : <https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/Nov-2022-Medication-laminate-1.pdf>
- Trousse d'évaluation en français pour suivis : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/French_CADDRA-eToolkit-for-Download-July-10-2018.pdf
- Formulaire : <https://www.caddra.ca/fr/etoolkit-forms-french/>
- Informations pour le patient : [Information pour les parents](#)
- Médicaments : <https://www.caddra.ca/fr/ressources/tableaux-des-medicaments/>
- [Tableaux des médicaments](#)
- [Couverture des médicaments](#)
- Guide sur l'éducation psychosociale : [Guide sur la psychoéducation et interventions psychosociales](#)
[Ressources en ligne sur l'éducation psychosociale](#)

Clinique FOCUS et site web Attention Déficit

- <https://www.cliniquefocus.com/>
- <https://attentiondeficit-info.com/tdah-a-imprimer/>
- Description : site web créé par Dr. Annick Vincent, plusieurs outils, fiches à imprimer. Lien vers des formations pour les professionnels.

Fondation Philippe Laprise

- Formations pour les professionnels de la santé :
 - [Programme TDAH VIP +](#)
 - Programme gratuit destiné aux professionnels de la santé : 5 volets abordés par Dr. Annick Vincent.
- Programme pour les professionnels de l'éducation :
 - [Programme Apprendre et réussir avec le TDAH](#)
 - Programme gratuit composé de : 6 modules de 120 capsules vidéos ; 20 outils à télécharger ; un document accompagnateur de 89 pages

Livres

- *Mon cerveau a besoin de lunettes* (livre sur le TDAH pour les enfants, écrit par Dre Annick Vincent)
- *Mon cerveau a encore besoin de lunettes* (livre sur le TDAH pour les adolescents et les adultes, écrit par Dre Annick Vincent)
- *Troubles mentaux chez les enfants et les adolescents* (Destiné aux professionnels de la santé), Éditions Ste-Justine, Prévenir, repérer tôt, intervenir, par Leila Ben Amor, Dominique Cousineau, Yvon L'Abbé, Paule Morin
- *Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*, Éditions Ste-Justine, par Colette Sauvé
- *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit de l'attention*, Éditions Ste-Justine, par Colette

Tableau résumé des outils disponibles sur les sites web

Diagnostic			
• Qu'est-ce que le TDAH?, Quelles en sont les causes? Pourquoi et qui consulter? Quel professionnel consulter? • Se préparer au rendez-vous • LE TDAH EN 10 POINTS		• Qu'est-ce que le TDAH ? • Causes du TDAH • Diagnostic et suivi de l'enfant • Troubles et conditions associés • Information pour les parents	
Médicaments		Éducation psychosociale	
• Tableaux des médicaments • Couverture des médicaments		• Guide sur la psychoéducation et interventions psychosociales • Ressources en ligne sur l'éducation psychosociale	
Outils			
Généraux : • Questionnaires, Trucs et astuces, Gadgets, Livres, Ressources • Outils et conseils (Hôpital Ste-Justine) • Trucs pratiques	Pour l'éducation : • Comment étudier en catégories une banque de mots • J'améliore mes tables de multiplication • J'ai besoin d'aide • J'écoute attentivement à ma façon • Je signale mon degré de compréhension • Les cartes mentales • Ma locoMotivation • Tableau de Pythagore	Pour l'organisation • J'exécute une tâche • Je m'organise • Je me concentre • Je planifie mes tâches en fonction de mon énergie • Je fais mon sac d'école	Pour la gestion des émotions : • Je choisis la bonne route • Je sens l'émotion de... • Je suis fier de moi
Formations		Autres ressources générales	
Pour le grand public : • Formations en ligne, Conférences, Vidéos, FAQ • Programme TDAH VIP • Garder le cap : Trucs et Astuces pour traverser les tourbillons de la vie Pour les parents : • TRUC-ATOOUT pour les devoirs et leçons		• Site web sur le TDAH • Services pour favoriser la réussite scolaire et sociale (Associations PANDA) • Formulaires CADDRA	• Centre de sensibilisation au TDAH, Canada • Organisation CHADD • Présentation de la clinique du CHU St-Justine

Références

Diagnostic

- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH [En ligne]. 4.1 éd. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2020 [cité le 26 octobre 2022]. Disponible : https://adhdlearn.caddra.ca/wp-content/uploads/2022/08/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-French-4.1_Final_6_1_21.pdf
- Vincent A. Médication TDAH : Pour qui, pourquoi, quand, comment ? [En ligne]. Avril 2022 [cité le 4 novembre 2022]. Disponible : <https://agence-dpc.com/wp-content/uploads/2022/02/Me%CC%81dicaments-TDAH-VF.pdf>

Cibles

- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. [En ligne]. 4.1 éd. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2020 [cité le 26 octobre 2022]. Disponible : https://adhdlearn.caddra.ca/wp-content/uploads/2022/08/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-French-4.1_Final_6_1_21.pdf
- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Trousse CADDRA en version imprimée [En ligne]. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2020 [cité le 26 octobre 2022]. Disponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/French_CADDRA-eToolkit-for-Download-July-10-2018.pdf
- Klein R G, Mannuzza S, Ramos Olazagasti M A, Roizen E, Hutchison J A, Lashua E C, Castellanos F X. Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later. Arch Gen Psychiatry. 2012;69(12): 1295-1303. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.271 <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1378851>
- Shaw M, Hogkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods A G, Arnold E L. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. BCM Medicine [En ligne]. 2012 [cité le 9 novembre 2022];10(99). Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520745/pdf/1741-7015-10-99.pdf>
- Vincent A. Médication TDAH : Pour qui, pourquoi, quand, comment ? [En ligne]. Avril 2022 [cité le 4 novembre 2022]. Disponible : <https://agence-dpc.com/wp-content/uploads/2022/02/Me%CC%81dicaments-TDAH-VF.pdf>
- Dugré N, Dupuis S, Hébert I. Pharmascope [En ligne]. Montréal : 2020. [Balado], Épisode 46 : Votre attention s'il vous plaît, on parle de TDAH! (2 de 3) ; [cité le 4 novembre 2022]. Disponible : <https://pharmascope.ca/2020/02/16/episode-46-votre-attention-sil-vous-plait-on-parle-de-tDAH-2-de-3/>
- Stuhec M, Lukic P, Locatelli I. Efficacy, Acceptability, and Tolerability of Lisdexamfetamine, Mixed Amphetamine Salts, Methylphenidate, and Modafinil in the Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults : A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Pharmacother. 2019; 2:121-133. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30117329/>
- Castells X et coll. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev.2018;8:CD007813. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30091808/>
- Leung A, Hon K. Attention deficit – hyperactivity disorder. Advances in Pediatrics. 2016; 63:255-80. doi : <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.017>
- Biogeniq [En ligne]. Un bilan génétique pour identifier rapidement les médicaments potentiellement incompatibles et orienter le traitement du TDAH [cité le 8 novembre 2022]. Disponible : <https://biogeniq.ca/nos-produits/profil-tdah/>
- Clinique FOCUS [En ligne]. 2020. FAQ [cité le 16 novembre 2022]. Disponible : <https://www.cliniquefocus.com/faq/>

- Grimm O, Kranz TM, Reif A. Genetics of ADHD: What Should the Clinician Know? *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(4):18.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7046577/pdf/11920_2020_Article_1141.pdf
- Balogh L, Pulay AJ, Réthelyi JM. Genetics in the ADHD Clinic: How Can Genetic Testing Support the Current Clinical Practice? *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2022 [cité 16 nov 2022];13. Disponible à: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.751041>
- Stein MA, McGough JJ. The Pharmacogenomic Era: Promise for Personalizing ADHD Therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* avr 2008;17(2):475-xii.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2413066>
- Godbout M-J. Qu'est-ce que le plan d'intervention ? [cité le 16 novembre 2022]. Dans : Institut des troubles d'apprentissage [En ligne]. Disponible :
https://www.institutta.com/s-informer/plan-intervention-enfants?gclid=Cj0KCQiAsdKbBhDHARIsANJ6-jcQJmK9I8zxHYD9n1ri8R1lg1sHd3MTruO30oVb3EcGgQX6K83UA4aAieREALw_wcB
- Cloutier M-E. À quoi sert le plan d'intervention ? [cité le 16 novembre 2022]. Dans : alloprof parents [En ligne]. Disponible :
https://www.alloprof.qc.ca/fr/parents/articles/difficultes-ecole/a-quoi-sert-plan-d-intervention-k1280?gclid=Cj0KCQiAsdKbBhDHARIsANJ6-jdbK4PyhImIjUpl-Q5FNj_huyfyPO8UVse4d4OIPyitBXNUauEtEIOaAnbNEALw_wcB
- MTA (Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:1073-86. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10591283/>
- Berger S. Attention deficit hyperactivity disorder medications in children with heart disease. *Current Opinion in Pediatrics.* 2016; 28(5): 607-612. Disponible :
<http://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000388>
- Dugré N, Dupuis S, Hébert I. *Pharmascope* [En ligne]. Montréal : 2020. [Balado], Épisode 47 : Votre attention s'il vous plaît, on parle de TDAH! (3 de 3) ; [cité le 4 novembre 2022]. Disponible :
<https://pharmascope.ca/2020/03/01/episode-47-votre-attention-sil-vous-plait-on-parle-de-tdah-3-de-3/>
- Feldman M E, Charach A, Bélanger S A. Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 2 : le traitement [modifié le 4 novembre 2020 ; cité le 9 novembre 2022]. Dans : Société Canadienne de Pédiatrie [En ligne]. 2018. Disponible :
<https://cps.ca/fr/documents/position/tdah-le-traitement#:~:text=Selon%20une%20%C3%A9tude%20r%C3%A9cente%2C%20une,la%20dose%20cumulative%20de%20stimulants.>
- Auclair M, Elalami M. Traitement du TDAH chez l'enfant. *Québec Pharmacie.* 2018;65(6): 22-49.
- Guvenmez O, Cubuk M, Gunes S. The effects of medication on intraocular pressure in children with attention deficit hyperactivity disorder: A prospective study. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2020; 27(2): e45-e50. doi: 10.15586/jptcp.v27i2.665.
- Lewis H, Lewis J. Safe and effective methylphenidate therapy in a pediatric patient with glaucoma. *ADHD Atten Def Hyp Disord.* 2012; 4: 37-39. doi : 10.1007/s12402-012-0071-9.
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. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017;58(6):663-678.
doi:10.1111/jcpp.12684
Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28295312/>
- Guvenmez O, Cubuk M, Gunes S. The effects of medication on intraocular pressure in children with attention deficit hyperactivity disorder: A prospective study. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2020; 27(2): e45-e50. doi: 10.15586/jptcp.v27i2.665.
- Lewis H, Lewis J. Safe and effective methylphenidate therapy in a pediatric patient with glaucoma. *ADHD Atten Def Hyp Disord.* 2012; 4: 37-39. doi : 10.1007/s12402-012-0071-9.

- L'hôpital d'Ottawa. Guide : Le glaucome [En ligne]. 2008 [cité le 18 novembre 2022]. Disponible : <https://www.ottawahospital.on.ca/fr/documents/2017/01/ei-glaucome-f.pdf/>
- Moran LV, Ongur D, Hsu J, Castro VM, Perlis RH, Schneeweiss S. Psychosis with Methylphenidate or Amphetamine in Patients with ADHD. *N Engl J Med*. 21 mars 2019;380(12):1128-38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6543546/>
- Hechtman L. ADHD medication treatment and risk of psychosis. *The Lancet Psychiatry*. 1 août 2019;6(8):632-3. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30248-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30248-2/fulltext)
- Hollis C, Chen Q, Chang Z, Quinn PD, Viktorin A, Lichtenstein P, et al. Methylphenidate and the risk of psychosis in adolescents and young adults: a population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*. 1 août 2019;6(8):651-8. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30189-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30189-0/fulltext)
- Eiland LS, Bell EA, Erramouspe J. Priapism associated with the use of stimulant medications and atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Ann Pharmacother*. oct 2014;48(10):1350-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24982313/>
- Research C for DE and. FDA Drug Safety Communication: FDA warns of rare risk of long-lasting erections in males taking methylphenidate ADHD medications and has approved label changes. FDA [Internet]. 21 juin 2019 [cité 10 févr 2023]; Disponible à : <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-warns-rare-risk-long-lasting-erections-males-taking>

Mesures non pharmacologiques

- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. [En ligne]. 4.1 éd. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2020 [cité le 26 octobre 2022]. Disponible : https://adhdlearn.caddra.ca/wp-content/uploads/2022/08/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-French-4.1_Final_6_1_21.pdf
- Dugré N, Dupuis S, Hébert I. Pharmascope [En ligne]. Montréal : 2020. [Balado], Épisode 46 : Votre attention s'il vous plaît, on parle de TDAH! (2 de 3) ; [cité le 4 novembre 2022]. Disponible : <https://pharmascope.ca/2020/02/16/episode-46-votre-attention-sil-vous-plait-on-parle-de-tdah-2-de-3/>
- MTA Cooperative Group. 14-Month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 1073-86. doi : 10.1001/archpsyc.56.12.1073
- Cummings C. La mélatonine pour traiter les troubles du sommeil chez les enfants et les adolescents [En ligne]. Société Canadienne de Pédiatrie ; juin 2012 [mis à jour le 25 août 2021 ; cité le 8 novembre 2022]. Disponible : <https://cps.ca/fr/documents/position/melatonine-pour-traiter-troubles-du-sommeil-enfants-adolescents>
- Bloch M H, Mulqueen J. Nutritional Supplements for the Treatment of ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* [En ligne]. 2014 [cité le 16 novembre 2022]; 23(4): 883-897. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1056499314000340>
- Barragán E, Breuer D, Döpfner M. Efficacy and Safety of Omega-3/6 Fatty Acids, Methylphenidate, and a Combined Treatment in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2017; 21(5): 433-441. doi : 10.1177/1087054713518239.
- Farsad-Naeimi A, Asjodi F, Omidian M, Askari M, Nouri M, Pizarro A B, Elnaz Daneshzad E. Sugar consumption, sugar sweetened beverages and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine* [En ligne]. 2020 [cité le 16 novembre 2022]; 53: 1-7. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229919320540?via%3Dihub>

- Millichap J G, Yee M M. The Diet Factor in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics [En ligne]. 2012 [cité le 16 novembre 2022]; 129: 330-337. Disponible : <https://publications.aap.org/pediatrics/article/129/2/330/32645/The-Diet-Factor-in-Attention-Deficit-Hyperactivity>

Traitements

- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Guide CADDRA pour les traitements pharmacologiques du TDAH au Canada - Novembre 2022. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2022 [cité le 9 novembre 2022]. Disponible : <https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/Nov-2022-Medication-laminate-1.pdf>
- Vigilance Santé. (2022). RxVigilance (1.5.32) [Logiciel]. Vigilance Santé. Disponible : <https://rx.vigilance.ca/module/accueil/accueil-ndx.html>
- IBM Micromedex (2022). Micromedex. Disponible : <https://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/>
- Sharma A, Couture J. A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Annals of Pharmacotherapy [En ligne]. 2013 [cité le 1 novembre 2022]; 48(2): 209-225. Disponible : <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1060028013510699>.
- Sharbaf Shoar N, Marwaha R, Molla M. Dextroamphetamine-Amphetamine. [Mis à jour le 29 mai 2022]. Dans: StatPearls [En ligne]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507808/>
- Zhu H. Clinical Pharmacology and Biopharmaceutics Review(s) : Methylphenidate ER Capsules of 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60 mg [En ligne]. Center for Drug Evaluation and Research : 2014 [cité le 10 novembre 2022]. Disponible : https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2015/205831Orig1s000ClinPharmR.pdf
- Markowitz J S, Straughn A B, Patrick K S. Advances in the Pharmacotherapy of Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder: Focus on Methylphenidate Formulations. Pharmacotherapy. 2003; 23(10): 1281-1299. doi : 10.1592/phco.23.12.1281.32697
- Elbe D, MacBride A, Reddy D. Focus on Lisdexamfetamine: A Review of its use in Child and Adolescent Psychiatry. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry [En ligne]. 2010 [cité le 10 novembre 2022]; 19(4): 303-314. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962544/pdf/cacap19_4p303.pdf
- Dvorak P. Tableau des médicaments oraux ne pouvant être coupés ou écrasés. 30 juin 2022 [cité le 10 novembre 2022]. Dans : ModifyMeds.ca [En ligne]. Dvorak: 2022. Disponible : <http://www.modifymeds.ca/base-de-donnees/>
- Meyers R S, Thackray J, Matson K L, McPherson C, Lubsch L, Hellinga R C, Hoff D S. Key Potentially Inappropriate Drugs in Pediatrics: The KIDs List. J Pediatr Pharmacol Ther. 2020; 25(3): 175-191. doi : 10.5863/1551-6776-25.3.175
- Xiang Q. A Systematic Review of the Use of Bupropion for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology [En ligne]. 2017; 27(2): 112-116. Disponible : <https://www.liebertpub.com/doi/epub/10.1089/cap.2016.0124>

Ajustements et suivis recommandés

- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. [En ligne]. 4.1 éd. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2020 [cité le 26 octobre 2022]. Disponible : https://adhdlearn.caddra.ca/wp-content/uploads/2022/08/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-French-4.1_Final_6_1_21.pdf
- Canadian ADHD Ressource Alliance (CADDRA). Formulaire CADDRA de suivi pharmacologique. Disponible : https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Medication_Form_FR.pdf
- Dugré N, Dupuis S, Hébert I. Pharmascope [En ligne]. Montréal : 2020. [Balado], Épisode 46 : Votre attention s'il vous plaît, on parle de TDAH! (2 de 3) ; [cité le 4 novembre 2022]. Disponible :

<https://pharmascope.ca/2020/02/16/episode-46-votre-attention-sil-vous-plait-on-parle-de-tDAH-2-d-e-3/>

- Dugré N, Dupuis S, Hébert I. Pharmascope [En ligne]. Montréal : 2020. [Balado], Épisode 47 : Votre attention s'il vous plaît, on parle de TDAH! (3 de 3) ; [cité le 4 novembre 2022]. Disponible : <https://pharmascope.ca/2020/03/01/episode-47-votre-attention-sil-vous-plait-on-parle-de-tDAH-3-d-e-3/>
- Ming, X., Mulvey, M., Mohanty, S., & Patel, V. (2011). Safety and efficacy of clonidine and clonidine extended-release in the treatment of children and adolescents with attention deficit and hyperactivity disorders. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 2, 105–112. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S15672>
- Brown K A, Samuel S, Patel D R. Pharmacologic management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a review for practitioners. *Transl Pediatr*. 2018; 7(1): 36-47. doi : 10.21037/tp.2017.08.02.
- Wilens T E. Mechanism of Action of Agents Used in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* [En ligne]. 2006 [cité le 11 novembre 2022]; 67(8): 32-37. Disponible : https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/25080_mechanism-action-agents-used-attention-deficit-hyperactivity.pdf
- Rugino T. A review of modafinil film-coated tablets for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat* [En ligne]. 2007 [cité le 11 novembre 2022]; 3(3): 293–301. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654790/#:~:text=A%20likely%20hypothesis%20regarding%20modafinil's,nucleus%3B%20see%20Figure%202>.
- Traitements combinés du TDAH et autres symptômes associés prédominants. Dans : Apothicaire [En ligne]. Covapharm; Mars 2022 [cité le 11 novembre 2022]. p. 941B. Disponible : <https://apothicaire.covapharm.ca/fr>

Populations spéciales

- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. [En ligne]. 4.1 éd. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2020 [cité le 26 octobre 2022]. Disponible : https://adhdlearn.caddra.ca/wp-content/uploads/2022/08/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-French-4.1_Final_6_1_21.pdf
- Freeman M. ADHD and Pregnancy. *Am J Psychiatry*. 2014; 171(7): 723–728. doi : 10.1176/appi.ajp.2013.13050680 <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2013.13050680>
- Vincent A. « VOTRE ATTENTION S.V.P ! » : Discussion de cas cliniques en TDAH pour une prise en charge optimale de vos patients[En ligne]. Octobre 2022 [cité le 11 novembre 2022]. Disponible : <https://agence-dpc.com/wp-content/uploads/2022/08/Me%CC%81dicaments-TDAH-VF.pdf>
- Malo J, St-André M. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Dans : Ferreira E, Martin B, Morin C. Grossesse et allaitement. 2^e éd. Montréal (CA): Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013. p. 1065-1074.
- Guanfacine. Dans : Drugs and Lactation Database (LactMed) [En ligne]. 2018 [cité le 17 novembre 2022]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501522/>
- Capsules sur le méthylphénidate en grossesse et en allaitement. [En ligne]. 2018 [cité le 17 novembre 2022]. Disponible : <https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGe/Capsule-d-information>
- Vigilance Santé. (2022). *RxVigilance* (1.5.32) [Logiciel]. Vigilance Santé. <https://rx.vigilance.ca/module/accueil/accueil-ndx.html>

Substitution générique

- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. [En ligne]. 4.1 éd. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2020 [cité le 26 octobre 2022]. Disponible :

https://adhdlearn.caddra.ca/wp-content/uploads/2022/08/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-French-4.1_Final_6_1_21.pdf

- Monographie d'ACT-METHYLPHENIDATE ER® [En ligne]. Actavis Pharma Company; 2018. Disponible : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00045214.PDF
- Monographie d'APO-METHYLPHENIDATE ER® [En ligne]. Apotex Inc.; 2015. Disponible : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00051931.PDF
- Monographie de CONCERTA® [En ligne]. Janssen Inc.; 2016. Disponible : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00035872.PDF
- Monographie de PMS-METHYLPHENIDATE ER [En ligne]. Pharmascience Inc.; 2018. Disponible : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00044003.PDF
- Monographie de TEVA-METHYLPHENIDATE ER-C [En ligne]. Teva Canada Limitée; 2017. Disponible : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00041395.PDF
- Van Stralen JP. The clinical impact of switching attention deficit hyperactivity disorder patients from OROS®-MPH to Novo-MPH ER-C®: A paediatric practice review. Paediatr Child Health. 2013; 18(2): 70-73. doi : 10.1093/pch/18.2.70
- Fallu A, Dabouz F, Furtado M, Anand L, Katzman MA. A randomized, double-blind, cross-over, phase IV trial of oros-methylphenidate (CONCERTA®) and generic novo-methylphenidate ER-C (NOVO-generic). Ther Adv Psychopharmacol. 2016; 6(4): 237-251. doi: 10.1177/2045125316643674.
- Park-Wyllie L, van Stralen J, Castillon G, Sherman SE, Almagor D. Differences in Adverse Event Reporting Rates of Therapeutic Failure Between Two Once-daily Extended-release Methylphenidate Medications in Canada: Analysis of Spontaneous Adverse Event Reporting Databases. Clin Ther. 2017; 39(10): 2006-2023. doi: 10.1016/j.clinthera.2017.08.018.
- Park-Wyllie L, Van Stralen J, Almagor D, Dobson-Belaire W, Charland K, Smith A, Le Lorier J. Medication Persistence, Duration of Treatment, and Treatment-switching Patterns Among Canadian Patients Taking Once-daily Extended-release Methylphenidate Medications for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Population-based Retrospective Cohort Study. Clin Ther. 2016; 38(8): 1789-802. doi: 10.1016/j.clinthera.2016.07.001.

Valeurs normales en pédiatrie

- Bernard-Bonnin A-C, Ovetchkine P, Turgeon J, Hervouet-Zeiber C, Gauthier M. Dictionnaire de pédiatrie Weber. 3e éd. Chenelière; 2015.
- Carol K. Taketomo, Jane H. Hodding, Donna M. Kraus. Lexi-Comp's Pediatric Dosage Handbook; 2015 (sûrement présent dans d'autres versions également)
- Ensemble ABCdaire : [https://enseignement.chusj.org/fr/Formation-continue/ABCdaire/outils-\(1\)](https://enseignement.chusj.org/fr/Formation-continue/ABCdaire/outils-(1))
- Suivi collaboratif des 0 à 5 ans. Dépistage de l'hypertension artérielle. CHU Ste-Justine; 2017. <https://enseignement.chusj.org/ENSEIGNEMENT/files/37/37a40bdb-6b4e-40ab-96cb-0bf0d0ed760c.pdf>
- Courbes de croissances : <http://www.urgencehsj.ca/referentiels/courbes-de-croissance/>
- Autres courbes utilisées par fois : <https://enseignement.chusj.org/ENSEIGNEMENT/files/c1/c160c227-35c8-4370-97f2-868082fd8506.pdf>
- Références pour les valeurs normales de TA et FC en pédiatrie : <http://www.urgencehsj.ca/referentiels/signes-vitaux-normaux-chez-lenfant/>

Prise en charge des effets secondaires

- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. [En ligne]. 4.1 éd. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2020 [cité le 26 octobre 2022]. Disponible : https://adhdlearn.caddra.ca/wp-content/uploads/2022/08/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-French-4.1_Final_6_1_21.pdf

- Auclair M, Elalami M. Traitement du TDAH chez l'enfant. Québec Pharmacie [En ligne]. 2018 [cité le 18 novembre 2022]; 65(6): 22-49. Disponible : <https://www.professionsante.ca/quebec-pharmacie-0>

Ajustements du traitement

- Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Lignes directrices canadiennes sur le TDAH : Pages 81-87. [En ligne]. 4.1 éd. Toronto (Canada) : CADDRA ; 2020 [cité le 26 octobre 2022]. Disponible : https://adhdlearn.caddra.ca/wp-content/uploads/2022/08/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-French-4.1_Final_6_1_21.pdf
- Auclair M, Elalami M. Traitement du TDAH chez l'enfant. Québec Pharmacie [En ligne]. 2018 [cité le 18 novembre 2022]; 65(6): 22-49. Disponible : <https://www.professionsante.ca/quebec-pharmacie-0>
- Wernicke JF, Adler L, Spencer T, West SA, Allen AJ, Heiligenstein J, Milton D, Ruff D, Brown WJ, Kelsey D, Michelson D. Changes in symptoms and adverse events after discontinuation of atomoxetine in children and adults with attention deficit/hyperactivity disorder: a prospective, placebo-controlled assessment. J Clin Psychopharmacol. 2004; 24(1): 30-35. doi: 10.1097/01.jcp.0000104907.75206.c2.

Recommandations sur les meilleures pratiques

- Brassard J, Moreault B, Lapalme M, Lauzon A, Desmarais S, Bouchard S. Mars 2018. Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (tdah) ou des difficultés apparentées. Pages 148. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Trajectoire_TDAH.pdf
- Brassard J, Moreault B, Lapalme M, Lauzon A, Desmarais S, Bouchard S. Août 2018. Avis sur la trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (tdah) ou des difficultés apparentées. pages 10. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_fiche-synthese_TDAH.pdf
- Allard M, Bonneau L, Ferragne M-H, Fleurant J, Normand N, Roy J, et al. PROTOCOLE Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : Démarche concertée du cheminement clinique pour l'évaluation et l'intervention interdisciplinaires et intersectorielles MSSS-MEES auprès des jeunes d'âge scolaire et leur famille. CIUSSS de l'Estrie - CHUS; 2019. Disponible : https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/TDAH/Protocole_TDAH.pdf