

Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec en contexte de pandémie de la COVID-19

SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES – NUMÉRO 48

SURVEILLANCE ET VIGIE

AVRIL 2025

SOMMAIRE

Faits saillants	2
Introduction	3
Méthodologie	4
Résultats	7
Discussion	20
Conclusion	23

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

Le présent rapport de surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) en contexte de pandémie de la COVID-19 examine les différences d'incidence et de prévalence du TDAH entre la période pandémique et la période pré-pandémique. Ceci en tenant compte d'autres facteurs tels que le sexe, l'âge, les régions sociosanitaires et l'utilisation des services parmi la population québécoise âgée de 24 ans et moins ayant reçu un diagnostic de TDAH ou une prescription pour le TDAH durant ces périodes.

Ce document a été élaboré dans le cadre des ententes spécifiques relatives à la surveillance continue de l'état de santé de la population. Il s'adresse aux acteurs régionaux de surveillance, décideurs, professionnels de santé publique, cliniciens, intervenants en santé, usagers et chercheurs en santé.

FAITS SAILLANTS

Ce rapport examine les répercussions de la pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19) sur les indicateurs de surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) en utilisant les données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). Les estimations sont obtenues à partir d'un suivi de cohorte transversale, allant du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2023, pour toutes les personnes âgées de 24 ans et moins admissibles au régime public d'assurance maladie du Québec.

- Les résultats montrent une augmentation des diagnostics du TDAH chez les personnes âgées de 24 ans et moins pendant la période pandémique (avril 2020 à mars 2023) en comparaison à la période pré-pandémique (avril 2017 à mars 2020). La pandémie et les mesures sanitaires mises en place ont probablement accentué les facteurs de stress, les comportements d'hyperactivité, d'impulsivité et d'inattention, et la reconnaissance de ces comportements comme étant associés au TDAH contribuant ainsi à cette hausse des diagnostics.
- Au deuxième trimestre de 2020, la prévalence du TDAH diagnostiqué a chuté, passant de 1,4 % avant la pandémie à 1,1 % après son début, probablement en raison d'un accès réduit aux services de santé. Elle a ensuite augmenté pour atteindre un pic de 1,8 % au quatrième trimestre de 2021, possiblement en raison de l'accumulation de retards ou d'une augmentation réelle des cas, avant de redescendre sans toutefois revenir au niveau observé avant la pandémie.
- Les traitements médicamenteux pour TDAH ont été peu affectés. Les prescriptions de médicaments pour TDAH sont restées relativement stables malgré une légère baisse au début de la pandémie (deuxième trimestre 2020).
- Le suivi du TDAH s'est centré sur les soins de premières lignes. Les omnipraticiens demeurent ceux qui posent le premier diagnostic de TDAH et leur rôle a augmenté pendant la pandémie alors que les consultations chez les pédiatres et psychiatres ont en revanche diminué.
- L'analyse comparative entre la période pré-pandémique et la période pandémique indique une réduction des hospitalisations et des visites aux urgences pendant la pandémie. Plusieurs facteurs pourraient expliquer ces variations, dont la priorisation des soins, la crainte de contracter la COVID-19, ainsi que les mesures de sécurité telles que la distanciation physique et le confinement qui ont pu limiter l'accès aux soins d'urgence durant la pandémie.

Notre étude souligne l'importance de poursuivre la surveillance des répercussions de la COVID-19 sur les personnes ayant le TDAH en vue d'adapter les stratégies de prise en charge en période de crise sanitaire. Elle ouvre de nombreuses perspectives pour de futures recherches. Toutefois, des analyses supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre, entre autres, l'influence à long terme de la pandémie de COVID-19 et des mesures instaurées sur les indicateurs de surveillance du TDAH.

1 INTRODUCTION

À l'instar de plusieurs gouvernements à travers le monde, un état d'urgence sanitaire a été déclaré en mars 2020 sur tout le territoire québécois afin de mettre en place des mesures d'urgence pour gérer la pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19). Cependant, la pandémie, la réorganisation de l'accès aux services de santé et les mesures sanitaires instaurées, telles que la distanciation physique et le confinement, auraient affecté négativement la santé, le bien-être psychologique et l'utilisation des services de santé des personnes ayant le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (1-5).

Une méta-analyse sur les effets de la pandémie de COVID-19 chez les enfants et adolescents de 3 à 18 ans a révélé une intensification des comportements généralement associés au TDAH, notamment l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité, pendant la pandémie (5). Une autre étude basée sur des dossiers médicaux de 2016 à 2021 chez les enfants et adolescents de 6 à 17 ans a montré une diminution de 33 % des consultations pour TDAH au début de la pandémie, avant un retour aux niveaux prépandémiques (6). Toutefois, les taux de prescription de médicaments sont restés stables. Gimbach et ses collaborateurs (2023) ont rapporté dans leur étude couvrant 47 pays et régions que les effets de la pandémie sur l'utilisation de médicaments pour le TDAH ont considérablement varié. Certains pays ont rapporté une augmentation, tandis que d'autres ont observé une diminution (7). En Europe, la consommation de médicaments a diminué en 2020 par rapport aux prévisions, mais elle a rebondi en 2021, dépassant même les niveaux prédits (2).

Au Canada, plusieurs études ont mis en évidence l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'utilisation des services de santé pour un motif lié au TDAH. Une étude des dossiers médicaux électroniques réalisée à Toronto a révélé une augmentation considérable des demandes de services en première ligne pour le TDAH pendant la pandémie (1). En particulier, les consultations auprès des médecins de famille pour des problèmes associés au TDAH ont augmenté, suggérant que la pandémie a exacerbé les comportements qui sont généralement associés aux symptômes du TDAH. Par ailleurs, les données du référentiel ICES (*Institute for Clinical Evaluative Sciences*) de l'Ontario ont également montré une augmentation du nombre de consultations en santé mentale et dépendances pendant la période pandémique (11 mars 2020 au 10 mars 2021) comparée à la période prépandémique (3, 8). Parallèlement, les données de l'IQVIA (*Intelligence Quintiles via Human Data Science*), de 2019 à 2023, ont indiqué une hausse de la prévalence des prescriptions de médicaments pour TDAH dans toutes les provinces canadiennes, le Québec affichant la prévalence la plus élevée au pays (4).

Les études révèlent une tendance générale à l'augmentation des comportements associés aux symptômes de TDAH durant la pandémie. Elles soulignent également des répercussions considérables sur les consultations médicales, les prescriptions de médicaments pour TDAH et l'utilisation des services de santé, avec des variations selon les régions et les périodes. Cependant, les effets de la pandémie de COVID-19 sur la population québécoise ayant le TDAH demeurent peu connus. Afin de mieux informer les acteurs de la santé et des services sociaux pour une prise de décision éclairée, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) propose d'examiner cette question dans le cadre de son mandat en surveillance épidémiologique de la santé des populations.

Ce rapport examine les répercussions de la pandémie sur les indicateurs de surveillance du TDAH dans la population québécoise âgée de 24 ans et moins, en utilisant les données populationnelles du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) (9). Il s'agit notamment de comparer les indicateurs de surveillance du TDAH incluant le taux d'incidence et la prévalence des diagnostics du TDAH, l'utilisation des médicaments et l'usage des services médicaux pendant la période pandémique (avril 2020 à mars 2023) avec ceux de la période pré-pandémique (avril 2017 à mars 2020). Cette comparaison des estimations est faite selon le sexe, l'âge, les régions sociosanitaires et le type de services de santé.

Les résultats de ce rapport permettent d'identifier les variations dans la prévalence et le taux d'incidence du TDAH chez cette population au fil du temps et soutenir les politiques sanitaires pour une prise en charge adéquate des enfants, adolescents et jeunes adultes avec ce trouble en période de crise sanitaire comme celle de la COVID-19.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Source de données

Les estimations ont été produites en utilisant des données provenant du jumelage de cinq fichiers médico-administratifs de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), formant le SISMACQ. Ce dernier englobe des informations issues des sources suivantes :

1. Le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) à la RAMQ, qui fournit des données démographiques et renseigne sur les périodes d'admissibilité à l'assurance maladie.
2. Le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, qui comprend les informations inscrites sur les demandes de paiement transmises par les professionnels de la santé à la RAMQ, incluant un code de diagnostic.
3. Le système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO), qui répertorie l'information relative aux séjours hospitaliers au Québec, incluant le diagnostic principal et les diagnostics secondaires liés à une admission hospitalière.
4. Le fichier des décès du Registre des événements démographiques (RED).
5. Le fichier des services pharmaceutiques, qui consigne toutes les demandes de remboursement pour les médicaments délivrés en pharmacie communautaire. Il faut noter que ce fichier couvre uniquement les personnes assurées au régime public d'assurance médicaments (RPAM). Selon nos dernières données d'évaluation de la qualité du SISMACQ (données internes) pour les années 2019-2020 à 2022-2023, environ 35 % des Québécois âgés de 24 ans ou moins étaient couverts partiellement (au moins un jour dans l'année) ou totalement (365 jours dans l'année) au régime public d'assurance médicaments chaque année.

Le SISMACQ couvre l'ensemble de la population québécoise depuis le 1^{er} janvier 1996 et est mis à jour annuellement. Les codes de la Classification internationale des maladies (CIM) sont utilisés pour la codification des diagnostics. Les codes de la 9^e révision (CIM-9) sont utilisés dans le fichier de services médicaux pour toute la période d'observation, ainsi que dans le fichier MED-ÉCHO jusqu'au 31 mars 2006, alors que ceux de la 10^e révision (CIM-10) sont utilisés dans le fichier MED-ÉCHO depuis le 1^{er} avril 2006.

2.2 Population et identification des cas de TDAH

La population inclut toutes les personnes âgées de 24 ans et moins, du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2023, qui sont admissibles au régime d'assurance maladie du Québec. Toute personne ayant reçu au moins un diagnostic de TDAH dans le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte ou un diagnostic principal de TDAH dans le fichier MED-ECHO (codes 314 de la CIM-9 ou F90 de la CIM-10) pendant la période étudiée (trimestre ou année financière) est considérée comme ayant le TDAH. Toute personne ayant reçu au moins une prescription de médicament pour le TDAH dans le fichier des services pharmaceutiques au cours la période étudiée (trimestre ou année financière) est considérée comme utilisatrice de ces médicaments durant cette période. Pour le cas particulier de l'indicateur de prévalence de prescription de médicaments, la personne doit avoir eu une couverture au RPAM pendant au moins une journée dans la période étudiée (trimestre ou année financière).

Les médicaments pour le traitement du TDAH considérés dans ce rapport sont ceux recommandés par la Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA) (10, 11), reconnue pour ses directives fondées sur des preuves scientifiques et des consensus d'experts. Les lignes directrices de la CADDRA préconisent l'utilisation de psychostimulants et de non-psychostimulants lorsqu'une intervention pharmacologique est considérée comme appropriée pour la gestion du TDAH. Les psychostimulants, reconnus comme traitements de première ligne, incluent le méthylphénidate (codes de dénomination commune : 48003; 39302) et les amphétamines (00507; 47601; 48001; 47486; 02626; 47818; 48000). Tandis que les non-psychostimulants tels que l'atomoxétine (47547) et le chlorhydrate de guanfacine XR (47979) sont recommandés comme options de deuxième ligne pour les usagers ne tolérant pas les psychostimulants ou présentant des besoins spécifiques. Le choix des médicaments, basé sur les lignes directrices de la CADDRA, est en adéquation avec les orientations d'autres organismes de référence, notamment l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (12), la Société canadienne de pédiatrie (SCP) (13) et l'American Academy of Pediatrics (AAP) (14). Tous ces organismes reconnaissent les mêmes classes thérapeutiques pour le traitement du TDAH bien que leurs recommandations puissent varier légèrement en fonction du contexte de chaque juridiction. De plus, il faut noter que la CADDRA actualise régulièrement ses lignes directrices afin d'intégrer les avancées scientifiques les plus récentes garantissant ainsi un choix thérapeutique basé sur de meilleures données probantes disponibles.

2.3 Périodes couvertes, comparaisons et analyses

Deux indicateurs, la prévalence et le taux d'incidence ont été sélectionnés pour évaluer les répercussions de la pandémie sur les personnes de 24 ans et moins. Les cas prévalents sont définis comme les individus ayant reçu un diagnostic de TDAH dans le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte ou un diagnostic principal de TDAH dans le fichier MED-ÉCHO au cours de la période d'étude. Les cas incidents sont ceux qui ont reçu leur premier diagnostic de TDAH durant la période de l'étude allant d'avril 2017 à mars 2023.

Pour l'étude de la prévalence des prescriptions, les utilisateurs de médicaments sont définis comme les individus ayant réclamé au moins un médicament pour le TDAH au cours de la période d'étude, selon les fichiers des services pharmaceutiques. L'analyse inclut deux classes distinctes de médicaments : les psychostimulants et les non-psychostimulants. Ces groupes sont mutuellement exclusifs. Il est important de souligner que la prévalence de prescription de médicaments pour le TDAH est estimée sans considérer l'inscription du diagnostic de TDAH dans le fichier des services médicaux ou lors de l'hospitalisation.

Les comparaisons dans le temps et entre les régions sociosanitaires sont réalisées à l'aide de mesures ajustées en fonction de l'âge. Ces mesures sont obtenues par la méthode de standardisation directe basée sur la structure d'âge de la population du Québec en 2021. Il convient de noter que les régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James sont exclues de la présentation régionale, mais incluses dans le total provincial. Les tranches d'âges considérées pour les analyses sont : 1-5 ans, 6-11 ans, 12-17 ans et 18-24 ans.

Les analyses sont effectuées annuellement pour l'ensemble des indicateurs, tandis que certains indicateurs sélectionnés font aussi l'objet d'une analyse trimestrielle. Les trimestres sont répartis ainsi : 1^{er} trimestre (janvier à mars); 2^e trimestre (avril à juin); 3^e trimestre (juillet à septembre); 4^e trimestre (octobre à décembre). La prévalence et le taux d'incidence sont exprimées en pourcentage et l'intervalle de confiance (IC) est fixé à 99 %.

Par ailleurs, d'autres analyses ont également été effectuées en fonction du type de consultation médicale, qui est réparti en trois catégories :

1. Présentiel : consultation où la personne se rend physiquement chez le professionnel de la santé;
2. Virtuel : consultation effectuée à distance à travers des plateformes de communication en ligne;
3. Mixte : consultation à la fois en présentiel et en virtuel par une même personne au cours de l'unité de temps étudiée, soit trimestre ou année.

Il est à noter que l'analyse selon les types de consultation porte sur les cas incidents et les données sont disponibles uniquement pour la période pandémique, à compter d'avril 2020.

2.4 Définition des services médicaux

Les profils d'utilisation des services médicaux sont élaborés en prenant en compte à la fois le lieu où les services ont été dispensés et la spécialité du médecin impliqué, notamment s'il s'agit d'un médecin de famille (omnipraticien), d'un pédiatre, d'un psychiatre ou d'un autre médecin spécialiste. Ces informations sont extraites du fichier des services médicaux, qui classe les établissements en distinguant les cabinets privés des établissements publics. Au sein des centres hospitaliers, les consultations externes, les visites aux urgences et les services psychiatriques sont différenciés. L'analyse des profils d'utilisation des services est effectuée séparément pour les personnes de 1 à 24 ans ayant reçu un diagnostic de TDAH au cours de leur vie et pour celles n'ayant pas reçu de diagnostic. Les profils d'utilisation des services médicaux sont présentés comme suit :

1. L'hospitalisation;
2. les visites aux urgences;
3. les consultations en ambulatoire chez l'omnipraticien.
4. les consultations en ambulatoire chez le pédiatre;
5. les consultations en ambulatoire chez le psychiatre;
6. Aucun service en santé mentale (excluant les services TDAH)

3 RÉSULTATS

3.1 Prévalence et Incidence du diagnostic de TDAH

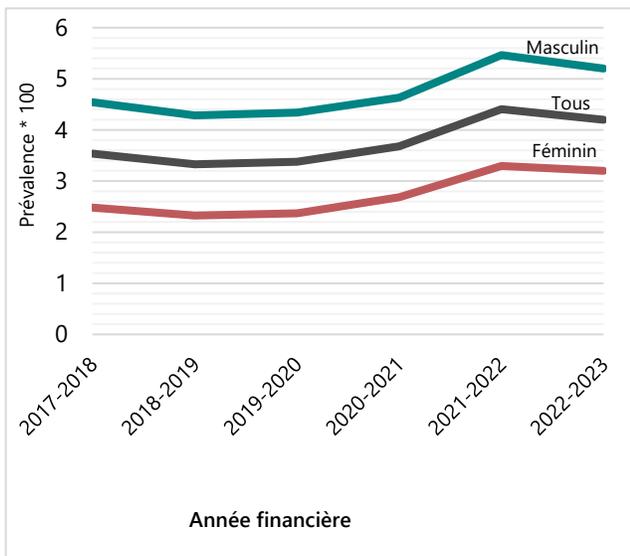
Du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2023, on observe une augmentation de la prévalence annuelle du diagnostic de TDAH, passant de 3,5 % (IC à 99% : 3,5 à 3,6) à 4,2 % (IC à 99% : 4,2 à 4,3), ainsi que du taux d'incidence annuel, passant de 1,0 % (IC à 99% : 1,0 à 1,0) à 1,3 % (IC à 99% : 1,2 à 1,3) dans la population québécoise de 24 ans et moins (figure 1). Ces deux indicateurs sont plus élevés chez le sexe masculin que chez le sexe féminin pour toutes les années étudiées.

L'augmentation de la prévalence et du taux d'incidence des diagnostics de TDAH semble avoir été davantage marquée durant la période pandémique (2020-2023). Cette hausse s'est particulièrement amorcée à la fin du troisième trimestre de l'année 2020 atteignant le pic au quatrième trimestre en 2021, suivie d'une diminution de la prévalence de même que le taux d'incidence en 2022-2023 (figure 2). En 2020, la prévalence du diagnostic de TDAH est passée de 1,4 % (IC à 99% : 1,4 à 1,4) au premier trimestre (avant la pandémie de la COVID-19) à 1,1 % (IC à 99% : 1,0 à 1,1) au deuxième trimestre (après le début de la pandémie). Durant l'ensemble de la période (c'est-à-dire, du deuxième trimestre de l'année 2017 au premier trimestre de 2023), un pic de prévalence [1,8 % (IC à 99% : 1,8 à 1,9)] a été observé au quatrième trimestre de l'année 2021. Le taux d'incidence du diagnostic de TDAH en 2020 est passé de 0,35 % (IC à 99% : 0,43 à 0,36) au premier trimestre à 0,22 % (IC à 99% : 0,21 à 0,22) au deuxième trimestre. Durant l'ensemble de la période, le taux d'incidence a été le plus élevé au quatrième trimestre de l'année 2021 [0,41 % (IC à 99% : 0,40 à 0,42)].

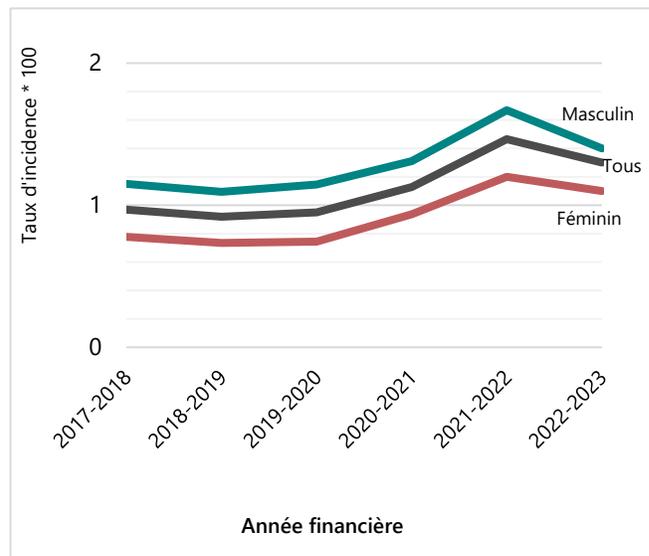
La prévalence du diagnostic de TDAH a varié également en fonction de l'âge des individus (figure 3). Les enfants âgés de 6 à 11 ans et de 12 à 17 ans présentent les valeurs de prévalence les plus élevées avec des pics au quatrième trimestre de chaque année étudiée. Une diminution de la prévalence est constatée au deuxième trimestre 2020 suivie d'une augmentation dans tous les groupes d'âge à partir du troisième trimestre de la même année. Par ailleurs, une certaine stabilité est observée en ce qui concerne la tendance d'augmentation de la prévalence du TDAH, avec des pics au premier trimestre de chaque année chez les enfants de 5 ans et moins.

Figure 1 Prévalence annuelle (%) et taux d'incidence annuel (%) du diagnostic de TDAH ajustés pour l'âge, chez les personnes de 1 à 24 ans, selon le sexe, Québec, 2017-2023¹

a) Prévalence annuelle ajustée



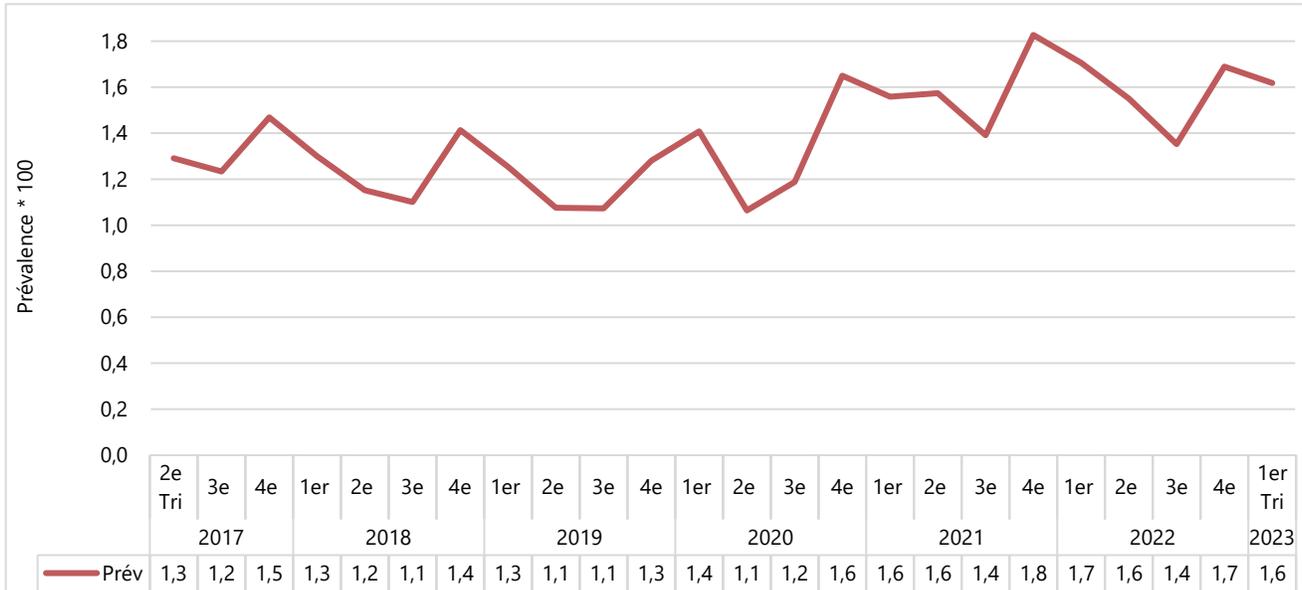
b) Taux d'incidence annuel ajusté



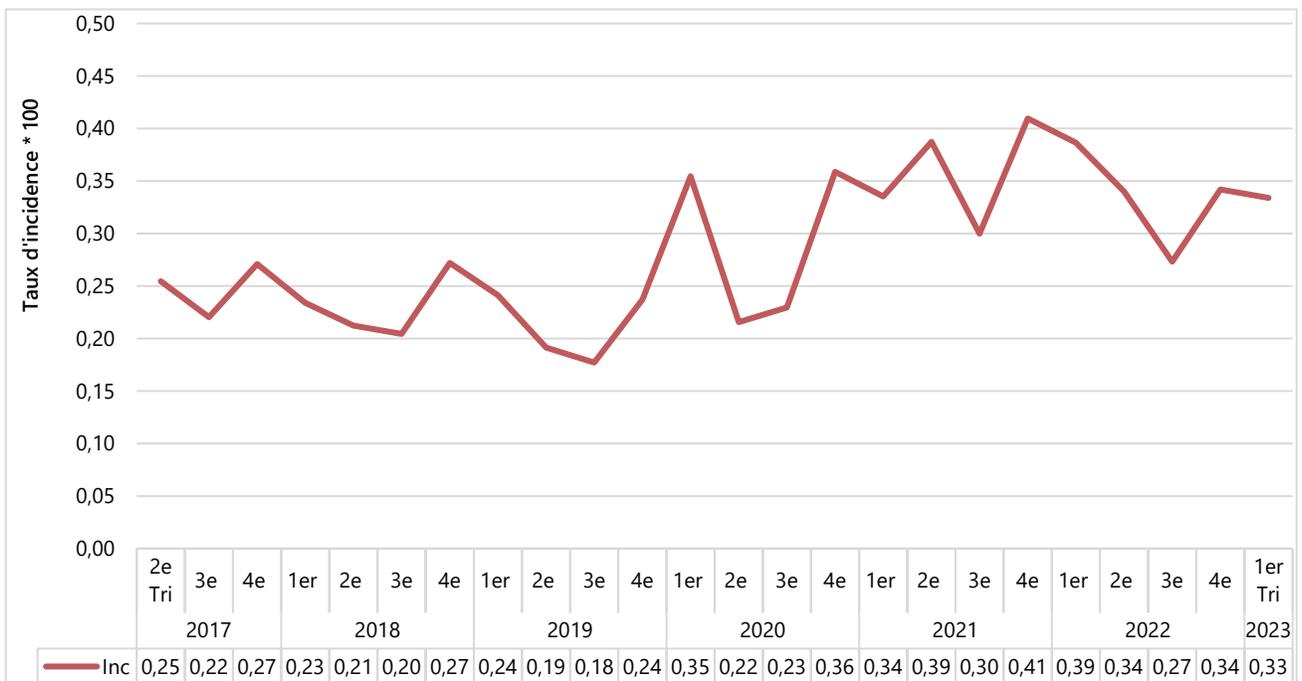
¹ Les mesures ont été ajustées à partir de la structure d'âge du Québec en 2021.

Figure 2 Prévalence (%) et taux d'incidence (%) du diagnostic de TDAH, ajustés pour l'âge, chez les personnes de 1 à 24 ans, par trimestre, Québec, 2017-2023¹

a) Prévalence ajustée par trimestre



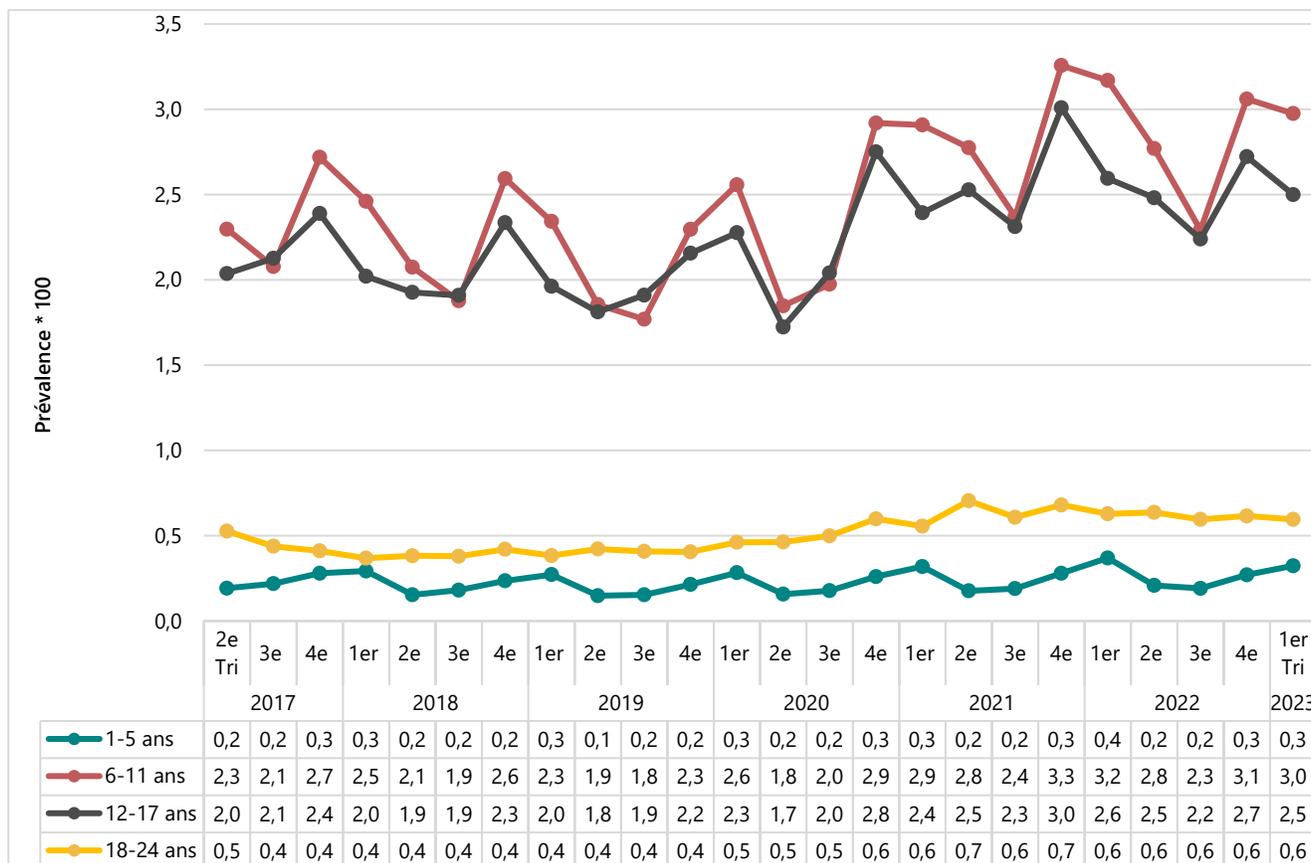
b) Taux d'incidence ajusté par trimestre



¹ Les mesures ont été ajustées à partir de la structure d'âge du Québec en 2021.

Prév : prévalence ; Inc : taux d'incidence ; Tri : trimestre.

Figure 3 Prévalence (%) du diagnostic de TDAH chez les personnes de 1 à 24 ans selon les groupes d'âge, par trimestre, Québec, 2017-2023



Tri : trimestre

Le tableau 1 présente le nombre et la prévalence annuelle ajustée du diagnostic de TDAH des personnes âgées de 24 ans et moins selon les régions sociosanitaires, pour la période allant de 2017 à 2023. Une augmentation de la prévalence est observée dans toutes les régions bien que le moment de cette hausse varie d'une région à l'autre. Certaines régions montrent une augmentation dès la première année de la pandémie, tandis que d'autres ne présentent une hausse qu'à partir de la deuxième année. Toutefois, malgré les écarts observés au fil des années, les disparités entre les régions restent généralement faibles lorsqu'on compare la période pandémique à la période prépandémique.

Tableau 1 Nombre de diagnostics de TDAH et prévalence annuelle (%) ajustée pour l'âge chez les personnes âgées de 1 à 24 ans, selon les régions sociosanitaires, 2017-2023¹

Régions sociosanitaires	2017-2018 N = 2 179 450*		2018-2019 N = 2 179 815*		2019-2020 N = 2 186 835*		2020-2021 N = 2 176 490*		2021-2022 N = 2 192 315*		2022-2023 N = 2 225 505*	
	Nbre	Prévalence (IC à 99%)										
Abitibi-Témiscamingue	1 540	4,0 (3,8-4,3)	1 460	3,8 (3,6-4,1)	1 405	3,7 (3,4-3,9)	1 380	3,6 (3,4-3,9)	1 670	4,3 (4,1-4,6)	1 620	4,2 (3,9-4,4)
Bas-Saint-Laurent	2 775	6,3 (6,0-6,6)	2 525	5,7 (5,4-6,0)	2 685	6,0 (5,7-6,3)	2 765	6,2 (5,9-6,5)	3 195	7,0 (6,7-7,4)	3 400	7,4 (7,1-7,7)
Capitale-Nationale	6 185	3,8 (3,6-3,9)	6 790	4,1 (3,9-4,2)	7 020	4,1 (4,0-4,2)	7 495	4,3 (4,2-4,4)	9 565	5,4 (5,2-5,5)	9 325	5,1 (4,9-5,2)
Chaudière-Appalaches	3 950	3,7 (3,6-3,9)	4 120	3,9 (3,7-4,0)	4 270	3,9 (3,8-4,1)	4 685	4,3 (4,1-4,4)	5 530	4,9 (4,8-5,1)	5 105	4,5 (4,3-4,6)
Côte-Nord	1 015	4,4 (4,0-4,7)	885	3,8 (3,5-4,2)	900	3,9 (3,5-4,2)	800	3,4 (3,1-3,8)	1 010	4,4 (4,0-4,7)	980	4,2 (3,9-4,6)
Estrie	5 760	4,9 (4,7-5,0)	5 165	4,3 (4,2-4,5)	5 495	4,5 (4,4-4,7)	7 055	5,8 (5,6-5,9)	7 940	6,3 (6,2-6,5)	7 675	6,0 (5,8-6,2)
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	600	3,3 (3,0-3,7)	660	3,7 (3,3-4,1)	730	4,1 (3,7-4,5)	960	5,4 (4,9-5,8)	1 195	6,6 (6,1-7,1)	1 155	6,3 (5,8-6,8)
Lanaudière	6 460	4,8 (4,7-5,0)	5 705	4,2 (4,0-4,3)	6 350	4,5 (4,4-4,7)	6 880	4,8 (4,6-4,9)	8 875	6,0 (5,8-6,2)	9 120	6,0 (5,8-6,1)
Laurentides	8 035	5,2 (5,0-5,3)	7 325	4,7 (4,5-4,8)	7 170	4,5 (4,4-4,6)	7 610	4,7 (4,5-4,8)	9 330	5,6 (5,4-5,7)	9 190	5,3 (5,2-5,5)
Laval	3 015	2,5 (2,4-2,6)	3 050	2,5 (2,4-2,6)	3 150	2,5 (2,4-2,7)	3 400	2,7 (2,6-2,8)	4 295	3,4 (3,3-3,6)	3 910	3,1 (3,0-3,2)
Mauricie et Centre-du-Québec	5 905	5,0 (4,8-5,1)	5 420	4,5 (4,4-4,7)	6 025	4,9 (4,8-5,1)	7 210	5,9 (5,7-6,0)	8 465	6,7 (6,5-6,9)	7 740	6,0 (5,8-6,2)
Montérégie	12 715	3,5 (3,4-3,6)	12 305	3,3 (3,3-3,4)	12 095	3,2 (3,1-3,3)	13 705	3,6 (3,5-3,7)	16 630	4,3 (4,2-4,4)	16 040	4,0 (3,9-4,1)
Montréal	9 500	2,0 (2,0-2,1)	8 575	1,8 (1,8-1,9)	8 665	1,8 (1,8-1,9)	8 875	1,9 (1,8-1,9)	11 215	2,4 (2,3-2,4)	11 030	2,3 (2,2-2,3)
Outaouais	2 860	2,8 (2,7-3,0)	2 890	2,8 (2,7-2,9)	3 140	3,0 (2,9-3,1)	3 355	3,1 (3,0-3,3)	3 685	3,4 (3,3-3,5)	4 175	3,8 (3,6-4,0)
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3 200	4,9 (4,7-5,1)	3 185	4,9 (4,7-5,1)	3 210	4,9 (4,7-5,1)	3 355	5,1 (4,9-5,3)	3 990	6,0 (5,7-6,2)	4 015	5,9 (5,7-6,2)
Québec	73 795	3,5 (3,5-3,6)	70 320	3,3 (3,3-3,4)	72 490	3,4 (3,3-3,4)	79 795	3,7 (3,6-3,7)	97 075	4,4 (4,4-4,4)	94 830	4,2 (4,2-4,3)

¹ Les mesures ont été ajustées à partir de la structure d'âge du Québec en 2021.

* Population totale dans le SISMACQ durant l'année.

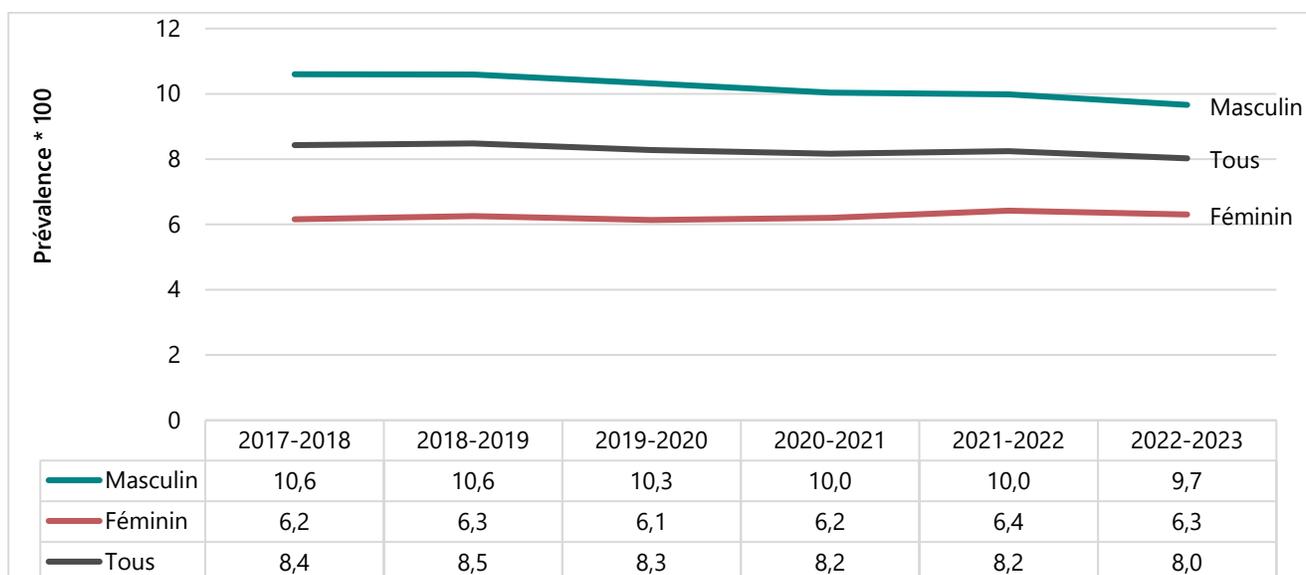
Nbre : nombre; IC : intervalle de confiance.

3.2 Prévalence de la prescription de médicaments pour TDAH

La figure 4 montre une stabilité de la prévalence annuelle des prescriptions de médicaments pour le TDAH chez les personnes de 24 ans et moins entre les années 2017-2019, suivie d'une légère baisse à partir de 2019-2020 chez les garçons. En examinant la figure 5, on remarque une baisse relativement importante de la prévalence des prescriptions au deuxième trimestre de l'année 2020, suivie d'une reprise au troisième trimestre de la même année.

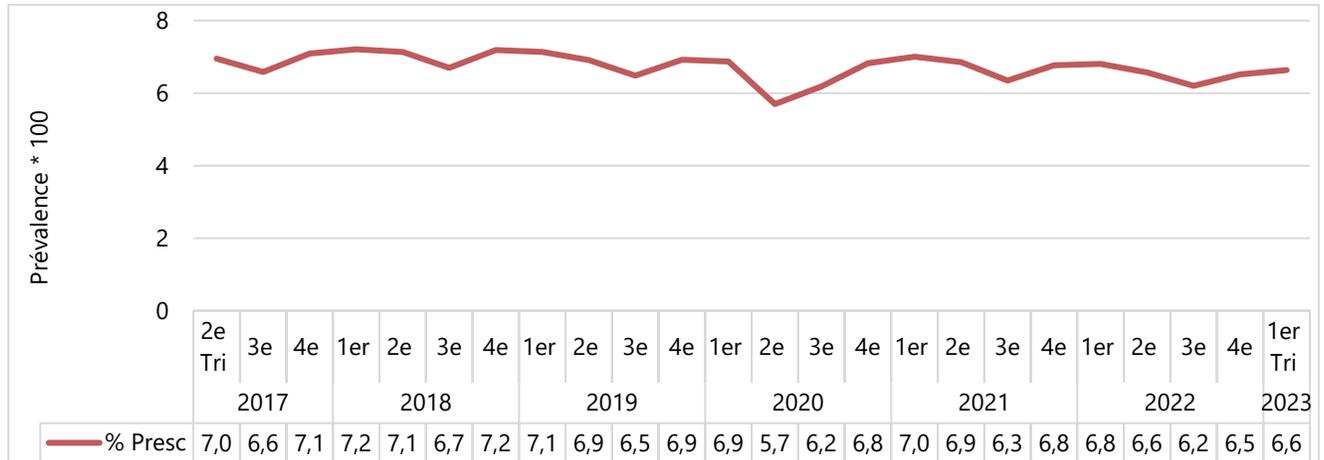
La figure 6 indique que la prévalence des prescriptions varie selon les groupes d'âge, tout en suivant une tendance globale similaire à celle observée dans les figures 4 et 5. Les groupes des 12-17 ans et des 6-11 ans présentent la prévalence la plus élevée de prescriptions, avec une diminution marquée au deuxième trimestre de l'année 2020. Cependant, la prescription est restée relativement stable pour le groupe des 1-5 ans.

Figure 4 Prévalence annuelle (%) de prescription de médicaments pour TDAH ajustée pour l'âge, chez les personnes de 1 à 24 ans couvertes par le régime public d'assurance médicaments (RPAM), selon le sexe, Québec, 2017-2023¹



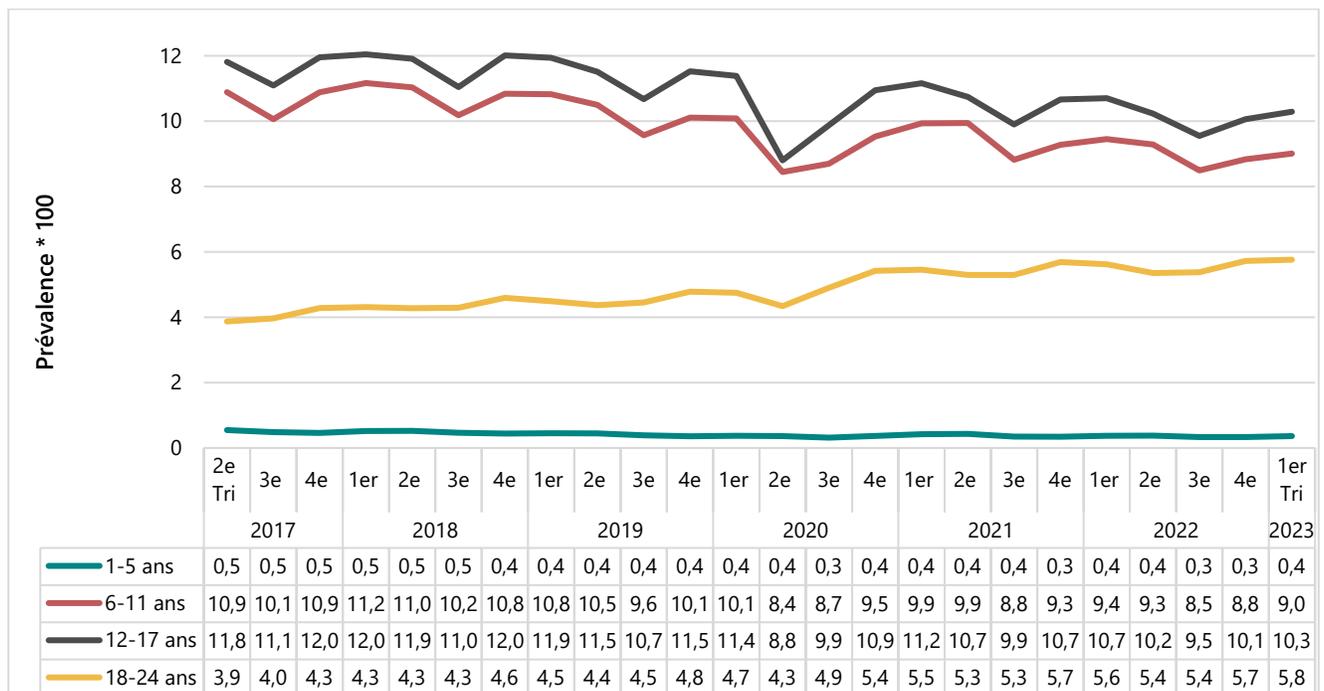
¹ Les mesures ont été ajustées à partir de la structure d'âge du Québec en 2021.

Figure 5 Prévalence (%) de prescription de médicaments pour TDAH ajustée pour l'âge, chez les personnes de 1 à 24 ans couvertes par le régime public d'assurance médicaments (RPAM), par trimestre, Québec, 2017-2023¹



¹ Les mesures ont été ajustées à partir de la structure d'âge du Québec en 2021.
Presc : prescription.

Figure 6 Prévalence (%) de prescription de médicaments pour TDAH chez les personnes de 1 à 24 ans couvertes par le régime public d'assurance médicaments (RPAM), par trimestre et selon les groupes d'âge, Québec, 2017-2023

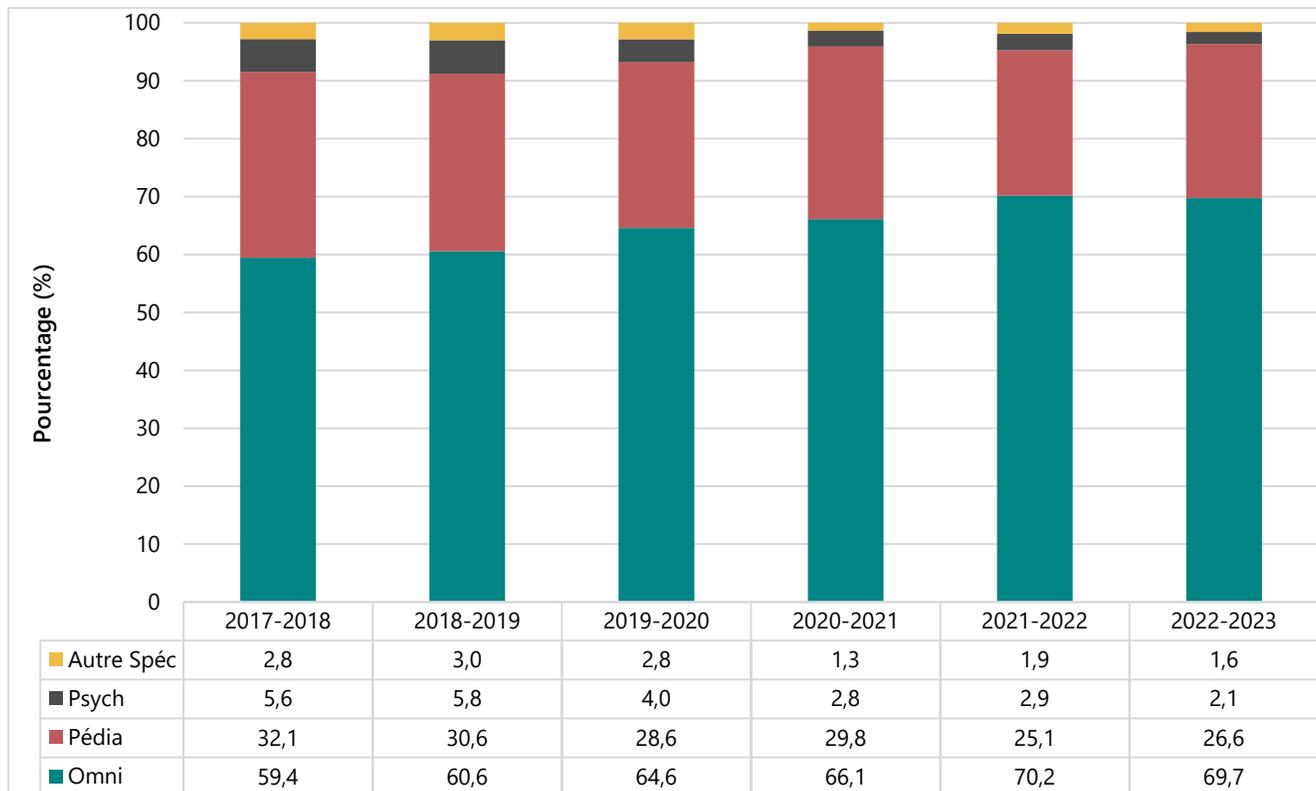


Tri : trimestre.

3.3 Profils d'utilisation des services médicaux de santé

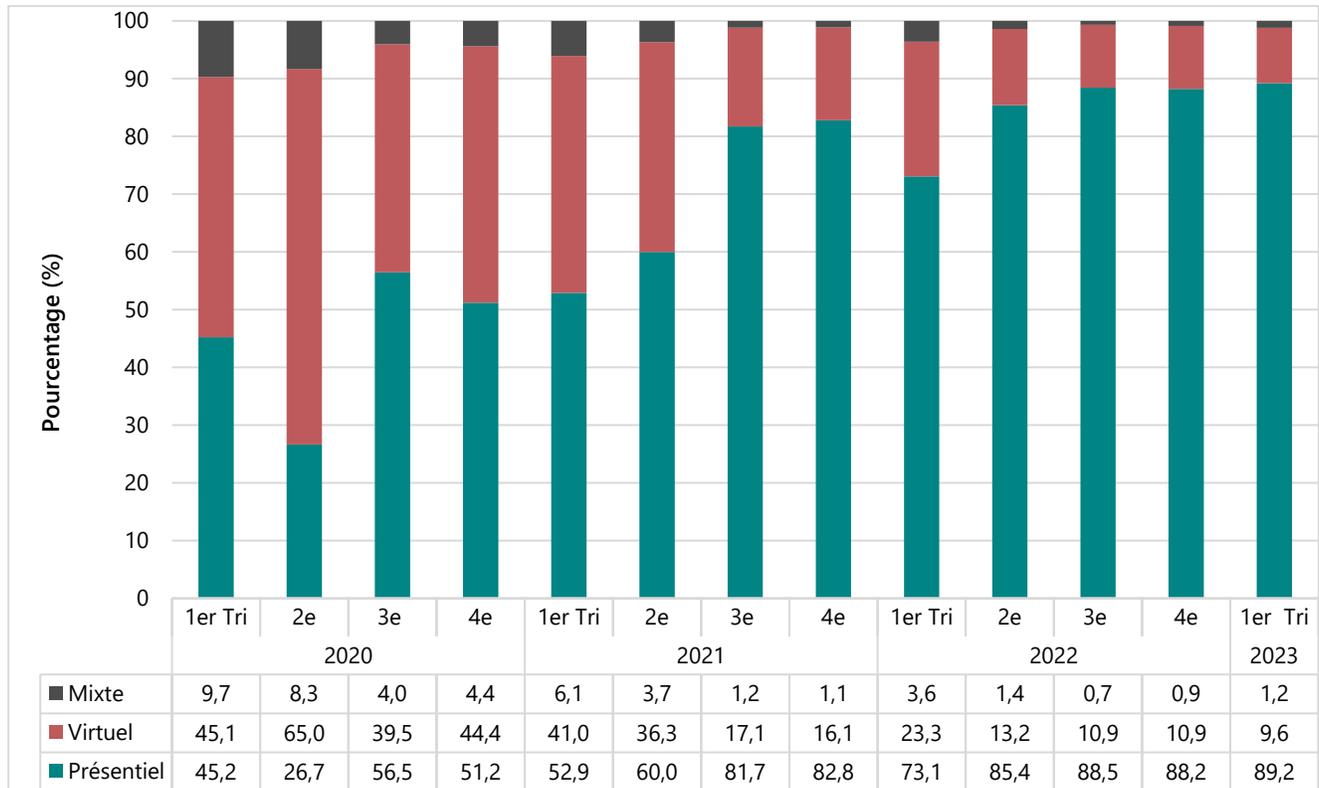
La figure 7 présente la proportion des cas incidents de TDAH chez les personnes âgées de 1 à 24 ans, en fonction de la spécialité du médecin ayant effectué le diagnostic. Dans l'ensemble, ce sont principalement les omnipraticiens qui posent le premier diagnostic du TDAH, suivis des pédiatres. En comparant les diagnostics pendant la période pandémique (2020-2023) à celles de la période pré-pandémique (2017-2020), on remarque une légère augmentation du pourcentage des diagnostics par les omnipraticiens durant la période pandémique. Dans le même temps, on observe une légère baisse des proportions de diagnostics par les pédiatres et les psychiatres. Aussi, nous avons observé une baisse notable des consultations médicales en présentiel compensée par une augmentation des visites virtuelles entre le premier trimestre de 2020 et le deuxième trimestre de 2021, comparativement aux autres trimestres de la période pandémique (figure 8). Au deuxième trimestre de 2020, les consultations virtuelles représentaient 65 % des visites.

Figure 7 Proportion ajustée des diagnostics incidents de TDAH chez les personnes âgées de 1 à 24 ans, selon la spécialité du médecin dans l'année, Québec, 2017-2023¹



¹ Les mesures ont été ajustées à partir de la structure d'âge du Québec en 2021.
Autre spéc : autre spécialiste ; Psych : psychiatre ; Pédia : pédiatre ; Omni : omnipraticien.

Figure 8 Proportion du type de consultations médicales, chez les cas incidents de 1 à 24 ans, par trimestre, Québec, 2020-2023



Tri : trimestre.

Le tableau 2 compare l'utilisation de services médicaux pendant la période pandémique avec celle de la période pré-pandémique, tant pour les personnes ayant le TDAH que celles ne présentant pas ce trouble. À l'exception des visites à l'urgence, les personnes ayant un diagnostic de TDAH font un usage plus fréquent des services médicaux que ceux sans ce diagnostic. Nos résultats indiquent une diminution importante des hospitalisations et des visites à l'urgence durant la période pandémique, tant pour les usagers avec que sans TDAH, comparativement à la période pré-pandémique. En revanche, nous avons observé une augmentation marquée des consultations chez les omnipraticiens pour les personnes ayant le TDAH durant la pandémie, contrairement aux personnes sans diagnostic de TDAH où une diminution a été observée. Par ailleurs, nous n'avons presque pas constaté de différence entre la période pandémique et celle pré-pandémique en ce qui concerne la fréquentation des pédiatres ou des psychiatres.

Tableau 2 Taux d'utilisation de services médicaux (%) ajustés pour l'âge et intervalles de confiance à 99 %, chez les personnes de 1 à 24 ans avec ou sans diagnostic de TDAH, par an, Québec, 2017-2023¹

Services médicaux	TDAH	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
	Oui / Non						
Hospitalisation	Non	2,5 (2,4-2,5)	2,4 (2,4-2,4)	2,3 (2,3-2,4)	1,8 (1,8-1,8)	2 (2,0-2,0)	2,1 (2,1-2,1)
	Oui	4,3 (4,0-4,7)	3,8 (3,5-4,1)	3,7 (3,4-4,1)	2,6 (2,4-2,9)	2,7 (2,5-2,9)	2,9 (2,7-3,2)
Urgence	Non	7,9 (7,9-8,0)	7,7 (7,6-7,7)	7,5 (7,4-7,5)	4,3 (4,2-4,3)	5,5 (5,5-5,5)	6,7 (6,6-6,7)
	Oui	6 (5,6-6,3)	5,9 (5,5-6,2)	6 (5,7-6,3)	3,1 (2,9-3,4)	4 (3,8-4,3)	4,5 (4,3-4,8)
Psychiatre en ambulatoire	Non	0,8 (0,8-0,9)	0,9 (0,9-0,9)	0,9 (0,9-0,9)	1 (0,9-1,0)	0,9 (0,9-0,9)	0,8 (0,8-0,8)
	Oui	5,3 (5,1-5,6)	4,9 (4,7-5,2)	4,6 (4,3-4,9)	4 (3,8-4,3)	3,5 (3,4-3,7)	3,1 (2,9-3,3)
Pédiatre en ambulatoire	Non	9 (8,9-9,0)	8,7 (8,7-8,8)	8,3 (8,3-8,4)	7,8 (7,7-7,8)	7,9 (7,8-7,9)	7,0 (7,0-7,0)
	Oui	26,5 (26,0-27,0)	27,1 (26,5-27,6)	25 (24,4-25,5)	26,8 (26,2-27,3)	24,6 (24,2-25,2)	23,8 (23,3-24,3)
Omnipraticien en ambulatoire	Non	37,5 (37,5-37,6)	37,9 (37,8-38,0)	37,7 (37,6-37,8)	30,4 (30,3-30,4)	30,9 (30,8-31,0)	33,0 (32,9-33,1)
	Oui	48,0 (47,4-48,7)	48,7 (48,0-49,3)	50,0 (49,3-50,6)	53,4 (52,7-54,0)	53,1 (52,5-53,7)	53,0 (52,4-53,6)
Autre spécialiste	Non	11,1 (11,0-11,2)	10,0 (9,9-10,0)	10,2 (10,1-10,2)	9,3 (9,3-9,4)	10,9 (10,9-11,0)	12,1 (12,1-12,2)
	Oui	10,3 (9,9-10,7)	9,8 (9,3-10,2)	10,4 (9,9-10,8)	8,3 (8,0-8,7)	10,0 (9,6-10,4)	10,9 (10,5-11,3)

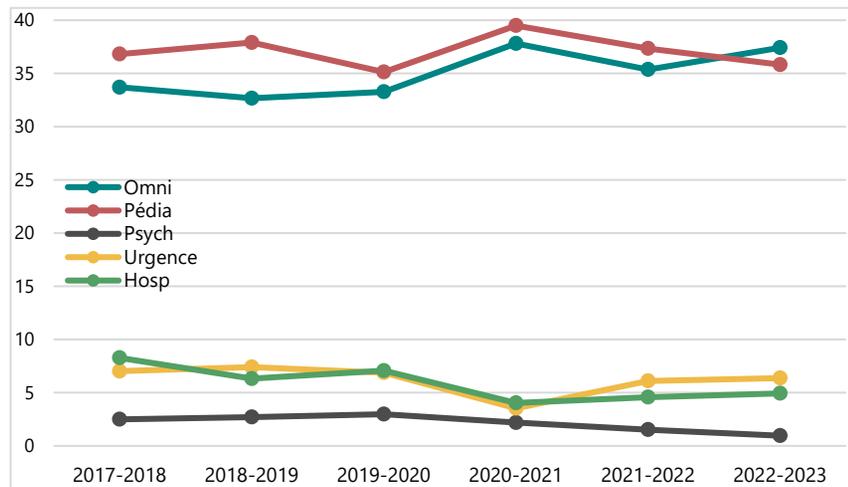
¹ Les mesures ont été ajustées à partir de la structure d'âge du Québec en 2021.

La figure 9 présente le pourcentage d'utilisation des services médicaux chez les personnes de 24 ans et moins ayant le TDAH selon les groupes d'âge. Il apparaît clairement que les types de services utilisés évoluent en fonction de l'âge des personnes ayant le TDAH. L'analyse comparative entre la période pandémique et la période pré-pandémique montre des différences temporelles dans l'utilisation des services médicaux selon les différents groupes d'âge. Chez les personnes de 1-5 ans, une augmentation des consultations chez les omnipraticiens et les pédiatres est observée à partir de 2019-2020 pour atteindre un pic en 2020-2021, tandis que l'on note une diminution des hospitalisations et de l'utilisation de l'urgence. Pour les 6-11 ans et les 12-17 ans, on observe une augmentation constante des consultations chez les omnipraticiens, accompagnée d'une baisse des visites chez les pédiatres et de l'utilisation de l'urgence en 2019-2020. Enfin, chez les 18-24 ans, on note également une augmentation des consultations chez les omnipraticiens en 2019-2020 suivie d'une légère baisse à compter de 2020-2021, ainsi qu'une diminution de l'usage de l'urgence en 2019-2020.

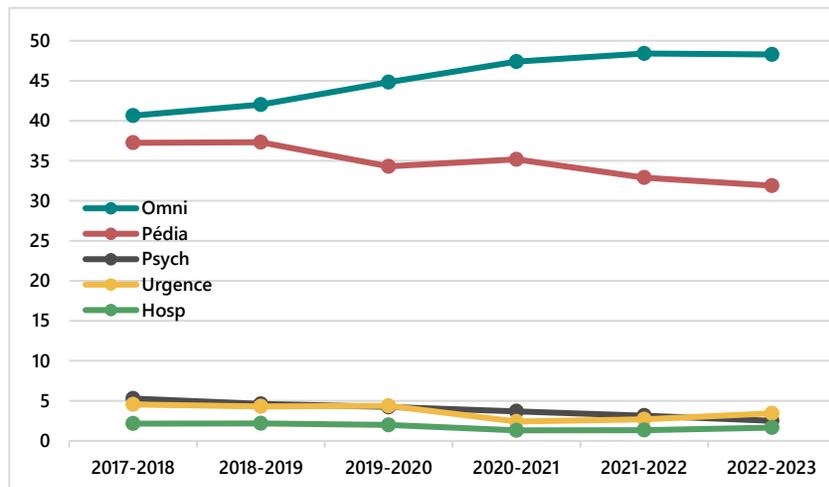
La figure 10 illustre les profils d'utilisation des services médicaux pour raison de santé mentale autre que pour le TDAH (excluant les diagnostics de TDAH), par les personnes de 1 à 24 ans avec et sans le TDAH au fil des années. Les résultats indiquent que les personnes ayant le TDAH ont davantage recours aux divers services médicaux que celles sans TDAH. Aussi, ils ont tendance à consulter plus fréquemment les pédiatres et les psychiatres que les personnes n'ayant pas le diagnostic de TDAH. Cette figure met également en évidence des variations dans les types de professionnels consultés au fil des années. En comparant la période pandémique (2020-2023) à celle pré-pandémique (2017-2020), on observe que les personnes ayant le TDAH ont connu une réduction des hospitalisations pendant la pandémie (tableau 2 et figure 10). De plus, leur recours aux services d'urgence et aux services spécialisés a légèrement diminué de 2020 à 2023.

Figure 9 Taux d'utilisation de services médicaux (%) chez les personnes de 1 à 24 ans avec diagnostic de TDAH, selon les groupes d'âge, Québec, 2017-2023

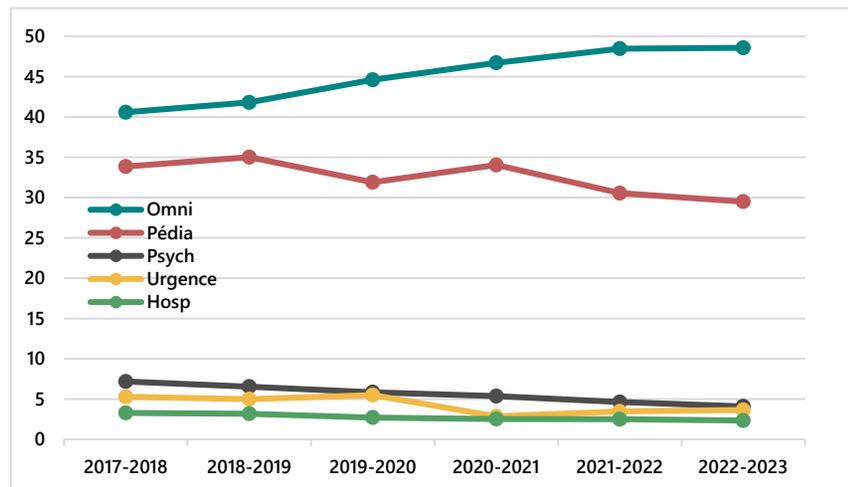
1-5 ans



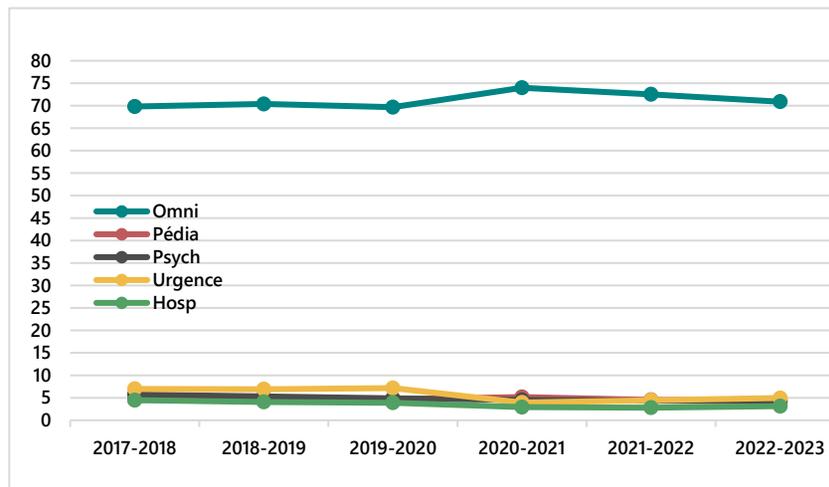
6-11 ans



12-17 ans

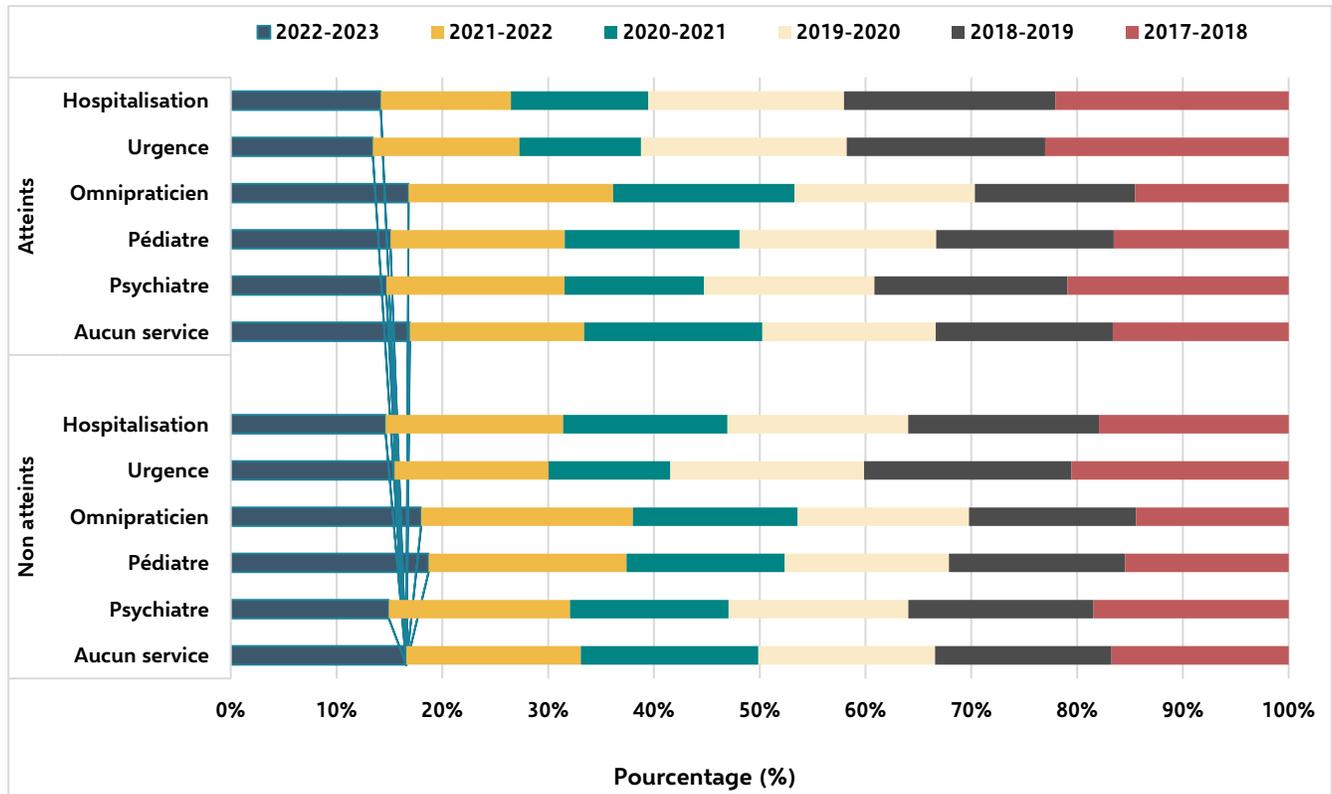


18-24 ans



Omni : omnipraticien ; Pédia : pédiatre ; Psych : psychiatre ; Hosp : hospitalisation.

Figure 10 Profils d'utilisation des services en santé mentale, en excluant les services TDAH, chez les personnes de 1 à 24 ans avec ou sans TDAH, par an, Québec, 2017-2023¹



¹ Les mesures ont été ajustées à partir de la structure d'âge du Québec en 2021.

4 DISCUSSION

4.1 Prévalence et incidence du diagnostic de TDAH

Les estimations obtenues à partir du SISMACQ révèlent une tendance à la hausse de la prévalence et du taux d'incidence du TDAH diagnostiqué pendant la période pandémique (avril 2020 à mars 2023) en comparaison à la période prépandémique (avril 2017 à mars 2020) chez les enfants et jeunes adultes âgés de 24 ans et moins. Cette augmentation a débuté au troisième trimestre de l'année 2020, coïncidant avec les premières phases de déconfinement. Au Québec, les mesures de déconfinement après le premier confinement pour la COVID-19 ont commencé progressivement à partir du mois de mai 2020 (2^e trimestre) et se sont poursuivies tout au long de l'été et de l'automne 2020 (15, 16). Les mesures sanitaires instaurées portaient essentiellement sur la levée de certaines restrictions en lien avec les activités scolaires, les déplacements, les services et les commerces, tout en maintenant d'autres mesures telles que la distanciation sociale pour limiter la propagation du virus. L'accès aux urgences, aux services hospitalisés et aux soins spécialisés psychiatriques ou pédiatriques a été réduit, mais compensé en partie par l'autorisation gouvernementale de consultations virtuelles et de prescriptions téléphoniques des médecins en ambulatoire.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette augmentation des diagnostics du TDAH après le premier déconfinement.

Premièrement, la réouverture graduelle des services de santé aurait facilité l'accès à des consultations pour un plus grand nombre d'usagers, ce qui aurait contribué à l'augmentation des diagnostics du TDAH à partir du troisième trimestre de l'année 2020. En effet, le personnel enseignant expérimenté semble souvent être le premier à repérer les symptômes de TDAH et les parents sont habituellement moins prompts à les reconnaître (17, 18) ou ils hésitent à consulter. Le confinement, avec les parents en télétravail et les enfants suivant leurs cours à domicile, a pu créer un stress important dans les familles. Le seuil de tolérance des parents a pu être abaissé, ce qui les a sans doute incités à se questionner sur les comportements de leurs enfants, voire à les identifier comme relevant d'un trouble. Ils ont sans doute été davantage sensibilisés aux troubles signalés avant la pandémie par les enseignants, les incitant ainsi à consulter.

Deuxièmement, la réouverture des établissements scolaires après les périodes de fermeture dues aux mesures de confinement a probablement conduit à une augmentation de l'observation des comportements associés au TDAH, ce qui pourrait avoir contribué à une hausse des diagnostics. Ces constats s'inscrivent dans un contexte où les personnes ayant le TDAH ont été particulièrement touchées par la pandémie. Leurs difficultés à respecter les mesures instaurées, les conséquences de la fermeture des écoles et l'enseignement à distance ont affecté leur comportement (19) et exacerbé leur stress et leurs symptômes. Une revue systématique examinant l'impact des restrictions sociales imposées par la COVID-19 a révélé que la pandémie a exacerbé les symptômes du TDAH, perturbé le fonctionnement quotidien et entravé l'accès aux soins de santé des enfants et adolescents ayant le TDAH (20). Cette tendance est confirmée par une méta-analyse portant sur les changements dans les symptômes du TDAH avant et pendant la pandémie qui a rapporté que de nombreux enfants et leurs soignants ont signalé une intensification des symptômes du TDAH durant la pandémie de

COVID-19 (5). Swansburg et ses collaborateurs (2021) ont observé une aggravation des symptômes de santé mentale chez les enfants canadiens ayant le TDAH en lien avec la pandémie de COVID-19 (21).

Par ailleurs, il est important de noter que l'augmentation de la prévalence et le taux d'incidence annuels pendant la période pandémique affecte tant les garçons que les filles. Elle varie également en fonction de l'âge des personnes. En général, des disparités interrégionales dans la prévalence du TDAH ont été observées, mais aucune différence notable n'a été révélée en comparant la période pandémique et celle pré-pandémique.

4.2 Prévalence de la prescription de médicaments pour TDAH

De manière générale, les prescriptions de médicaments pour TDAH sont restées relativement stables au cours des périodes étudiées. Ce sont les enfants de 12-17 ans et de 6-11 ans qui ont enregistré des nombres de prescriptions plus élevés que les autres groupes d'âge (figure 6). Nos résultats ont indiqué une baisse notable des prescriptions au deuxième trimestre de 2020 (coïncidant avec le premier confinement). Cette tendance à la baisse varie également selon les groupes d'âge. Une étude, menée par Raveendran et ses collaborateurs (2024), basée sur une enquête en ligne auprès des soignants d'enfants et d'adolescents âgés de 6 à 18 ans ayant le TDAH et recevant ou non de la médication pour le TDAH, a révélé que la proportion des personnes participantes utilisant des médicaments sur ordonnance pour le TDAH a diminué, passant de 65 % avant la pandémie à 54 % pendant celle-ci (22). En revanche, la tendance à la baisse observée dans notre étude contraste avec les données d'une étude réalisée en Ontario par les chercheurs d'UTOPIAN (*University of Toronto Practice-Based Research Network*), qui ont rapporté une augmentation importante des prescriptions de médicaments pour le TDAH pendant la pandémie (2020-2021) comparée à la période pré-pandémique (2017-2019) (1). Cette différence pourrait s'expliquer par la diversité des caractéristiques méthodologiques, notamment l'identification des cas et les sources de données utilisées. En effet, l'UTOPIAN utilise des données provenant des dossiers médicaux électroniques tenus par des médecins de famille, qui contient des informations sur les consultations des patients, les diagnostics et les prescriptions de médicaments. Alors que le SISMACQ est un fichier de données médico-administratives conçu pour répondre à des besoins de réclamations de paiement et que les données sur les médicaments portent uniquement sur les personnes couvertes par le RPAM (voir les limites du SISMACQ), on pourrait s'attendre à une sous-détection de la médication dans une telle base de données.

Par ailleurs, nous avons observé que la prévalence de prescription de médicaments pour TDAH dépasse celui des visites médicales enregistrées pour ce diagnostic, tant dans ce rapport que dans nos précédents rapports (23, 24). Cette divergence pourrait s'expliquer par le fait que les médecins et leurs agences de facturation ne sont pas obligés d'inscrire le diagnostic au bordereau de paiement de la RAMQ à la suite d'une visite médicale. L'entrée du diagnostic à des fins administratives par les médecins est facultative. Cependant, l'absence de diagnostic de TDAH dans le bordereau de paiement d'un médecin qui a prescrit des médicaments ne signifie pas nécessairement que ce diagnostic est absent du dossier médical. En effet, les médicaments pour TDAH sont prescrits non seulement aux personnes ayant un diagnostic de TDAH enregistré, mais aussi à celles sans diagnostic inscrit dans le bordereau de paiement. Il est important de noter que les médicaments pour le TDAH sont spécifiques à ce trouble et ne sont pratiquement pas utilisés pour d'autres raisons. Nous supposons donc que la présence d'une prescription de ces médicaments est associée à un diagnostic de TDAH. De plus, il

convient de noter que le diagnostic de TDAH ne soit pas rapporté en cas de maladies concomitantes étant donné qu'un seul code de diagnostic est autorisé pour la facturation des services médicaux.

4.3 Profils d'utilisation des services médicaux de santé

Les omnipraticiens demeurent ceux qui posent le premier diagnostic de TDAH, suivis des pédiatres chez les personnes de 24 ans et moins (figure 7). Durant la période pandémique, on observe une augmentation du pourcentage des diagnostics effectués par les omnipraticiens, tandis que ceux réalisés par les pédiatres et psychiatres ont diminué. Cette tendance est cohérente avec l'augmentation des consultations auprès des omnipraticiens pour les personnes ayant le TDAH durant la pandémie, alors que les visites pour les personnes sans ce diagnostic ont diminué (tableau 2; figure 10). Les résultats de l'étude réalisée par les équipes de recherche de l'UTOPIAN confirment également la hausse des consultations pour le TDAH auprès des omnipraticiens pendant la pandémie (1). Cette augmentation pourrait en partie s'expliquer par la montée des consultations virtuelles qui sont devenues plus fréquentes en raison des nouvelles politiques de santé publique mises en place durant la pandémie (figure 8), notamment les guides publiés au Québec et au Canada concernant la santé mentale (25). En revanche, on observe une réduction des visites à l'urgence (passant de 7,2 % en 2019-2020 à 3,9 % en 2020-2021) et des hospitalisations (passant de 3,9 % en 2019-2020 à 2,9 % en 2020-2021) durant la période pandémique particulièrement chez les 18-24 ans (figure 9).

Limites

Le SISMACQ est conçu à partir de fichiers ayant pour objectif de répondre à des besoins d'ordre administratif donc certains renseignements utiles peuvent être absents (9). Les résultats de ce rapport doivent être pris dans le contexte de ses limites.

Le SISMACQ ne contient pas d'information concernant les services dispensés à l'extérieur du Québec. Il exclut les personnes couvertes par des programmes de santé fédéraux, celles ayant consulté un médecin salarié ou à forfait (qui ne code pas les diagnostics des usagers), celles ayant utilisé des services de santé sans recevoir de code de diagnostic, ainsi que celles n'ayant pas du tout recours aux services de santé. En 2016, la RAMQ a procédé à la modernisation de son système de facturation des services médicaux rémunérés à l'acte, ce qui a entraîné une diminution de la saisie des codes de diagnostic dans ce fichier. Toutes ces situations pourraient entraîner une sous-estimation des services reçus et une diminution de la sensibilité de cette base de données.

Le fichier des services pharmaceutiques du SISMACQ ne contient que les données relatives aux ordonnances délivrées en pharmacie communautaire chez des personnes couvertes par le RPAM (qui a une couverture nationale de près de 35 % chez les 24 ans et moins), ce qui est susceptible d'entraîner un biais pour l'estimation de la prescription de médicaments pour TDAH au Québec. De plus, le fait de considérer que toute prescription de médicaments pour le TDAH soit associée à un diagnostic de TDAH pourrait affecter également l'estimation de la prévalence et du taux d'incidence de ce trouble. Toutefois, nos résultats sont comparables à ceux de l'INESSS qui a utilisé des données provenant de pharmacies communautaires couvrant 73,4 % des d'ordonnances au Québec (26, 27). Cela confirme la pertinence des données du RPAM dans le SISMACQ pour estimer la proportion annuelle de personnes ayant reçu une prescription de médicaments pour TDAH.

5 CONCLUSION

L'analyse comparative entre la période pandémique et la période pré-pandémique montre une augmentation marquée de la prévalence et du taux d'incidence annuels des diagnostics de TDAH chez les personnes âgées de 24 ans et moins pendant la pandémie de COVID-19, après une baisse observée au deuxième trimestre de 2020. Cependant, la prescription de médicaments pour ce trouble est restée relativement stable durant toute la période d'étude. Nos résultats indiquent également une transition vers des consultations virtuelles et une redistribution des visites médicales entre les différents professionnels de santé. Toutes ces observations attirent l'attention sur la nécessité de continuer à surveiller les répercussions des crises sanitaires sur les comportements d'hyperactivité, d'inattention et d'impulsivité, ainsi que sur les personnes ayant le TDAH et d'adapter les stratégies de prise en charge afin de répondre aux besoins à temps.

Notre étude fournit un aperçu de l'impact des crises sanitaires sur les comportements des individus et sur les troubles neurodéveloppementaux. Elle ouvre la voie à des recherches futures, notamment sur l'influence des politiques publiques (fermetures d'écoles, apprentissage à distance, etc.) et les changements de routines quotidiennes sur les personnes ayant le TDAH pendant la pandémie. Une autre piste de recherche pourrait consister à identifier les besoins en matière de santé mentale des personnes ayant le TDAH afin d'adapter les stratégies de soutien et de gestion.

RÉFÉRENCES

1. Butt DA, Stephenson E, Kalia S, Moineddin R, Tu K. Patient visits and prescriptions for attention-deficit/hyperactivity disorder from 2017-2021: Impacts of COVID-19 pandemic in primary care. *PLoS One*. 2023;18(3):e0281307.
2. Gimbach S, Vogel D, Fried R, Faraone SV, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. ADHD medicine consumption in Europe after COVID-19: catch-up or trend change? *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):112.
3. Canadian Institute for Health Information. Mental Health and Addictions Dashboard - Ontario Mental Health System Reporting. Research programs. CIHI, 2004. Document accessible au : <https://www.ices.on.ca/dashboards/mental-health-dashboard/>(Consulté le 5 décembre 2024)
4. IQVIA. Coup d'œil IQVIA - Prévalence et traitements des troubles de santé mentale - Fiche d'information. 2024. Tendances de l'utilisation des médicaments pour le traitement du Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité au Canada, 2019 – 2023. Document accessible au : https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/publications/snapshot-anxiolytics-2024_fr.pdf (Consulté le 19 mars 2025)
5. Rogers MA, MacLean J. ADHD Symptoms Increased During the Covid-19 Pandemic: A Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*. 2023;27(8):800-11.
6. Barnett Y, Dahlen A, Huffman LC, Feldman HM. Primary Care Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in School-Age Children: Trends and Disparities During the COVID-19 Pandemic. *J Dev Behav Pediatr*. 2022;43(7):386-92.
7. Gimbach S, Vogel D, Fried R, Faraone SV, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on ADHD medicine consumption in 47 countries and regions. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2023;73:24-35.
8. Myran DT, Cantor N, Rhodes E, Pugliese M, Hensel J, Taljaard M, et al. Physician Health Care Visits for Mental Health and Substance Use During the COVID-19 Pandemic in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open*. 2022;5(1):e2143160.
9. Blais C, Jean S, Sirois C, Rochette L, Plante C, Larocque I, et al. Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une approche novatrice. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 2014;34(4).
10. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance. Lignes directrices canadiennes pour le TDAH, édition 4.1. Toronto, Canada: CADDRA; 2020.
11. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance. Canadian ADHD Practice Guidelines: Fourth Edition. Toronto, ON, Canada 2018.
12. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)- Rapport en soutien à l'outil d'aide à la prise en charge. INESSS, 2024.
13. Société canadienne de pédiatrie. Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 2 : le traitement. 2024. Document accessible au : <https://cps.ca/fr/documents/position/tdah-le-traitement> (Consulté le 20 janvier 2025).
14. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019 Oct;144(4):e20192528.
15. Institut national de santé publique du Québec. Modélisation de l'évolution de la COVID-19 : plan de déconfinement et vaccination - 28 mai 2021. Document accessible au : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/projections/28-mai-2021> (Consulté le 11 décembre 2024).

16. Institut national de santé publique du Québec. Ligne du temps COVID-19 au Québec. Courbe des cas confirmés selon la date de déclaration de résultat du test, annotée des principaux événements et mesures de santé publique liés à la COVID-19 au Québec. Dernière mise à jour : 5 octobre 2022. Document accessible au : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps> (Consulté le 11 décembre 2024).
17. Brault, M.-C., Degroote, E., Jean, M. & Van Houtte, M. (2022). Relative age effect in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder at various stages of the medicalization process. *Children*. 9, 889. <https://doi.org/10.3390/children9060889>
18. Brault, M.-C., Degroote, E. & Van Houtte, M. (2022). Disparities in the Prevalence of ADHD Diagnoses, Suspicion, and Medication Use between Flanders and Québec from the Lens of the Medicalization Process. *Health: An interdisciplinary*
19. Davoody S, Goeschl S, Dolatshahi M, Davari-Ashtiani R, Saffarpour R, Sodeifian F, et al. Relation between ADHD and COVID-19: A Narrative Review to Guide Advancing Clinical Research and Therapy. *IJPS*. 2021.
20. Dal-Pai J, Soares CB, De Fraga VC, Porto A, Foerster GP, Nunes ML. Consequences of the Covid-19 pandemic in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder - a systematic review. *Jornal de Pediatria*. 2024;100(1):25-31.
21. Swansburg R, Hai T, MacMaster FP, Lemay J-F. Impact of COVID-19 on lifestyle habits and mental health symptoms in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Canada. *Paediatrics & Child Health*. 2021;26(5):e199-e207.
22. Raveendran S, Burke MC, Klahn K, McCue M, Roy A, Martin M, et al. A Descriptive Study of the Caregiver's Experience of Managing Care for Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder During the COVID-19 Pandemic : The UNCOVER Study. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2024;26(1).
23. Diallo FB, Rochette L, Massamba V, Lesage A, Vasiliadis HM, Rahme E, et al. Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants et jeunes adultes au Québec : usage des médicaments. Québec, Canada: INSPQ; 2022. Document accessible au: <https://www.inspq.qc.ca/publications/3245>
24. Diallo FB, Rochette L, Pelletier E, Lesage L, Vincent A, Vasiliadis HM, et al. Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec. INSPQ. Québec (Qc), Canada. 2019. Document accessible au : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2535>
25. Institut canadien d'information sur la santé. L'élargissement des soins virtuels au Canada : Nouvelles données et informations. Ottawa, ON: ICIS; 2023. Document accessible au <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/expansion-of-virtual-care-in-canada-report-fr.pdf>
26. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins. Portrait rédigé par Éric Tremblay et Jean-Marc Daigle. Québec, Qc: INESSS; 2017.
27. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Mémoire présenté dans le cadre des travaux de la Commission parlementaire sur la santé et les services sociaux : Mandat d'initiative - Augmentation préoccupante de la consommation de psychostimulants chez les enfants et les jeunes en lien avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Québec, Qc: INESSS; 2019.

Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec en contexte de pandémie de la COVID-19

AUTRICES ET AUTEURS

Fatoumata Binta Diallo, conseillère scientifique spécialisée
Louis Rochette, statisticien
Victoria Massamba, conseillère scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Alain Lesage, psychiatre et chercheur
Institut universitaire en santé mentale de Montréal Institut national
de santé publique du Québec

Elham Rahme, professeure agrégée
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université McGill

Carlotta Lunghi, professeure en pharmaco-épidémiologie
Département des Sciences de la santé
Université du Québec à Rimouski

Martin Gignac, psychiatre d'enfants et d'adolescents
Institut national de psychiatrie Légale Philippe-Pinel.
Président du conseil d'administration de la CADDRA

Alvine Fansi, adjointe au directeur des services professionnels
Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de
la recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Helen-Maria Vasiliadis, professeure titulaire
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

Samuele Cortese, professeur titulaire
Child and Adolescent Psychiatry, National Institute for Health and
Care Research. University of Southampton, UK

SOUS LA COORDINATION DE

Nicolas Ribes Turgeon, chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

COLLABORATION

Aurélie Maheux Dubuc, conseillère scientifique
Secrétariat général

RÉVISION

Marie-Christine Brault, professeure titulaire
Faculté des sciences sociales, Chaire de recherche Antoine-Turmel sur la
sociologie historique de l'enfance et de la famille
Université Laval

Caroline Duchaine, agente de planification, de programmation et
de recherche, Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Frédéric Boisrond, sociologue
Regroupement des Associations PANDA du Québec

Les réviseuses et le réviseur ont été conviés à apporter des commentaires
sur la version préfinale de ce document et, en conséquence, n'en ont pas
révisé ni endossé le contenu final.

Les autrices et auteurs ainsi que les réviseuses et le réviseur ont dûment
rempli leurs déclarations d'intérêts. Les situations à risque de conflits
d'intérêts rapportées lors de ce processus, de même que les commentaires
et suggestions sur ce rapport ont été communiqués à la chargée de projet.
Après analyse, aucun biais n'a été décelé.

MISE EN PAGE

Isabelle Gagnon, agente administrative
Bureau d'information et d'études en santé des populations

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur
le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au :*
<http://www.inspq.qc.ca>.

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées
en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation
doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient
les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette
autorisation peut être obtenue en écrivant un courriel à :*
droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition
d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 3^e trimestre 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 1922-1762
ISBN : 978-2-555-01515-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2025)

N° de publication : 3690