

THÉMATIQUE :	Utilisation de la médication pour le TDAH
INTRODUCTION (ou état de situation) :	<p>Le trouble de déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H) est l'un des troubles de santé mentale les plus communément diagnostiqués durant l'enfance (Riberdy, Tétrault et Desrosiers, 2013). L'état actuel des connaissances démontre un taux de prévalence du TDAH à travers le monde oscillant en 5 % et 7 % (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman et Rohde, 2007). Dans la population générale, le TDAH est plus prévalent chez les garçons avec un ratio de 2 : 1 (APA, 2013).</p> <p>Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental en lien avec le développement de certaines régions du cerveau qui serait expliqué à 75 % par transmission génétique (Faraone et Mick, 2010). L'expression et les manifestations comportementales du TDAH sont modulées et exacerbées par des facteurs psychosociaux tels que l'environnement familial, l'attachement, les styles parentaux, les relations avec les pairs et l'environnement scolaire (Hale, Reddy, Weissman, Lukie & Schneider, 2013).</p> <p>Actuellement, le TDAH est souvent traité par médication, au Québec comme ailleurs dans le monde. En fait, on estime que 6,4 % de la population fait usage de médication dans la province de Québec et l'utilisation a connu une hausse constante au cours des dernières années (2,7 % en 2006-2007, 4,9 % en 2012-2013, 5,3 % en 2013-2014 et 5,8 % en 2014-2015). Ce pourcentage est d'ailleurs supérieur à celui observé dans le reste du Canada (2,4 %) (Turgeon, 2017a). Ce traitement réputé efficace soulève néanmoins des controverses dans la population. Certains estimant qu'on y a recourt de façon abusive, et parfois, à défaut d'autres efforts qui pourraient être aussi efficaces, seuls ou en combinaison avec la médication.</p>

DÉCLARATION DE PRINCIPE :	<p>Le TDAH est un trouble de santé mentale reconnu dans le DSM-5 et la CIM-10. Uniquement les médecins (généralistes ou spécialistes), les psychologues ainsi que les conseillers d'orientation et les infirmières habilités par leur ordre professionnel, sont autorisés à poser ce diagnostic.</p> <p>Ainsi, il n'est pas possible pour un enseignant, une direction d'école ou toute autre personne non habilitée de poser un diagnostic de TDAH. Il n'est également pas acceptable de rendre la fréquentation scolaire d'un jeune conditionnelle à la prise d'une médication.</p> <p>Il est cependant indéniable que le personnel enseignant et professionnel du milieu scolaire est positionné de façon idéale pour détecter et dépister tôt dans le parcours d'un enfant, des indices de la présence de ce trouble. De ce fait, l'école doit disposer de ressources accessibles afin de favoriser le développement des connaissances chez le personnel scolaire concernant le TDAH (Turgeon, 2017b). Lorsqu'une telle détection se produit, une collaboration rapprochée entre le personnel de l'école et la famille de l'enfant devrait être développée afin de mettre en place rapidement les interventions éducatives reconnues efficaces pour compenser les déficits associés au TDAH et favoriser la meilleure adaptation possible de cet enfant à l'école et à la maison.</p> <p>Parallèlement à la mise en place des interventions éducatives, il est pertinent d'entreprendre une consultation médicale afin de vérifier si certaines conditions de la santé globale du jeune peuvent influencer ses difficultés (sommeil, alimentation, conditions de vie, allergies, etc.). Dans l'éventualité où les difficultés persistent, il devient pertinent de pousser plus loin l'évaluation de l'enfant, sur le plan psychosocial, neuropsychologique et médical, afin de poser un diagnostic et d'apporter une aide supplémentaire à l'enfant et à sa famille.</p> <p>Le CQJDC est donc en accord avec la Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA, 2011) lorsqu'elle affirme que « le traitement doit être multimodal, il n'existe aucun traitement pour le TDAH (y compris les médicaments) qui peut assurer à lui seul de bons résultats à long terme ». Ainsi, le CQJDC est d'avis que l'intervention éducative et psychosociale devrait être préalable à l'intervention médicale et qu'elle devrait toujours</p>
----------------------------------	--

	<p>accompagner l'usage d'une médication lorsque celle-ci est jugée indiquée. En effet, la CADDRA mentionne dans ses travaux un taux d'efficacité de 50 % à 70 % du traitement pharmacologique lorsqu'il est employé seul.</p> <p>Le TDAH étant maintenant considéré comme un trouble chronique, il est nécessaire que les traitements mis en place soient considérés à long terme et qu'ils impliquent une collaboration étroite entre le milieu scolaire, familial et médical, le cas échéant. Par ailleurs, la présence fréquente d'autres problèmes d'adaptation ou de santé mentale en concomitance avec le TDAH appelle à une évaluation approfondie de la situation des jeunes et de leur entourage, afin d'orienter les traitements vers l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer l'adaptation scolaire et sociale. Dans cette optique, toute démarche devrait s'insérer dans un système intégré de soins et services afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de l'enfant (Turgeon, 2017b).</p>
<p>RECOMMANDATIONS :</p>	<p>Considérant ces différents éléments, le CQJDC endosse la philosophie des cinq paliers d'un traitement holistique proposés par la CADDRA (2011) :</p> <p>1. Sensibilisation adéquate du jeune et de sa famille <i>L'information sur la condition et le traitement doit être la première intervention. Plus la famille et le jeune sont informés, meilleurs seront leur choix et leur réponse au traitement.</i></p> <p>2. Interventions relatives au comportement <i>La stratégie de base consiste à développer de meilleures habitudes qui, ultimement, peuvent permettre de développer des stratégies d'adaptation qui vont aider à réduire l'impact fonctionnel lié au TDAH. Les jeunes atteints de TDAH peuvent prendre plus de temps à intégrer de nouvelles habitudes dans leur vie.</i></p> <p>3. Traitement psychologique <i>Le jeune atteint de TDAH présente un grand risque d'être la cible de conflits délibérés ou involontaires. Ces conflits ont un effet direct sur son amour-propre et sur le bien-être de son entourage. Un environnement favorable, de la sensibilité et de la compréhension lui sont donc nécessaires. Les interventions peuvent comprendre du soutien, des services de consultation et</i></p>

une thérapie pour aider à limiter les dommages à l'estime de soi de telles expériences.

4. Adaptations ou accommodements scolaires

Le TDAH devrait être défini comme un trouble développemental neuropsychiatrique et le jeune devrait avoir accès à des accommodements en milieu scolaire, selon les besoins identifiés.

Au Québec, un diagnostic de TDAH ne suffit pas à lui seul pour assurer des services adaptés et individualisés aux jeunes. Toutefois, la majorité des élèves ayant un TDAH peuvent être considérés comme des élèves à risque ou en difficulté d'adaptation, ce qui leur permet de bénéficier d'une intervention pour diminuer l'impact de leurs difficultés. Cette intervention peut découler de moyens habituels, incluant les différenciations pédagogiques, ou d'une démarche d'élaboration d'un plan d'intervention.

La recherche montre que plusieurs stratégies ou interventions peuvent favoriser l'adaptation et la réussite scolaire des élèves avec un TDAH (MEQ-MSSS, 2003). Cependant, le choix des stratégies spécifiques à utiliser pour soutenir un élève en particulier devrait toujours découler d'une évaluation approfondie des besoins et difficultés spécifiques de ce dernier.

5. Traitement médical (comme moyen de faciliter les autres interventions)

Le TDAH est une condition médicale qui requiert une compréhension des options médicales. Chaque jeune doit bénéficier d'un traitement qui lui soit propre et adapté individuellement. Il n'existe pas de traitement pharmacologique universel pour tous les jeunes atteints de TDAH (CADDRA, 2013).

Références

American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance (CADDRA). (2011). *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH* (3^e éd.). Toronto, ON: Auteur.

Faraone, S.V. et Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(1), 159-180.

Hale, J. B., Reddy, L. A., Weissman, A. S., Lukie, C. et Schneider, A.N. (2013). Attention deficit-hyperactivity disorder. Dans L. A. Reddy, A. S. Weissman et J. B. Hale (dir.), *Neuropsychological assessment and intervention for youth* (p. 127-154). Washington, DC: American Psychological Association.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. et Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.

Riberdy, H., Tétreault, K. et Desrosiers, H. (2013). *La santé physique et mentale des enfants : une étude des prévalences cumulatives*. Québec, QC : Institut de la statistique du Québec.

Turgeon, M. (2017a). Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins. Repéré sur le site de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) :
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS-Rapport_TDAH_Qc.pdf

Turgeon, M. (2017b). Portrait des services psychosociaux utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins. Repéré sur le site de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) :
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_TDAH_SS.pdf