

MÉMOIRE À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le TDAH et la consommation de psychostimulants et autres médicaments.

Groupe de professionnels ayant pris position publiquement:

Dr Valérie Labbé, Lévis

Dr Guy Falardeau, Québec

Joël Monzier, Lac Masson

Dr Pierre-C. Poulin, St-Georges

Mesdames et messieurs, membres de la commission parlementaire de la santé et des services sociaux,

Nous voulons d'abord vous remercier infiniment de nous recevoir et d'avoir accepté de vous pencher sur la problématique de l'augmentation des diagnostics de TDAH et surtout des prescriptions de médicaments pour le traiter chez nos jeunes. Nous avons soulevé cette problématique dernièrement, appuyés par 45 pédiatres, et nous y avons proposé des pistes de solutions, appuyés par 70 pédiatres, provenant de toutes les régions du Québec.

Les dernières études disponibles ont montré que l'incidence du TDAH (Trouble déficitaire d'attention/hyperactivité) et la consommation des médicaments en découlant ont fait un bond dans les dernières années auprès des jeunes 0-18 ans. On pourrait dire la même chose de l'incidence du trouble anxieux et de l'utilisation des antidépresseurs pour les traiter. Nous pédiatres, demandons qu'une remise en question soit faite chez les médecins prescripteurs (médecins de famille, pédiatres, psychiatres), mais aussi chez le corps enseignant, les parents, les psychologues ayant à évaluer ces enfants, le gouvernement qui doit dispenser les services et toute la société qui se retourne trop facilement vers une pilule pour traiter tous les maux.

Les données de l'INESSS

L'Institut national d'excellence en santé et service sociaux (INESSS) a publié en septembre 2017 trois rapports sur le TDAH chez les 0-25 ans. L'un des rapports porte sur la prévalence de l'usage des médicaments à partir des données du régime public d'assurance médicament (RPAM) et des données de la RAMQ¹. Un autre porte sur la prévalence de l'usage des médicaments à partir des données de l'IMS², donc provenant autant du régime public que des régimes privés d'assurance, et on a pu le comparer au reste du Canada. Enfin le troisième porte sur l'utilisation des services psychosociaux chez les enfants avec TDAH à partir de différentes bases de données du MSSS et d'entrevues avec des représentants de groupes cibles³.

Les résultats des travaux de l'INESSS devraient nous amener à faire un sérieux examen de conscience sur l'utilisation des psychostimulants chez les enfants du Québec.

Les données de prescriptions de médicaments pour le TDAH, par groupe d'âge, entre 2006-07 et 2014-15 chez les enfants dont les médicaments sont assurés par le régime public d'assurance médicaments (RAMQ) ont été analysées. Il s'agit du pourcentage d'enfants, adolescents ou jeunes adultes qui ont reçu au moins 1 prescription de

¹ INESSS septembre 2017. 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.

² INESSS septembre 2017. Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins.

³ INESSS septembre 2017. 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.

médicaments pour le TDAH pendant la période visée. Entre 2006-07 et 2014-15, la consommation de médicaments pour le TDAH est passée de 2,7% à 5,8% chez les 0-25 ans. Ce taux atteint maintenant 10,7% chez les 6-9 ans, 14,0% chez les 10-12 ans et 9,9% chez les 13-17 ans.

Par ailleurs, les données de l'INESSS ont permis d'évaluer la prévalence d'utilisation des médicaments chez tous les enfants québécois quel que soit la couverture d'assurance-médicament et de faire une comparaison avec le reste du Canada.

Cette étude a démontré que les Québécois utilisaient beaucoup plus les médicaments pour le TDAH que le reste du Canada. En 2014-15, la prévalence était de 6,44% au Québec, 3,26% au Canada et 2,39% au Canada sans le Québec. Encore là les données de l'INESSS montrent une consommation de médicaments pour le TDAH chez 13,9% des 10-12 ans et 14,5% chez les 13-17 ans. Ces chiffres sont pour le Canada sans le Québec de 5,0 et 4,3% respectivement.

L'INESSS avait aussi publié une trajectoire pour les enfants présentant un TDAH, faisant une place plus grande pour l'intervention psychosociale, le support aux parents, et aux enseignants⁴. Force est de constater que cette recommandation n'a pas reçu l'accueil nécessaire pour favoriser l'intervention globale via les services sociaux. Seuls les parents disposant d'une marge de manœuvre financière suffisante peuvent aller chercher de l'aide via les services psychothérapeutiques offerts dans des cliniques privées.

Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire

Ces données datent de 2014-2015. Rien n'indique que la situation ait changé. Au contraire tout laisse croire que la tendance à l'augmentation persiste. Une étude récente de l'Institut de la statistique du Québec⁵ a démontré que le nombre d'élèves du secondaire ayant un niveau élevé de détresse psychologique est passé de 21% en 2010-11 à 29% en 2016-17. Et la proportion d'adolescents du niveau secondaire prétendant avoir un TDAH confirmé par un médecin ou un spécialiste de la santé est lui passé de 13 à 23% (27,4% chez les garçons). Du côté des troubles anxieux, ce sont maintenant 17% des jeunes qui sont touchés (22,9% des filles) contre 9% il y a 6 ans. Ces données sont cohérentes avec l'expérience clinique.

Conclusion

Les données fournies par ces rapports sur l'utilisation des médicaments pour le TDAH chez les 0-25 ans sont troublantes. L'utilisation est plus élevée que la fréquence

⁴ INESSS 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.

⁵ Institut de la statistique du Québec. 2018. Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Tome 2 L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes.

attendue de TDAH (5-10%) et plus élevée que dans le reste du Canada. On doit donc chercher des explications spécifiques au Québec.

Pourtant, même s'il a été clairement démontré que le traitement médicamenteux est efficace à court terme, il reste que ce n'est pas nécessairement le cas à long terme. Les données de l'étude intitulée Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity⁶ Disorder Study, appelée étude MTA, qui a évalué un traitement multimodal combinant un médicament et une approche comportementale, ont remis en question leur efficacité à long terme, mais ont aussi émis des réserves sur l'effet négatif potentiel sur la croissance.

Les critères de diagnostic du TDAH (même si on peut les critiquer) sont pourtant les mêmes dans le reste du Canada. Les questionnaires souvent utilisés (Conners) sont identiques. Les jeunes du reste du Canada jouent aux mêmes jeux vidéo. Il y a donc des facteurs spécifiques au Québec qui expliquent cette troublante différence dans l'utilisation des médicaments pour le TDAH.

Nous demandons impérativement à tous ceux concernés, et au fond n'est-ce pas toute la société qui est concernée, de faire un sérieux examen de conscience et de se questionner pour savoir pourquoi tant de jeunes présentent des symptômes d'inattention, d'hyperactivité, d'impulsivité et d'anxiété, au point d'être traités avec des médicaments psychotropes aussi souvent.

Pistes de solutions :

Voici six pistes de solutions que nous proposons pour modifier cette trajectoire.

1) Mettre sur pied un comité d'études conjoint MSSS-MEQ

En 1999, le ministère de la santé et des services sociaux, troublé par l'augmentation de consommation des psychostimulants chez les enfants... avait mis sur pieds conjointement avec le ministère de l'éducation un comité conseil sur le TDAH⁷. Le rapport avait été publié en 2000 et avait émis diverses recommandations pour mieux prévenir, mieux diagnostiquer et mieux traiter le TDAH.

Voici ce qu'on y disait il y a 19 ans entre autres et qui est troublant d'actualité en 2019, comme si on n'avait rien réglé:

⁶ The Journal of Child Psychology and Psychiatry. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder : symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. 2017

⁷ 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. INESSS, 2017

« La controverse entourant l'usage de SSNC et l'augmentation considérable de leur consommation ces dernières années ont alerté les ministères concernés qui ont convenu de la nécessité d'agir. »

Jusqu'à présent, on a considéré que l'enfant ou l'adolescent était « seul responsable » de ses défis, ciblant préalablement comme porteur d'un « trouble neuro-développemental d'origine génétique ». Or, il y a de nombreuses raisons tant physiologiques que psychologiques et pédagogiques qui peuvent expliquer les retards et les lacunes en termes de développement global de l'enfant. À cet effet, le *PsychoDynamic Diagnostic Manual* explore beaucoup plus les nuances des diagnostics psychiatriques⁸.

Par exemples, quel est l'impact neurodéveloppemental des troubles de l'attachement, des stress post-traumatiques, des tâches cognitives attendues alors que biologiquement l'enfant n'est pas encore prêt, de son âge au moment d'intégrer un groupe classe (les enfants diagnostiqués sont très souvent les plus jeunes de la classe), etc. Aujourd'hui, les recherches en neurosciences ne peuvent plus nous permettre d'ignorer ces facteurs qui influent l'émergence de symptômes, trop souvent confondus avec ceux du TDAH⁹.

Dans le même ordre d'idée, quel est l'impact du manque d'activité de développement global et des écrans sur la maturation cérébrale du cerveau, alors que la nourriture industrialisée n'est pas innocente dans certaines réactivités comportementales¹⁰. Or, ces éléments sont rarement adressés lors du processus diagnostique, tant chez le médecin que les équipes scolaires ou celles des CLSC.

Fondamentalement, ces éléments doivent alerter les professionnels de la santé, comme ceux du milieu de l'éducation, à la nécessité de ne pas se tromper dans l'établissement

⁸ PDM, *PsychoDynamic Diagnostic Manual*, 2006; J.Monzée, *J'ai juste besoin de votre attention*, Eds DB, 2016.

⁹ Dennis Charney & Eric Nestler, *Neurobiology of mental illness*, Oxford UP, 2004; François Gonon, *L'hypothèse dopaminergique du TDAH: faits, interprétations, conséquences*, Erès, 2008:131-155; D.P. Laplante, et al., «Project Ice Storm», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008, vol. 47(9), p. 1063-1072; É. Goldbeter-Merinfeld, «De la neurobiologie à la psychothérapie». *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2009; vol. 43(2), p. 17-33; J.P. Vaillancourt, *L'origine neurologique du TDAH: fait ou hypothèse*, RQP, 2012; J. Monzée (dir.). *Neurosciences, psychothérapie et développement affectif de l'enfant*, Eds Liber, 2014; J. Monzée, « Les sensations cutanées contribuent à la réassurance affective tant du poupon que de sa mère », *Spirale – Revue médicale de périnatalité* (sous-presse).

¹⁰ J. Monzée (dir.). *Soutenir le développement affectif des enfants et des adolescents*, Eds CARD, 2014. J. Monzée (dir.). *Neurosciences, psychothérapie et développement affectif de l'enfant*, Eds Liber, 2014.

de la direction thérapeutique ou du soutien pédagogique nécessaire.

Dans le même ordre d'idée, nous nous interrogeons sur la capacité du milieu de l'éducation à répondre aux besoins pédagogiques, mais aussi affectifs et physiques, des garçons.

Force est de constater que l'augmentation de consommation de psychostimulants a décuplé depuis 1999.

Nous demandons donc qu'un comité conseil semblable soit mis sur pieds, avec les mêmes objectifs, mais en ayant en considération l'objectif de mieux encadrer le diagnostic et la prescription de médicaments pour le TDAH, d'évaluer comment on pourrait améliorer l'accès aux services, et pourquoi pas de se pencher sur la détresse psychologique de nos jeunes.

2) Améliorer l'accès à des services psychosociaux

Dans son évaluation du TDAH, l'INESSS a publié en 2017 un rapport sur l'utilisation des services psychosociaux chez les jeunes avec ce diagnostic¹¹. En ce qui concerne les personnes de 17 ans et moins (ou leurs parents) rejoints, le tiers (286) seulement avait utilisé des services psychosociaux. 50% y avait eu accès en moins de 12 mois, le reste entre 1 an et plus de 5 ans... Dans un autre document sur la trajectoire de services, il était recommandé de mettre en place dès l'apparition des premiers symptômes des mesures d'ordre psychoéducatif validées par la recherche, pour soutenir les parents et modifier positivement si possible l'évolution du problème.

Par ailleurs, on constate que la départementalisation des enveloppes budgétaires a fait en sorte qu'il existe un certain nombre de professionnels de la santé et d'intervenants psychosociaux qui sont sur-exploités, alors que certains services regorgent de personnel sous-utilisé. La possibilité de retrouver une certaine flexibilité dans l'affectation des ressources humaines pourra contribuer à désengorger le soutien aux familles au sein des CLSC.

Nous demandons donc que des ressources psychoéducatives soient mises en place et offertes aux parents d'enfant avec des symptômes ou un diagnostic de TDAH. L'accès au traitement pharmacologique, sauf pour les cas sévères, devrait être réservés à ceux pour qui ce type d'intervention n'a pas corrigé suffisamment les symptômes et leur impact quotidien.

3) Valider les questionnaires d'évaluation utilisés

¹¹ 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. INESSS, mars 2018

Le diagnostic de TDAH est basé entre autres sur l'utilisation de questionnaires, la plupart (Conners) ayant été validés statistiquement sur d'autres populations que la nôtre.

Même les évaluations dans les cliniques de neuropsychologie sont à prendre avec circonspection, car la manière dont les passations sont effectuées réduit la qualité et la pertinence des résultats¹².

Par ailleurs, les indices de l'anxiété et d'autres sources tel qu'exposées plus haut sont parfois confondus durant l'évaluation – malheureusement – subjective des comportements rapportés sur un questionnaire par les adultes qui, au moment où ils vont chercher de l'aide, sont eux-mêmes en détresse¹³.

Nous recommandons qu'une étude de validation statistique soit faite avec le Conners, le Poulin, et le SNAP. Cette étude permettrait de vérifier la prévalence du TDAH selon ces questionnaires et de mettre à jour la validation statistique dans notre population.

4) Faire des lignes directrices sur le TDAH et surtout le TDA

Une partie significative de l'augmentation de consommation de psychostimulants est probablement due à la prévalence accrue de diagnostics de TDA sans hyperactivité. Ceci est pourtant peu validé par la recherche.

Il est à noter que, parmi les éléments qui nous distinguent de la prise en charge des Européens et, surtout, des Français, c'est qu'ils utilisent les critères du CIM qui requiert la présence des 3 polarités du TDA/H (inattention, impulsivité et hyperactivité), alors que l'expérience nord-américaine tend à poser le diagnostic dès qu'une seule série de symptômes sont observables.

Enfin, l'apport des psychologues et, dans la mesure du respect de la loi, des psychothérapeutes doit dépasser le cadre d'une mesure psychométrique, à savoir qu'il est important pour le médecin qu'une exploration de la singularité de l'histoire de l'enfant et de sa famille. Ainsi, les éléments qui tendent à confondre le TDAH avec une autre psychopathologie peuvent être documentés par ces professionnels dûment encadrés par l'Ordre des psychologues.

Nous demandons que l'Ordre des psychologues et le Collège des médecins refassent des lignes directrices sur le diagnostic de TDAH, en accordant une attention particulière au TDA sans hyperactivité, les expertises et évaluations nécessaires, le degré d'impact fonctionnel nécessaire pour porter le diagnostic, et l'élimination des autres diagnostics

¹² J. Monzée, [<https://joelmonzee.com/et-les-tests-en-neuropsychologie-sont-ils-valides/>], consulté en 2019.

¹³ J. Monzée, *Médicaments et performance humaine*, Eds. Liber, 2010.

différentiels susceptibles d'expliquer les symptômes d'inattention. Ceci éviterait que les psychostimulants deviennent pour la performance scolaire ce que sont les stéroïdes anabolisants pour la performance sportive.

5) Offrir plus d'activités physiques

Plusieurs études ont soulevé l'hypothèse que des activités physiques accrues pouvaient contribuer à diminuer les symptômes d'inattention et d'hyperactivité chez les enfants.¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹

Nous demandons qu'on procède à des études pilotes pour évaluer l'impact que pourrait avoir une offre de 30-45 minutes d'activités physiques aérobiques à tous les jours en milieu scolaire. Cela pourrait aussi contribuer à diminuer ce grave problème de santé publique qu'est la fréquence accrue de l'embonpoint et de l'obésité chez nos jeunes.

6) Diminuer l'utilisation des jeux vidéo

De même certaines études ont démontré que l'utilisation abusive des jeux vidéo pouvait favoriser l'émergence de symptômes de TDAH ou en aggraver la portée²⁰⁻²¹.

Les travaux du psychiatre Bruno Harlé, de la psychologue Sabine Duflo et du neuroscientifique Michel Desmurget²² dressent d'ailleurs des portraits précis des situations cliniques rencontrées. Enfin, des études encore plus récentes montrent que l'usage inapproprié des écrans-de-loisir tendent à affecter les processus de maturation

¹⁴ Exercise improves behavioral, neurocognitive, and scholastic performance in children with ADHD. Pontifex et al. J. Pediatrics 162 : 543-551, 2013

¹⁵ A physical activity program improves behavior and cognitive functions in children with ADHD : an exploratory study. Verret et al. J. Att. Dis 16 :71. 2012

¹⁶ Emerging support for a role of exercise in attention-deficit/hyperactivity disorder intervention planning. Berwid et al. Curr. Psychiatry. Rep. 14 : 543-551. 2012

¹⁷ Is physical activity causally associated with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. Rommel et al. J. Amer. Acad. Ch. Adol. Psych. 54 : 565-570. 2015

¹⁸ A randomized trial examining the effects of aerobic physical activity on attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in young children. Hoza et al. J. Abnorm. Child Psychol. 43 : 655-667, 2015

¹⁹ Effects of the FITKids randomized controlled trial on executive control and brain function. Hillman et al. Pediatrics 134 : e1063-e1071. 2014

²⁰ Television and video game exposure and the development of attention problems. Swing et al. Pediatrics 126 : 214-221. 2010

²¹ The screens culture : impact on ADHD. Weiss et al. ADHD Atten Def Hyp Disord, 3 : 327-334. 2011

²² *Michel Desmurget, TVLobotomie, Editions Max Milo, 2011; Joël Monzée (dir), Neurosciences, psychothérapie et développement affectif des enfants, Éditions Liber, 2014; Jacques Brodeur, Edupax.ca.*

de plusieurs aires corticales essentielles pour la régulation des émotions et l'auto-contrôle en classe ou en famille²³.

*Nous demandons qu'une campagne de sensibilisation soit faite auprès de la population pour les inciter à limiter l'utilisation des jeux vidéo et le temps d'écran en général. On pourrait aussi envisager, comme certaines écoles l'ont fait, d'interdire l'utilisation des téléphones cellulaires, et tablettes en milieu scolaire, hormis à des fins éducatives (surtout dans des écoles secondaires).*²⁴

Conclusions :

Nous continuons impérativement de demander à aux médecins concernés, aux psychologues, au milieu scolaire, aux parents, et aux politiciens et à toute la société québécoise de faire cet examen de conscience que nous réclamions et de s'interroger sur la détresse psychologique de nos enfants. Ceux-ci sont, ne l'oublions pas, la plus grande richesse collective d'une société. Nous voulons que le Québec démontre qu'il est encore « fou de ses enfants »²⁵

²³ N. Eyal, « Hooked », 2014.

²⁴ Une école secondaire sans texto ni cellulaire. Daphnée Dion-Viens. Journal de Montréal, 11 février 2019

²⁵ Un Québec fou de ses enfants. Rapport du groupe de travail pour les jeunes. MSSS, 1991

Mémoire à la Commission de la santé et des services sociaux: TDAH et consommation des psychostimulants et autres médicaments

Association des pédiatres du Québec, par:

Dr Valérie Labbé pédiatre, Lévis

Dr Guy Falardeau, pédiatre, Québec

J. Joël Monzier, docteur en neurosciences, Lac Masson

Dr Pierre-C. Poulin, pédiatre, St-Georges

45 PÉDIATRES SONNENT L'ALARME CONTRE LERITALIN



PAGE 3

JEUDI
31 JANVIER
2019

LE JOURNAL DE QUÉBEC



Fermeture de Téo Taxi
**Les demi-vérités
de Taillefer**
PAGES
4 ET 5

Ne jamais oublier
l'attentat de
la mosquée
JOSÉE LEGAULT
PAGE 16

Film sur Céline
club illico
**Sylvain
Marcel
dans la peau
de René**
PAGE 31

MATELAS CONFORT
MATELAS
EN BOÎTE
EMPORTEZ-LE AVEC VOI
✓ PRIX IMBATTABLE
418 529-3588

ORICOM
INTERNET

Services résidentiels et affaires
418 683-4557 | 1 866 967-4266
www.oricom.ca

SUPER PROMO à prix imbattables
Internet 15 Mbps illimité
Seulement **39** \$ par mois
Internet 30 Mbps illimité
Seulement **49** \$ par mois
Faites vite! Abonnez-vous
avant le 31 mars 2019
☑ Location de modem sans frais
☑ Aucune frais d'activation
☑ Pas d'engagement

1,06\$ + TAXES

RÉGIONS EXTÉRIEURES 1,33\$ + TX BAS-ST-LAURENT, GASPÉSIE, CÔTE-NORD, N.-B., L.A.S. + TX

80 PAGES VOL. LII N° 326

WWW.JOURNALDEQUEBEC.COM

PAGES
4 ET 5

LUNDI
18 FÉVRIER 2019

LE JOURNAL DE QUÉBEC

60 PÉDIATRES REVIENNENT À LA CHARGE

• 6 SOLUTIONS PROPOSÉES • L'UTILISATION ABUSIVE DES JEUX VIDÉO CIBLÉE

Surconsommation
de Ritalin chez
les enfants

Paradis fiscaux
**Le Canada n'a toujours
pas récupéré un sou**
PAGE 7

Logement neuf
insonorisé
3475, rue Alexandra, Beauport
www.glacealexandra.ca
418 666-7636



Les frères Hanson s'amuse
au Tournoi pee-wee
**Moins violents,
plus charmants**
PAGES 68 ET 69

FOURNIER
418 687.5200 FOURNIERCHEVROLET.COM



RABAIS
JUSQU'À
15 000\$
SUR NOS
CAMIONS
CHEVROLET SILVERADO ET
GMC SIERRA 2018 EN INVENTAIRE

72 PAGES VOL. LII N° 344

WWW.JOURNALDEQUEBEC.COM

Utilisation médicaments chez assurés RAMQ

Tableau indiquant la prévalence d'utilisation des médicaments pour le TDAH par groupe d'âge et par année

	2006-2007	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2018-2019
Total	2,7	4,9	5,3	5,8	
0-5 ans	0,8	0,9	0,9	1,0	
6-9 ans	7,7	10,3	10,4	10,7	
10-12 ans	8,3	13,1	13,6	14,0	
13-17 ans	3,4	8,2	9,1	9,9	
18-25 ans	0,4	2,1	2,6	3,2	

INESSS septembre 2017. Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH chez les Québécois de 25 ans et moins. Mémoire à la Commission parlementaire, Novembre 2019

Utilisation médicaments chez assurés RAMQ

Tableau indiquant la prévalence d'utilisation des médicaments pour le TDAH par groupe d'âge et par année

	2006-2007	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2018-2019
Total	2,7	4,9	5,3	5,8	7,6
0-5 ans	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0
6-9 ans	7,7	10,3	10,4	10,7	11,6
10-12 ans	8,3	13,1	13,6	14,0	14,9
13-17 ans	3,4	8,2	9,1	9,9	12,6
18-25 ans	0,4	2,1	2,6	3,2	5,8

INESSS septembre 2017. Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH chez les Québécois de 25 ans et moins. Mémoire à la Commission parlementaire, Novembre 2019

Utilisation des médicaments pour le TDAH chez les Canadiens Données IMS

	2014- 2015	2017- 2018	
Québec	6,5	8,1	+ 25%
Canada	3,3	4,0	+ 21%
Canada sans Qc	2,4	2,9	+ 21%

*INESSS septembre 2017. Portrait de l'usage des médicaments
spécifiques au TDAH chez les Canadiens de 25 ans et moins
Mémoire de l'INESSS à la Commission. Novembre 2019*

Enquête de l'institut de la statistique du Québec sur la santé des jeunes du secondaire

	Total		garçons		filles	
	2010-2011	2016-2017	2010-2011	2016-2017	2010-2011	2016-2017
Niveau élevé de détresse psychologique	20,8%	29,3%	13,6%	19,2%	28,2%	39,8%
Diagnostic de trouble anxieux*	8,6%	17,2%	6,2%	11,8%	11,0%	22,9%
Diagnostic de TDAH*	12,6%	23,0%	15,9%	27,4%	9,3%	18,4%

* Diagnostic confirmé par un médecin ou un spécialiste de la santé

Institut de la statistique du Québec. 2019. Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017.

Enquête de l'institut de la statistique du Québec sur la santé des jeunes du secondaire

	Total		garçons		filles	
	2010-2011	2016-2017	2010-2011	2016-2017	2010-2011	2016-2017
Niveau élevé de détresse psychologique	20,8%	29,3%	13,6%	19,2%	28,2%	39,8%
Diagnostic de trouble anxieux*	8,6%	17,2%	6,2%	11,8%	11,0%	22,9%
Diagnostic de TDAH*	12,6%	23,0%	15,9%	27,4%	9,3%	18,4%

* Diagnostic confirmé par un médecin ou un spécialiste de la santé

Institut de la statistique du Québec. 2019. Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017.

Utilisation des médicaments pour le TDAH: pistes de solution

1. Mettre sur pied un comité-conjoint MSSS-MEQ comme en 1999

« La controverse entourant l'usage de SSNC et l'augmentation considérable de leur consommation ces dernières années ont alerté les ministères concernés qui ont convenu de la nécessité d'agir. »

Rapport du comité conseil sur le TDAH et l'usage de stimulants du système nerveux central. 2000

Utilisation des médicaments pour le TDAH: pistes de solution

2. Nous demandons donc que des ressources psychosociales soient mises en place et offertes aux parents et aux enfants avec des symptômes ou un diagnostic de TDAH. L'accès au traitement pharmacologique, sauf pour les cas sévères, devrait être réservés à ceux pour qui ce type d'intervention n'a pas corrigé suffisamment les symptômes et leur impact quotidien.

Utilisation des médicaments pour le TDAH: pistes de solution

3. Nous recommandons qu'une étude de validation statistique soit faite avec le Conners, le Poulin, et le SNAP. Cette étude permettrait de vérifier la prévalence du TDAH selon ces questionnaires et de mettre à jour la validation statistique dans notre population.

Utilisation des médicaments pour le TDAH: pistes de solution

3. Nous demandons que l'Ordre des psychologues et le Collège des médecins refassent des lignes directrices sur le diagnostic de TDAH, en accordant une attention particulière au TDA sans hyperactivité, les expertises et évaluations nécessaires, le degré d'impact fonctionnel nécessaire pour porter le diagnostic, et l'élimination des autres diagnostics

Utilisation des médicaments pour le TDAH: pistes de solution

5. Nous demandons qu'on procède à des études pilotes pour évaluer l'impact que pourrait avoir une offre de 30-45 minutes d'activités physiques aérobiques à tous les jours en milieu scolaire. Cela pourrait aussi contribuer à diminuer ce grave problème de santé publique qu'est la fréquence accrue de l'embonpoint et de l'obésité chez nos jeunes.

Utilisation des médicaments pour le TDAH: pistes de solution

6. Nous demandons qu'une campagne de sensibilisation soit faite auprès de la population pour les inciter à limiter l'utilisation des jeux vidéo et le temps d'écran en général. On pourrait aussi envisager, comme certaines écoles l'ont fait, d'interdire l'utilisation des téléphones cellulaires, et tablettes en milieu scolaire, hormis à des fins éducatives (surtout dans des écoles secondaires).