

Pilules et TDAH

pourquoi, pour qui, comment ?

Annick Vincent et Michel Sirois

Vous avez évalué le jeune Nathan et son père et les revoyez en visite de suivi. Les répercussions fonctionnelles du TDAH au quotidien sont telles qu'un traitement pharmacologique est envisagé. Quelles sont les options existantes et par quoi commencer ? Le traitement est-il différent chez l'enfant et chez l'adulte ? Comment démêler tout ce que les parents ont entendu et lu dans les médias ?

Pourquoi traiter ?

Vous rappelez à la famille que le TDAH est un trouble neurobiologique qui entraîne une difficulté d'automodulation chronique. La prescription de médicaments s'inscrit dans une approche multimodale (tableau I)^{1,2}, comportant notamment une saine hygiène de vie qui facilite le fonctionnement du cerveau. Comprendre le TDAH permet de mettre en place des stratégies d'adaptation pour réduire l'atteinte fonctionnelle (voir les articles intitulés : « TDAH : trucs et astuces pour les jeunes » et « TDAH : trucs et astuces pour les grands », dans le présent numéro). Lorsque les symptômes résiduels continuent à exercer un effet négatif, un traitement pharmacologique spécifique doit être envisagé.

Il faut préciser les attentes, car il n'y a pas de pilule miracle! (*Pills don't build skills!* a rappelé la D^{re} Margaret Weiss au cours du Colloque international francophone sur le TDAH qui a eu lieu à Québec en 2012). Tout comme une paire de lunettes permet de faire le focus et de distinguer les lettres et non d'apprendre à lire, un médicament bien ajusté ne guérit pas le TDAH³, mais réduit les symptômes, améliore le fonctionnement et assure au patient l'accès à son réel potentiel.

Les D^{rs} Annick Vincent, psychiatre, et Michel Sirois, médecin de famille, exercent au Centre médical l'Hétrière, à Saint-Augustin-de-Desmaures, et à la Clinique Focus de ce centre.

Tableau I

Approche multimodale du TDAH^{1,2}

L'approche multimodale permet de viser une bonne maîtrise des symptômes et un meilleur fonctionnement, toute la journée, sept jours sur sept. Elle comporte les éléments suivants :

- psychoéducation
- bonne hygiène de vie
 - alimentation
 - sommeil
 - activité physique
 - réduction de l'excès de temps passé à l'écran (Internet, réseaux sociaux, jeux électroniques et télévision) et de la surconsommation de boissons énergisantes, de drogues et d'alcool
- stratégies d'adaptation
- pharmacothérapie spécifique au TDAH
 - psychostimulants et médicaments non stimulants
- psychothérapie structurée
- programmes de formation et de travail adaptés
- traitement des problèmes associés

La pharmacothérapie du TDAH s'intègre dans une approche multimodale et individualisée. Il est recommandé de commencer par un psychostimulant à action prolongée.

Repère

Tableau II**Comparaison des stratégies d'ajustement posologique des médicaments utilisés pour traiter le TDAH^{2,5}**

Type de molécule	Durée d'action	Posologie de départ	Stratégie d'augmentation selon la monographie
Psychostimulants à base d'amphétamines			
Dexamphétamine (Dexedrine)	4 h	2,5 mg–5 mg, 2 f.p.j.	↑ 2,5 mg–5 mg, 1 f.p.j. ou 2 f.p.j., par palier de 7 jours Dose max. : ☉ Tous les âges : 40 mg
	6 h–8 h	10 mg, 1 f.p.j. le matin	
Sels mixtes d'amphétamine (Adderall XR)	12 h	5 mg–10 mg, 1 f.p.j. le matin	↑ 5 mg–10 mg par palier de 7 jours Dose max. : ☉ Enfant : 30 mg ☉ Ado et adulte : 20 mg–30 mg
Lisdexamfétamine (Vyvanse)	13 h–14 h	20 mg–30 mg, 1 f.p.j. le matin	↑ à la discrétion du médecin par palier de 7 jours Dose max. : ☉ Tous les âges : 60 mg
Psychostimulants à base de méthylphénidate			
Méthylphénidate à libération immédiate (Ritalin)	3 h–4 h	5 mg, 2–3 f.p.j. Adulte : considérer 4 f.p.j.	↑ 5 mg–10 mg par palier de 7 jours Dose max. : ☉ Tous les âges : 60 mg
Méthylphénidate à libération prolongée (Biphentin)	10 h–12 h	10 mg–20 mg, 1 f.p.j. le matin	↑ 10 mg par palier de 7 jours Dose max. : ☉ Enfant et ado : 60 mg ☉ Adulte : 80 mg
Méthylphénidate à libération prolongée (Concerta)	10 h–12 h	18 mg 1 f.p.j. le matin	↑ 18 mg par palier de 7 jours Dose max. : ☉ Enfant et ado : 54 mg ☉ Adulte : 72 mg
Médicaments non psychostimulants			
Atomoxétine (Strattera)	Jusqu'à 24 h	Enfant et ado : 0,5 mg/kg/j Adulte : 40 mg*, 1 f.p.j. × 7 j–14 j	Maintenir la dose × 7 j–14 j avant d'ajuster : Enfant : 0,8 mg/kg/j, puis 1,2 mg/j Patient de 70 kg ou adulte : 60 mg/j, puis 80 mg/j Dose max. : 1,4 mg/kg/j ou 100 mg
Guanfacine à libération prolongée (Intuniv XR)	Jusqu'à 24 h	1 mg, 1 f.p.j., le matin ou le soir	Maintenir la dose × 7 j min. avant d'ajuster par palier de 1 mg Dose max. : ☉ Enfant 6–12 ans : 4 mg

Pour des informations spécifiques concernant la prescription, l'ajustement et le changement de médicaments contre le TDAH, les cliniciens sont invités à consulter le guide de pratique canadien en TDAH (www.caddra.ca).

*Chez l'adulte, commencer l'atomoxétine à dose plus faible que 40 mg (18 mg ou 25 mg) peut réduire les effets indésirables en début de traitement.

Qui traiter ?

Au cours de l'entrevue précédente avec Nathan et son père, vous avez constaté les symptômes, les répercussions

fonctionnelles et les stratégies de compensation (voir l'article intitulé : « Évaluation du TDAH au cabinet : mode d'emploi pour s'en sortir », dans le présent numéro).

Mode de libération (% immédiate/retardée)	Forme galénique (Dose en mg)	Couverture RAMQ
Libération immédiate (100/0)	Comprimé facilement écrasable (5)	Médicament couvert pour tous
Mode à action intermédiaire (50/50)	Spansule (10, 15)	
Granules de sels d'amphétamines (50/50)	Granules saupoudrables (5, 10, 15, 20, 25, 30)	Médicament d'exception Ⓢ Enfant et ado : code SN 103 Ⓢ Adulte : code SN 132
Promédicament qui libère progressivement la dextroamphétamine après la lyse enzymatique	Capsule dont le contenu est saupoudrable et soluble dans l'eau (20, 30, 40, 50, 60)	Médicament d'exception Ⓢ Enfant et ado : code SN 103 Ⓢ Adulte : code SN 132
Libération immédiate (100/0)	Comprimé facilement écrasable (générique : 5) (Ritalin : 10, 20)	Médicament couvert pour tous
Libération multicouche (40/60)	Granules saupoudrables (10, 15, 20, 30, 40, 50, 60, 80)	Médicament d'exception Ⓢ Enfant et ado : code SN 103 Ⓢ Adulte : patient d'exception
Système de pompe osmotique (OROS) (22/78)	Comprimé rigide (doit être avalé entier) (18, 27, 36, 54)	Médicament d'exception Ⓢ Enfant et ado : code SN 103 Ⓢ Adulte : code SN 132
	Capsule (10, 18, 25, 40, 60, 80, 100)	Médicament d'exception Ⓢ Enfant et ado : code SN 103 Ⓢ Adulte : patient d'exception
	Comprimé rigide (doit être avalé entier) (1, 2, 3, 4)	Information non disponible au moment de mettre sous presse

Source : www.attentiondeficit-info.com/pdf/medicaments-tdah-quebec.pdf. (Reproduit et adapté avec l'accord des auteurs : la D^{re} Annick Vincent, l'équipe de formation médicale continue de l'Université Laval et la CADDRA)

Vous optez pour un traitement médicamenteux, en sachant que la réponse clinique ne confirmera pas un diagnostic de TDAH.

Il n'y a pas d'âge maximal pour instaurer un traitement, tant que la condition physique du patient le permet. L'âge minimal recommandé est de 6 ans. En rai-

son du peu d'études sur les risques *in utero* et chez le nourrisson, il est suggéré⁴ de cesser le médicament pendant la grossesse et l'allaitement.

Avant de commencer, il faut s'assurer de l'absence de problèmes préexistants qui pourraient décompenser pendant le traitement. L'avis d'un spécialiste peut être indiqué dans certains cas complexes (voir les chapitres du guide de pratique de la CADDRA² sur les maladies concomitantes, sur le traitement médicamenteux et sur la gestion des risques cardiovasculaires).

Vous leur expliquez les options existantes et leur précisez que les médicaments approuvés pour traiter le TDAH ont montré une nette efficacité clinique comparative au placebo. En outre, leur profil d'innocuité est bon. Vous ajoutez que la réponse clinique est différente chez chaque patient et qu'on ne peut prédire quel médicament sera le plus efficace en fonction du type ou de la gravité des symptômes.

Comment traiter ?

Vous informez la famille que les médicaments contre le TDAH regroupent les produits non stimulants et les psychostimulants à base de méthylphénidate et d'amphétamines. Ces produits ont en commun de favoriser la neurotransmission de la dopamine ou de la noradrénaline. Les mécanismes d'action et de libération sont différents de l'un à l'autre. Le méthylphénidate et les amphétamines agissent principalement sur la pompe de recaptage de la dopamine tandis que l'atomoxétine agit plutôt sur la pompe de recaptage de la noradrénaline. Enfin, la guanfacine se lie au récepteur de la noradrénaline de type alpha-2a postsynaptique. Vous utilisez le *tableau II*^{2,5} pour illustrer vos propos et vérifier les stratégies d'ajustement thérapeutique.

Psychostimulants

- Les psychostimulants sont approuvés dans le traitement du TDAH chez l'enfant et l'adulte. À dose thérapeutique, l'effet clinique est notable dans les heures suivant la prise. Il n'y a pas de relation dose-effet en fonction du poids.
- Il faut commencer par de faibles doses et ajuster pro-

gressivement chaque semaine en fonction de la réponse clinique, quel que soit l'âge du patient.

Les modes de libération et les posologies varient d'un produit à l'autre (*tableau II*)^{2,5}. Aux États-Unis, d'autres préparations sont offertes, dont un système de timbre transdermique et un produit liquide.

Médicaments non psychostimulants

- L'atomoxétine est approuvée dans le traitement du TDAH chez l'enfant et l'adulte alors que la guanfacine à action prolongée a été approuvée récemment dans le traitement du TDAH en monothérapie et en traitement adjuvant aux psychostimulants dans le cas d'une réponse sous-optimale chez les enfants de 6 à 12 ans.
- L'action clinique est progressive. À dose efficace, un début de réponse clinique peut être observé en deux semaines. La réponse complète peut prendre plusieurs semaines. Il existe une relation dose-effet en fonction du poids.
- Il faut commencer par de faibles doses et ajuster lentement dans un intervalle de 7 à 14 jours en fonction de la réponse clinique, quel que soit l'âge. La prise doit être régulière et quotidienne. Cette classe de médicaments est particulièrement intéressante dans les situations où l'on recherche un effet clinique soutenu ou un faible potentiel d'abus.

Atomoxétine

- L'atomoxétine est vendue comme produit d'origine (Strattera) et en version générique.
- La capsule doit être prise à la fin du repas pour réduire au minimum les effets indésirables digestifs.

Guanfacine à action prolongée (Intuniv XR)

- La guanfacine à action prolongée vient de recevoir l'approbation de Santé Canada. Le traitement avec ce produit nécessite un suivi médical étroit et plus spécialisé vu son profil particulier d'effets indésirables et le potentiel d'interactions pharmacologiques.
- Le comprimé doit être avalé intact. Un comprimé sectionné ou mâché ne conserve pas le mode de libération prolongée.

La réponse clinique est différente d'un patient à l'autre. Il est impossible de prédire quel médicament sera le plus efficace selon le type ou la gravité des symptômes.

Repère

- ⊗ L'expérience clinique a permis d'observer une réduction des tics et de l'impulsivité. Ce n'est pas toujours une indication de la monographie.
- ⊗ La guanfacine peut ralentir le rythme cardiaque et abaisser la pression artérielle alors qu'un arrêt brusque peut les élever. Un ajustement progressif réduit la fatigue notée en début de traitement. Il faut surveiller attentivement ces paramètres.

Et les génériques ?

Bioéquivalent ne veut pas dire cliniquement équivalent, particulièrement quand le mécanisme de libération est différent. Pour qu'un générique soit déclaré bioéquivalent, la quantité totale et la concentration maximale (C_{max}) de la molécule active doivent se retrouver dans un intervalle de 80 % à 125 % de celles du produit original. Le temps pour atteindre la concentration maximale (T_{max}) peut différer et accroître les effets indésirables ainsi qu'entraver le début d'action et la durée d'action.

Le saviez-vous ? Comme les produits génériques ne sont pas testés sur des populations cliniques, leur monographie contient les éléments d'information du produit d'origine et les résultats des études pharmacocinétiques chez un petit groupe de volontaires sains.

Autres

La recherche a révélé que d'autres molécules comme le bupropion et le modafinil peuvent avoir une certaine efficacité dans la réduction des symptômes de TDAH. Elles sont parfois utilisées hors indication après l'échec des traitements courants.

Produits en vente libre

Suppléments à base d'une association d'oméga-3 et d'oméga-6 (Equazen Eye Q)

- ⊗ Equazen Eye Q, un produit contenant une association d'oméga-3 et d'oméga-6, est approuvé par Santé Canada chez les enfants de plus de 3 ans et les adolescents atteints de TDAH.
- ⊗ Le produit se présente sous forme de gélule à croquer

Tableau III

Aide à la décision pour un traitement contre le TDAH²

- ⊗ Période de la journée à couvrir (comparaison avec le port de lunettes)
- ⊗ Médicament à libération immédiate ou prolongée
La CADDRA propose de commencer par un psychostimulant à libération prolongée ou de l'atomoxétine. La préparation à libération immédiate nécessite une prise multiple pendant la journée, ce qui multiplie les risques d'oublis, entraîne souvent un effet pic-creux, nécessite une supervision de la prise le midi pour les jeunes et augmente le risque de diversion et d'abus.
- ⊗ Degré d'urgence
- ⊗ Prise ponctuelle (au besoin) ou régulière
- ⊗ Capacité d'avaler le comprimé ou la capsule
- ⊗ Réponse antérieure et actuelle
- ⊗ Préférences ou ambivalences du patient, de la famille et du clinicien
- ⊗ Problèmes associés (tableau V)
- ⊗ Couverture d'assurance, remboursement du traitement

(peut être avalée en entier), uni- ou multidose. La posologie de départ est de six gélules par jour pendant trois mois, puis la dose d'entretien est de deux gélules par jour.

- ⊗ À noter que la recherche clinique mesurant les effets de ces produits en est à ses débuts. Quelques études⁶⁻⁸ récentes chez l'enfant montrent un effet clinique supérieur à celui du placebo. Pour le moment, les suppléments représentent une option à considérer comme complément aux traitements du TDAH, et non une solution équivalente.

Mélatonine synthétique

(aide à rétablir le rythme circadien)

- ⊗ La posologie est de 3 mg à 6 mg, une heure ou deux avant le coucher. La mélatonine est offerte en feuillet sublingual, en liquide et en comprimé. Si l'effet est plus rapide, le patient peut prendre le comprimé 30 minutes avant le coucher.

Les traitements contre le TDAH regroupent les médicaments non stimulants et les psychostimulants à base de méthylphénidate ou d'amphétamines.

Repère

Tableau IV

Principes généraux pour réduire les effets indésirables du traitement du TDAH²

Le traitement médical vise à améliorer le fonctionnement des personnes atteintes de TDAH. Il faut discuter avec elles des effets indésirables possibles et leur dire de consulter s'ils sont invalidants.

- Ajuster lentement la dose.
- Réduire la survenue d'effets indésirables par une prise régulière.
- Vérifier l'heure d'apparition des effets indésirables pour décider s'il faut ajuster la posologie, les intervalles de prise ou encore changer de médicament.
- Si les effets indésirables persistent, sont intenses ou invalidants, envisager l'une des trois options suivantes :
 - essayer un autre traitement pharmacologique ;
 - tenter des périodes de réduction de dose ou d'interruption de traitement (ex. : fin de semaine ou vacances) ;
 - arrêter le traitement.

Tableau V

Éléments à prendre en compte en présence de problèmes associés compliquant le traitement pharmacologique du TDAH^{2,9}

Problème	Considérations cliniques
Épilepsie	Traiter l'épilepsie en priorité. TDAH : songer à l'atomoxétine
Tics	Les stimulants ne causent pas de tics, mais peuvent les exacerber. Quoique les tics ne soient pas une indication de traitement avec la guanfacine à libération prolongée, certains cliniciens rapportent une amélioration sous traitement.
Problèmes cardiovasculaires	En présence de facteurs de risque, demander l'avis d'un cardiologue, au besoin. Surveiller les signes vitaux et l'apparition d'effets indésirables d'origine cardiovasculaire en cours de traitement.
Troubles de l'humeur et troubles anxieux	Troubles anxieux et dépression : traiter le problème le plus invalidant en priorité. Orienter en spécialité le trouble bipolaire (traité en priorité). Tenir compte des interactions pharmacologiques possibles avec les médicaments métabolisés par l'isoenzyme CYP2D6 du cytochrome P450 pour l'atomoxétine. La guanfacine à libération prolongée est métabolisée par l'isoenzyme CYP3A4 et est un substrat des isoenzymes CYP3A4 et CYP3A5.
Troubles du spectre autistique	Les médicaments pour traiter le TDAH sont souvent moins bien tolérés dans cette population.
Troubles psychotiques	Orienter en spécialité. Les médicaments utilisés pour traiter le TDAH peuvent entraîner une rechute psychotique chez un patient prédisposé.
Toxicomanie	Traiter les deux problèmes. Idéalement, attendre que le patient soit sobre pour commencer le traitement du TDAH. Ce dernier n'augmente pas le risque de toxicomanie et pourrait même le réduire ⁹ . Les psychostimulants à libération immédiate ont un potentiel d'abus plus élevé, particulièrement s'ils peuvent être inhalés ou injectés. Considérer les psychostimulants à libération prolongée non écrasables, le promédicament ou les produits non stimulants s'il existe un potentiel d'abus.

Boîte à outils**Documents de soutien au traitement pharmacologique du TDAH**

Pictogramme	N° du document d'information	Titre
	I	Médicaments TDAH
	II	Gestion des effets secondaires



Accessibles au <http://www.cliniquefocus.com/tdha-trucs-pratiques.php#medication> ou en cliquant sur les icônes ci-dessus.

- Il est recommandé d'éviter la prise en continu et durant la grossesse, car il n'y a pas d'études sur le sujet.
- Le saviez-vous ? La mélatonine perd son effet si elle est exposée à la lumière. C'est pourquoi il faut garder les comprimés dans un contenant opaque.

Comment choisir ?

Les experts canadiens soulignent que tous les médicaments contre le TDAH sont différents en raison du type de molécules actives et du mode de libération. Par ailleurs, les symptômes cliniques présentés (inattention ou hyperactivité-impulsivité) ne permettent pas de prédire quel type de traitement sera le plus efficace. De plus, certaines personnes répondent mieux à un produit qu'à un autre, même au sein d'une même catégorie de stimulants (réponse préférentielle). Il importe de savoir que pour ajuster la posologie d'un psychostimulant, il n'y a pas de lien entre la dose, le poids et l'intensité des symptômes.

Pour faire son choix parmi les options pharmacologiques existantes, le clinicien doit tenir compte de plusieurs facteurs et de plusieurs points (*tableau III*)². Le *tableau IV*² rappelle les principes généraux pour réduire les effets indésirables tandis que le *tableau V*^{2,9} résume les éléments à prendre en compte en présence de troubles comorbides.

Les parents de Nathan vous remercient de vos explications. Vous leur remettez un document d'information sur le traitement médicamenteux du TDAH (icône I de la boîte à outils) et sur la gestion des effets indésirables (icône II de la boîte à outils) ainsi que le document de

suivi pharmacologique² qui se trouve dans la trousse de la CADDRA, puis vous leur fixez un rendez-vous. Vous prévoyez un suivi plus intensif pendant la période d'ajustement du traitement (d'un à trois mois), puis tous les six à douze mois lorsque l'état du patient sera stable en tenant compte des étapes du développement (plus intense pour les jeunes et dans des périodes de transition). Pour les jeunes d'âge scolaire, il est efficace de les rencontrer après la première étape (novembre) et avant la dernière (avril).

Pour mesurer les répercussions positives, mais aussi les effets indésirables du traitement, vous leur proposez de remplir des échelles cliniques et un questionnaire de suivi pharmacologique (voir les outils proposés dans l'article intitulé : « Évaluation du TDAH au cabinet : mode d'emploi pour s'en sortir », dans le présent numéro).

Réponse insatisfaisante au traitement ?

En cas de réponse insatisfaisante au traitement, il faut réviser le diagnostic, vérifier la fidélité au traitement et s'assurer qu'il n'y a pas de nouveaux facteurs qui viennent compliquer le tableau clinique, puis enfin envisager un changement de médicament.

Pistes de solution

- Lorsque la personne décrit des effets cliniques en pics et en creux ou un effet rebond en fin de dose, vous pouvez changer de mode de libération pour obtenir un effet thérapeutique plus soutenu ou encore ajouter une dose du même psychostimulant, mais à libération immédiate dans la période où le rebond est observé.

- ⊗ Si, malgré une optimisation de la posologie, l'effet clinique reste partiel, changez de mode de libération ou de molécule. L'association d'un psychostimulant et d'un médicament non stimulant constitue parfois une option. Seule l'association d'un psychostimulant avec la guanfacine à libération prolongée a reçu l'indication de Santé Canada pour le traitement du TDAH chez les enfants de 6 à 12 ans présentant une réponse sous-optimale à un psychostimulant.
- ⊗ En présence d'effets indésirables limitant l'optimisation de la posologie, changez de mode de libération ou de molécule.
- ⊗ Lorsque le passage d'un psychostimulant à un autre est envisagé, il faut prévoir une période de transition propice, comme les vacances scolaires ou les fins de semaine. Certains principes de base doivent être observés au moment de changer de molécules :
 - ⊕ Lors du passage d'un psychostimulant à base de méthylphénidate vers un médicament dont le mode de libération est différent, il faut cesser le premier et commencer le second à la dose équivalente calculée en fonction du mode de libération (rappel : % libération immédiate/retardée : Biphentin = 40/60 et Concerta = 22/78).
 - ⊕ Pour le passage d'un psychostimulant à base d'amphétamines vers un médicament dont le mode de libération est différent ou pour un changement de classe (méthylphénidate → amphétamines), il n'existe pas d'équivalence directe. Il faut cesser le premier et commencer le second à la posologie de départ.

VOUS EFFECTUEZ un suivi régulier de la famille de Nathan. Le fils et le père vont mieux après quelques ajustements pharmacologiques et la mise en place progressive de stratégies gagnantes (voir les articles intitulés : « TDAH : trucs et astuces pour les jeunes » et « TDAH : trucs et astuces pour les grands », dans le présent numéro). *La famille vous remercie de l'avoir accompagnée dans le processus. Cela vous fait chaud au cœur de constater l'évolution positive de chacun.*

Date de réception : le 27 janvier 2013

Date d'acceptation : le 11 avril 2013

La D^{re} Annick Vincent est conférencière et membre des comités consultatifs de Biovail, de Lundbeck, de Bristol-Myers Squibb, de Lilly, de Purdue, de Janssen et de Shire. De 2011 à 2013, elle a reçu des subventions de Purdue, de Shire et de Janssen. Le D^r Michel Sirois a été conférencier pour Janssen en 2012-2013 et a été membre du comité consultatif de Shire et de Janssen en 2012.

Summary

Pills and ADHD: Why, For Whom and How? Québec and Canada have developed practice guidelines for the management of ADHD. Medical treatment is part of a multimodal approach. Well-adjusted medication does not cure ADHD but helps reduce its symptoms and improve functioning. Clinical response is individual and cannot be predicted by symptoms. It is important to individualize and optimize treatment by taking into account any associated issues. It is recommended to begin with a long-acting product. Clinical follow-up is made easier by means of clinical rating scales to measure the impact of the changes. The frequency of follow-up visits varies according to the patient's specific needs and stage of life. Optimal pharmacological treatment, combined with adaptation strategies, will allow many people with ADHD to develop to their full potential. Participating in the process as a clinician is a gratifying aspect of medical practice.

Bibliographie

1. Collège des médecins du Québec. *Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Traitement pharmacologique* (mise à jour) ; juin 2006. Site Internet : www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/2D126C7C22FA472789A28B0CD1440EF5.ashx?sc_lang=fr-CA&90911 (Date de consultation : le 15 février 2013).
2. Canadian ADHD Resource Alliance. Lignes directrices canadiennes sur le TDAH. 3^e éd. Toronto : La CADDRA ; 2011. Site Internet : www.caddra.ca/cms4/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=353&lang=fr (Date de consultation : le 15 février 2013).
3. Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM et coll. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009 ; 48 (5) : 484-500.
4. Malo J, St-André M. TDAH, grossesse et allaitement : comment conseiller nos patientes ? *Québec Pharmacie* 2011 ; 58 (2) : 11-6.
5. Université Laval, CADDRA. Traitements pharmacologiques du TDAH. Septembre 2012. Site Internet : www.attentiondeficit-info.com/pdf/medicaments-tdah-quebec.pdf (Date de consultation : le 28 février 2013).
6. Sinn N, Bryan J. Effect of supplementation with polyunsaturated fatty acids and micronutrients on learning and behavior problems associated with child ADHD. *J Dev Behav Pediatr* 2007 ; 28 (2) : 82-91.
7. Richardson AJ, Montgomery P. The Oxford-Durham Study: a randomized, controlled trial of dietary supplementation with fatty acids in children with developmental coordination disorder. *Pediatrics* 2005 ; 115 (5) : 1360-6.
8. Johnson M, Ostlund S, Fransson G et coll. Omega-3/omega-6 fatty acids for attention deficit hyperactivity disorder: a randomized placebo-controlled trial in children and adolescents. *J Atten Disord* 2009 ; 12 (5) : 394-401.
9. Biederman J. Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *J Clin Psychiatry* 2003 ; 64 (suppl. 11) : 3-8.