INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

SEPTEMBRE 2017

ÉTAT DES PRATIQUES

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

Une production de
L'Institut national d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Québec

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

Rédigé par
Éric Tremblay et
Jean-Marc Daigle

Avec la collaboration de
Mélanie Turgeon

Coordination scientifique
Marie-Claude Breton

Sous la direction de
Sylvie Bouchard

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes peuvent être consultés en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Équipe de projet

Auteurs
Éric Tremblay, B. Pharm., M. Sc.
Jean-Marc Daigle, M. Sc.

Collaboration
Mélanie Turgeon, B. Pharm., M. Sc.

Extraction des données
IMS Health

Analyses statistiques
Jean-Marc Daigle, M. Sc.

Coordination scientifique
Marie-Claude Breton, Ph. D.

Direction
Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., M.B.A.

Repérage d'information scientifique
Éric Tremblay, B. Pharm., M. Sc.
Jean-Marc Daigle, M. Sc.

Soutien documentaire
Flavie Jouandon

Équipe éditoriale

Patricia Labelle
Denis Santerre
Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de
Renée Latulippe, M. A.

Avec la collaboration de
Révision Littera Plus, révision linguistique
Mark Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017
ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-79574-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). 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. Portrait rédigé par Éric Tremblay et Jean-Marc Daigle Québec, Qc : INESSS; 21p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Mme Anne-Marie Beaulieu, psychoéducatrice, consultante

M. Marc-André Boudreault, patient

Dr Michel Brouillet, médecin de famille, Groupe de médecine de famille des Grandes-Fourches

D^re^ Anne-Marie Bureau, médecin de famille, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, CLSC de Hull

D^re^ Nathalie Cerat, pédopsychiatre, CISSS, Montérégie-Centre, services externes de psychiatrie

Mme Karine Cloutier, professeure adjointe, Faculté de pharmacie, Université Laval

Mme Eve Dell'Aniello, psychologue, Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys

M. Jean-Pierre Grégoire, professeur titulaire, Faculté de pharmacie,

Université Laval

Mme Marie-Claude Guay, professeure, Département de psychologie, UQAM

M. Jean Lachaîne, professeur titulaire, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Dr Alain Lesage, psychiatre et chercheur, professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université de Montréal, directeur scientifique de l'UETMIS (psychiatrie)

Mme Line Massé, professeure titulaire, Département de psychoéducation, UQTR

Mme Danielle Nadeau, psychologue, professeure associée,
École de psychologie et de service social, Université Laval

Dr Pierre-Claude Poulin, pédiatre, Centre hospitalier Saint-Georges-de-Beauce,
CISSS de Chaudière-Appalaches

D^re^ Annick Vincent, psychiatre, Clinique FOCUS

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs du rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce document.

Le Dr Michel Brouillet a reçu des honoraires de Janssen et Shire à titre de conférencier.

La D^re^ Nathalie Cerat a été payée par Janssen et Shire pour des communications verbales faites à des groupes de médecins et pour sa participation à des réunions de consultation.

Mme Karine Cloutier a reçu des honoraires du groupe Uniprix pour des présentations.

Mme Marie-Claude Guay a reçu des honoraires de Purdue pour des conférences.

M. Jean Lachaîne a bénéficié de subventions de recherche de Shire et Novartis.

Mme Line Massé a été rémunérée comme conférencière lors d'événements organisés par le regroupement des associations PANDA ou des organisations médicales financées par l'entreprise Shire.

Le Dr Pierre-Claude Poulin a reçu des honoraires de Shire à titre de modérateur lors d'une présentation.

La D[re] Annick Vincent a reçu en 2015 une subvention de Shire pour son déplacement à un colloque sur le TDAH. Les entreprises Shire, Janssen et Purdue ont versé une rémunération à la D[re] Vincent à titre de consultante experte. Des honoraires ont également été payés à la D[re] Vincent par Shire, Janssen, Purdue et la chaîne de pharmacies Familiprix pour certaines formations présentées à des organismes communautaires, gouvernementaux, scolaires et médicaux.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES i
RÉSUMÉ ii
SUMMARY iv
1 INTRODUCTION 1
2 MÉTHODOLOGIE 2
2.1 Devis de l'étude 2
2.2 Sources de données et population à l'étude 2
2.3 Variables à l'étude 2
2.4 Analyses 3
3 Résultats 5
3.1 Prévalence globale de l'usage 5
3.2 Prévalence de l'usage selon le sexe 6
3.3 Prévalence de l'usage selon le groupe d'âge 7
3.4 Prévalence de l'usage par médicament spécifique au TDAH 9
4 Discussion 12
5 Conclusion 15
ANNEXE A 16
ANNEXE B 18
RÉFÉRENCES 21

SIGLES ET ACRONYMES

CADDRA	Canadian ADTH Ressource Alliance
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DIN	*Drug identification number*
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
UQAM	Université du Québec à Montréal
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Introduction

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est préoccupé par l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec, qui serait plus fréquent que dans les autres provinces canadiennes. Le ministre a demandé à l'INESSS de produire un portrait de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH sur le territoire québécois. Il souhaitait également que soit clarifiée la situation actuelle du Québec par rapport à celle des autres provinces. L'objectif général du présent portrait vise donc à calculer la prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH chez les personnes de 0 à 25 ans, par province canadienne, du 1er avril 2014 au 31 mars 2015.

Méthodologie

Une étude transversale a été menée à partir de données d'IMS Health et de Statistique Canada. La prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH chez la population globale des 0 à 25 ans a été calculée pour les dix médicaments spécifiques au TDAH regroupés et pour chacun de ces médicaments. Le nombre distinct d'utilisateurs de médicaments spécifiques au TDAH a été estimé par IMS Health à partir de données provenant de pharmacies communautaires. Ces données ont une couverture nationale d'environ 70,7 % (74,3 % au Québec) en termes de nombre d'ordonnances. Le dénominateur pour le calcul de la prévalence a été déterminé selon les estimations de la population pour l'année 2014 fournies par Statistique Canada. La prévalence de l'usage a été décrite en fonction de la province, de l'âge de l'utilisateur, de son sexe et du médicament spécifique au TDAH en usage. Une prévalence et son intervalle de confiance à 95 % ont été estimés pour chacune des valeurs des variables considérées lors des analyses. La prévalence de l'usage pour les dix médicaments spécifiques au TDAH regroupés et celle pour chacun de ces dix médicaments séparés ont été ajustées en fonction de la répartition selon l'âge observée au Québec durant la période à l'étude.

Résultats

La prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH dans les dix provinces varie de 1,95 % à 6,44 % et se situe à 3,26 % dans l'ensemble du pays chez les Canadiens de 0 à 25 ans. La prévalence de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH diminue à 2,39 % au Canada lorsque le Québec est exclu du calcul. Le Québec se distingue des autres provinces avec la prévalence la plus élevée au pays à cet égard, tant globalement qu'après stratification selon le sexe. La situation du Québec est cependant nuancée lorsque la prévalence de l'usage est analysée par groupe d'âge et par médicament spécifique au TDAH. C'est seulement dans le groupe des 0 à 5 ans que la prévalence est inférieure au Québec par rapport à celle d'au moins une autre province. Le Québec affiche une prévalence de l'usage par médicament supérieure à la valeur canadienne pour tous les médicaments sauf pour la dexamphétamine à durée d'action intermédiaire. Cinq des dix médicaments spécifiques au TDAH, soit le Concerta^MC et ses génériques, le Biphentin^MC, la lisdexamfétamine, l'atomoxétine et la guanfacine ont une prévalence ajustée de l'usage chez les 0 à 25 ans qui est supérieure au Québec par rapport à celle de toutes les autres provinces au pays.

Conclusion

Ce portrait a permis de calculer la prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Canada, par province, groupe d'âge et selon le sexe chez la population totale des 0 à 25. La couverture plus large des médicaments spécifiques au TDAH à longue durée d'action au Québec par rapport à ce qui a été observé ailleurs au Canada et la gratuité des médicaments pour les enfants et les étudiants à temps plein âgés de 18 à 25 ans inscrits au régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAM) pourraient expliquer la prévalence plus élevée de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH sur le territoire québécois. L'ampleur de la différence de la prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH chez les 0 à 25 ans au Québec mène cependant à rechercher d'autres hypothèses explicatives que celle de l'accessibilité aux médicaments. Parmi celles-ci, mentionnons un diagnostic posé trop rapidement et un suivi médical insuffisant.

SUMMARY

Prevalence of the use of drugs specific to attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD) in individuals 0 to 25 years of age in Canada

Introduction

The Minister of Health and Social Services is concerned about the use of drugs specific to attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD) in Québec, which is apparently more common than in the other Canadian provinces. The Minister asked INESSS to provide an overview of the use of ADHD-specific drugs in Québec, and he also wanted the current situation in Québec to be clarified in relation to that in the other provinces. The overall objective of this overview is therefore to calculate the prevalence of the use of ADHD-specific drugs among individuals 0 to 25 years of age by Canadian province from April 1, 2014 to March 31, 2015.

Methodology

We conducted a cross-sectional study using IMS Health and Statistics Canada data. The prevalence of the use of ADHD-specific drugs in the entire 0-to-25-year-old population was calculated for the 10 ADHD-specific drugs together and for each one separately. The distinct number of users of ADHD-specific drugs was estimated by IMS Health from community pharmacy data. These data have a national coverage rate of approximately 70.7% (74.3% in Québec) in terms of the number of prescriptions. The denominator used to calculate the prevalence was determined from 2014 population estimates provided by Statistics Canada. Usage prevalence was described on the basis of province, user age and sex, and ADHD-specific drug used. A prevalence rate and its 95% confidence interval were estimated for each of the values for the variables considered in the analyses. The usage prevalence for the 10 ADHD-specific drugs combined and for each one separately was adjusted for the age distribution in Québec during the study period.

Results

The age-adjusted prevalence of the use of ADHD-specific drugs in the 10 provinces ranges from 1.95% to 6.44% and is 3.26% nationwide in Canadians age 0 to 25 years. The prevalence of the use of the 10 ADHD-specific drugs decreases to 2.39% in Canada when Québec is excluded from the calculation. Québec stands out from the other provinces with the highest prevalence of such use in the country, both overall and after stratification by sex. However, the situation in Québec is nuanced when the usage prevalence is analyzed by age group and ADHD-specific drug. It is only in the 0-to-5-year age group that the prevalence is lower in Québec than that in at least one other province. Usage prevalence by drug in Québec is higher than the Canadian value for all the drugs, except intermediate-acting dextroamphetamine. For five of the 10 ADHD-specific drugs, namely, Concerta® and its generics, Biphentin®, lisdexamfetamine, atomoxetine and guanfacine, the age-adjusted usage prevalence among 0- to 25-year-olds is higher in Québec than in all the other Canadian provinces.

Conclusion

This overview involved calculating the age-adjusted prevalence of the use of ADHD-specific drugs in Canada by province, age group and sex in the entire 0-to-25-year-old population. The broader coverage of long-acting ADHD-specific drugs in Québec than what was observed elsewhere in

Canada and free access to drugs for children and full-time students aged 18 to 25 years enrolled in Québec's public prescription drug insurance plan (PPDIP) could explain the higher prevalence of the use of ADHD-specific drugs in this province. However, the magnitude of the difference in the prevalence of the use of these drugs in 0- to 25-year-olds in Québec compels one to investigate explanatory hypotheses other than that of access to drugs. These include too hasty a diagnosis and an unsatisfactory medical follow-up.

1 INTRODUCTION

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est préoccupé par l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Québec, qui serait plus important que dans les autres provinces canadiennes [Smolina et Morgan, 2014]. Le ministre, dans une lettre adressée à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en mai 2015, lui a demandé de se pencher précisément sur cette problématique dans le cadre de ses travaux portant sur la pertinence clinique au regard de l'usage optimal des médicaments. Cette demande portait sur la réalisation d'un portrait global de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Québec et la clarification de la situation actuelle du Québec à cet égard par rapport à celle des autres provinces.

Le présent portrait avait pour objectif de calculer la prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Canada, par province, groupe d'âge et selon le sexe chez la population totale des 0 à 25 ans. En complément à ces valeurs, la proportion des utilisateurs de médicaments spécifiques au TDAH a été estimée au Canada en fonction de la province, de l'âge de l'utilisateur, de son sexe et du type de régime d'assurance médicaments (public ou privé) chez les personnes de 0 à 25 ans qui ont fait usage d'au moins un médicament d'ordonnance obtenu en pharmacie, et peu importe lequel, durant la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015. Ces données provinciales complètent le portrait global de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Québec qui a fait l'objet d'une autre étude [INESSS, 2017].

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Devis de l'étude

Une étude transversale rétrospective a été menée afin de répondre aux objectifs et de dresser ce portrait.

2.2 Sources de données et population à l'étude

Les personnes à l'étude avaient entre 0 et 25 ans et devaient avoir fait usage d'un médicament spécifique au TDAH, peu importe lequel, durant la période à l'étude, soit du 1er avril 2014 au 31 mars 2015.

Le nombre d'utilisateurs de médicaments spécifiques au TDAH et le nombre de ceux qui ont obtenu en pharmacie au moins un médicament d'ordonnance, peu importe lequel, ont été estimés par IMS Health. Chaque semaine ou chaque mois, IMS Health reçoit des données anonymisées sur les ordonnances de pharmacies communautaires et des données sur les réclamations en provenance des assureurs publics et privés. À notre connaissance, IMS Health dispose des données les plus complètes concernant la dispensation de médicaments à des Canadiens non hospitalisés (ambulatoires). Les banques de données administratives provinciales ne peuvent pas être utilisées à cette fin parce que, dans la plupart des provinces canadiennes, elles ne documentent que les données relatives aux ordonnances portant sur des groupes particuliers de la population, comme ceux couverts par les régimes publics d'assurance médicaments [Pringsheim *et al*., 2011].

Dans la présente étude, le nombre distinct d'utilisateurs de médicaments spécifiques au TDAH pour chaque province a été estimé à partir de données provenant de pharmacies communautaires. Ces données ont une couverture nationale d'environ 70,7 % (74,3 % au Québec) en termes de nombre d'ordonnances. La prévalence de l'usage des médicaments a été calculée en fonction de la province, de l'âge de l'utilisateur, de son sexe et du médicament spécifique au TDAH. Le numérateur employé pour le calcul de la prévalence correspond à un nombre distinct d'utilisateurs. Une pondération a été appliquée à ce numérateur afin d'avoir une estimation du nombre d'utilisateurs dans l'ensemble de la population. Cet exercice a été nécessaire pour permettre une comparaison valide entre les provinces et inférer les résultats à l'ensemble de chaque province. Le dénominateur pour le calcul de la prévalence a été déterminé selon les estimations de la population canadienne totale et par province, selon l'âge et le sexe, au 1er juillet 2014, telles qu'elles ont été rendues disponibles par Statistique Canada. La méthode employée pour calculer l'intervalle de confiance à 95 % de la prévalence repose sur la loi gamma plutôt que sur l'approximation par la loi normale [Fay et Feuer, 1997].

2.3 Variables à l'étude

Médicaments spécifiques au traitement du TDAH : Les médicaments spécifiques au traitement du TDAH approuvés par Santé Canada au moment de l'extraction des données ont été considérés. Une personne qui a pris plus d'un de ces médicaments durant l'année à l'étude a été comptabilisée autant de fois que le nombre de médicaments différents qu'elle a pris. Les

médicaments inclus sont les suivants (voir le tableau B1 de l'annexe B pour la liste des codes DIN *(drug identification number)* associés à ces médicaments) :

1) **Méthylphénidate à courte durée d'action :** Ritalin^{MC} et ses génériques;
2) **Méthylphénidate à durée d'action intermédiaire :** Ritalin SR^{MC} et ses génériques;
3) **Dexamphétamine à courte durée d'action :** Dexedrine^{MC} et ses génériques;
4) **Dexamphétamine à durée d'action intermédiaire :** Dexedrine^{MC} Spansule et ses génériques;
5) **Méthylphénidate à longue durée d'action :** Concerta^{MC} et ses génériques;
6) **Méthylphénidate à longue durée d'action :** Biphentin^{MC};
7) **Sels mixtes d'amphétamine à longue durée d'action :** Adderall XR^{MC} et ses génériques;
8) **Lisdexamfétamine :** Vyvanse^{MC};
9) **Atomoxétine :** Strattera^{MC} et ses génériques;
10) **Guanfacine à libération prolongée:** Intuniv XR^{MC}.

Âge, sexe et province des utilisateurs de médicaments spécifiques au TDAH : L'information sur ces variables a été documentée à la date d'exécution de chaque ordonnance pour un médicament à l'étude. Cinq groupes d'âge ont été créés (0-5 ans, 6-9 ans, 10-12 ans, 13-17 ans et 18-25 ans). L'usage des médicaments spécifiques au TDAH n'a pas été documenté pour les trois territoires canadiens à cause de caractéristiques propres, dont leur faible densité populationnelle.

2.4 Analyses

1. La prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH **chez la population totale des 0 à 25 ans** a été calculée pour les 10 médicaments regroupés et pour chacun des médicaments avec la formule suivante:

$$\frac{\text{Nombre total d'utilisateurs distincts d'un médicament spécifique au TDAH (peu importe lequel)*}}{\text{Population totale par groupe d'âge visé estimée au 1er juillet 2014, selon Statistique Canada}} \times 100$$

2. La proportion des utilisateurs de médicaments spécifiques au TDAH **chez les 0 à 25 ans qui ont obtenu en pharmacie au moins un médicament d'ordonnance** a été calculée pour les 10 médicaments regroupés et pour chacun des médicaments avec la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre total d'utilisateurs distincts d'un médicament spécifique au TDAH (peu importe lequel)*}}{\text{Personnes qui ont obtenu en pharmacie au moins un médicament d'ordonnance, peu importe lequel, entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015, selon IMS Health}} \times 100$$

***Pour les 10 médicaments regroupés :** Le nombre total d'utilisateurs distincts correspond à la somme des personnes qui ont pris **un ou plusieurs** médicaments spécifiques au TDAH au moins une fois (peu importe la durée de traitement) entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015. Une personne qui a pris plus d'un de ces médicaments durant cette période devait être **comptabilisée une seule fois**.

***Pour chacun des 10 médicaments :** Le nombre d'utilisateurs distincts correspond à la somme des personnes qui ont pris **un médicament spécifique** au TDAH au moins une fois (peu importe la durée du traitement) entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015. Une personne qui a obtenu en

pharmacie plus d'un de ces médicaments durant cette période devait être **comptabilisée autant de fois que le nombre de médicaments différents qu'elle prenait**. Elle devait ainsi apparaître dans le nombre d'utilisateurs distincts de chacun des médicaments qu'elle recevait.

La prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH a été estimée pour chacune des variables considérées. De même, la proportion des utilisateurs de médicaments spécifiques au TDAH qui avaient obtenu en pharmacie au moins un médicament d'ordonnance a été estimée pour chacune des variables considérées et le type d'assureur qui avait remboursé les médicaments. Cette prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH et la proportion des utilisateurs des médicaments chez ceux qui avaient obtenu en pharmacie au moins un médicament d'ordonnance ont été ajustées d'après la répartition selon l'âge trouvée pour le Québec; l'intervalle de confiance était de 95 %. La méthode de calcul de l'intervalle de confiance correspond à celle définie dans le cadre méthodologique du Plan national de surveillance de l'Institut national de santé publique du Québec [INSPQ, 2015], méthode également employée par le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) de l'Institut national de santé publique du Québec. Les analyses descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.2 (SAS Institute, Cary, NC).

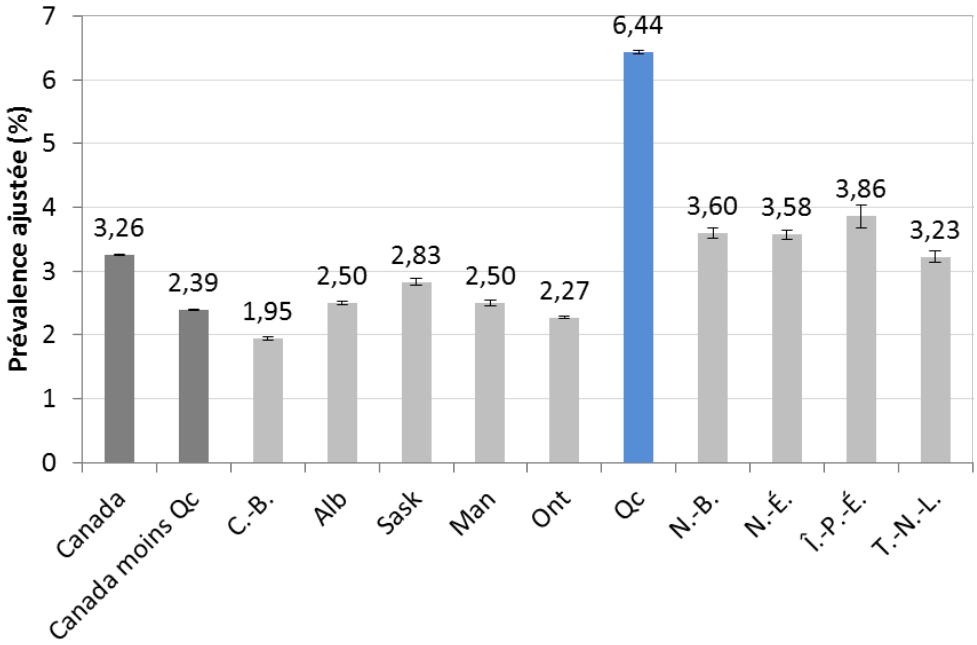
3 RÉSULTATS

La prévalence de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH chez les Canadiens de 0 à 25 ans est présentée par province et au Canada, d'abord globalement puis en la stratifiant selon le sexe, le groupe d'âge et le médicament spécifique au TDAH. Le lecteur devra porter attention aux échelles variables employées sur l'axe vertical des figures qui présentent la prévalence de l'usage par groupe d'âge et médicament spécifique au TDAH. Les proportions d'utilisateurs des médicaments spécifiques au TDAH chez les 0 à 25 ans qui ont obtenu en pharmacie au moins un médicament d'ordonnance sont présentées à l'annexe A afin de mieux les distinguer de la prévalence de l'usage estimée chez l'ensemble des 0 à 25 ans.

3.1 Prévalence globale de l'usage

La prévalence de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH était de 3,26 % (n = 359 533) **chez les Canadiens de 0 à 25 ans** entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015 (figure 1). Cette prévalence a diminué à 2,39 % au Canada lorsque le Québec a été exclu du calcul. Durant la même période, la prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH a varié de 1,95 % à 6,44 % dans les dix provinces; le Québec affichait la plus forte valeur à cet égard. L'intervalle de confiance autour de la prévalence de chacune des provinces était très étroit et il ne montrait aucun chevauchement avec celui du Québec.

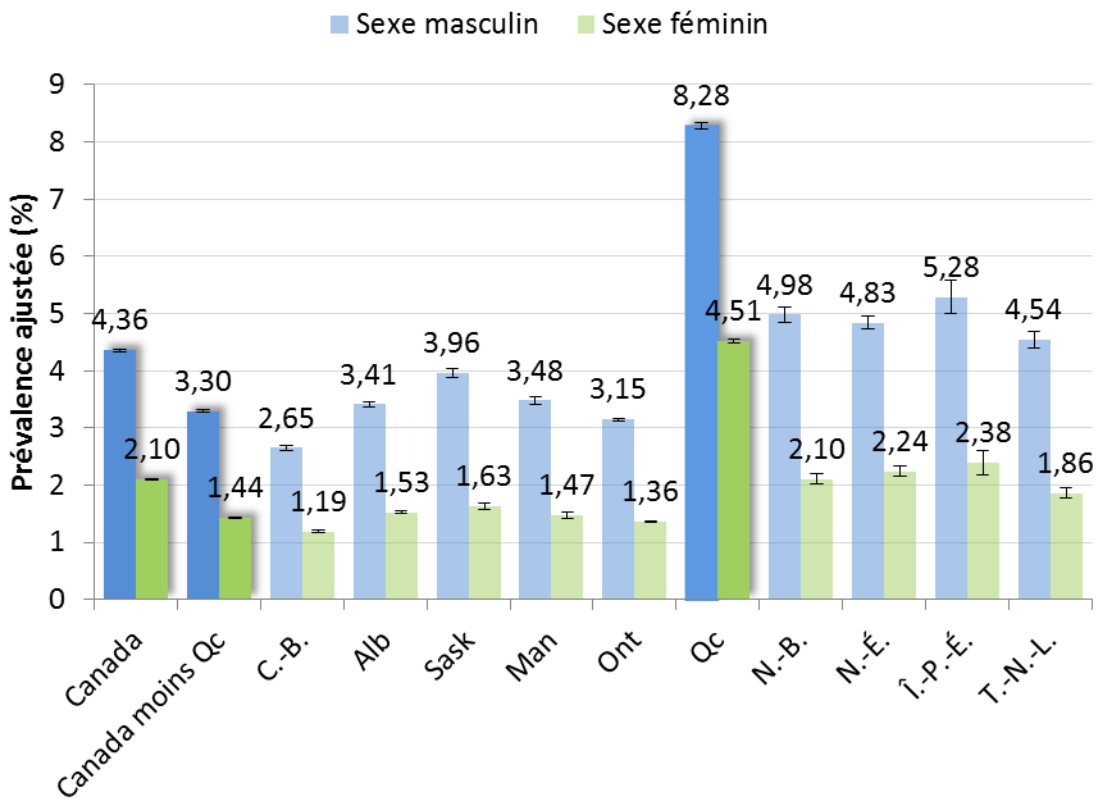
Figure 1. Prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH regroupés au Canada et par province chez les Canadiens de 0 à 25 ans entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015



3.2 Prévalence de l'usage selon le sexe

Selon la province considérée, la prévalence de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH, estimée **chez les Canadiens de 0 à 25 ans** de sexe masculin, est de 1,84 à 2,44 fois supérieure à celle calculée chez les personnes de sexe féminin du même groupe d'âge (figure 2). C'est au Québec que le rapport de prévalence de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH chez les personnes de sexe masculin comparativement à celles de sexe féminin est le moins grand. Par province, cette prévalence varie de 2,65 % à 8,28 % chez les personnes de sexe masculin. Par ailleurs, la prévalence varie de 1,19 % à 4,51 % chez les personnes de sexe féminin. Le Québec affiche, pour les deux sexes, la prévalence de l'usage la plus élevée au Canada.

Figure 2. Prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH regroupés au Canada et par province selon le sexe chez les Canadiens de 0 à 25 ans entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015



3.3 Prévalence de l'usage selon le groupe d'âge

La prévalence de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH **chez les Canadiens de 0 à 25 ans** varie d'un groupe d'âge à l'autre (figures 3 à 7). Au Québec, la prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH est la plus élevée dans quatre des cinq groupes d'âge documentés avec des valeurs, en ordre décroissant, de 14,55 % (13 à 17 ans), 13,97 % (10 à 12 ans), 5,36 % (18 à 25 ans) et 3,98 % (6 à 9 ans). C'est seulement dans le groupe des 0 à 5 ans que la prévalence est inférieure au Québec à celle d'au moins deux autres provinces, soit le Nouveau-Brunswick (0,19 %) et Terre-Neuve-et-Labrador (0,25 %). Au Canada, cette prévalence est à son plus haut niveau chez les 10 à 12 ans (6,97 %), elle diminue légèrement chez les 13 à 17 ans (6,45 %), et de façon plus marquée chez les 18 à 25 ans (3,11 %), 6 à 9 ans (2,21 %) et 0 à 5 ans (0,08 %).

Figures 3 à 7. Prévalence selon l'âge de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH regroupés au Canada et par province selon le groupe d'âge chez les Canadiens de 0 à 25 ans entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015*

Figure 3 : 0 à 5 ans

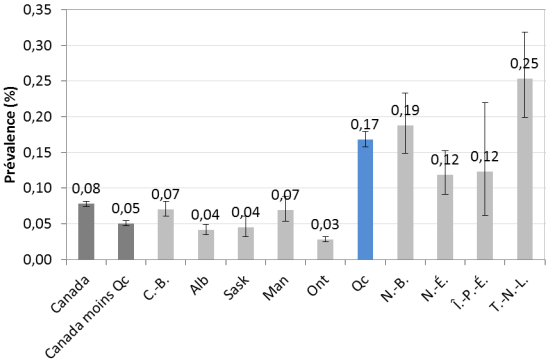


Figure 4 : 6 à 9 ans

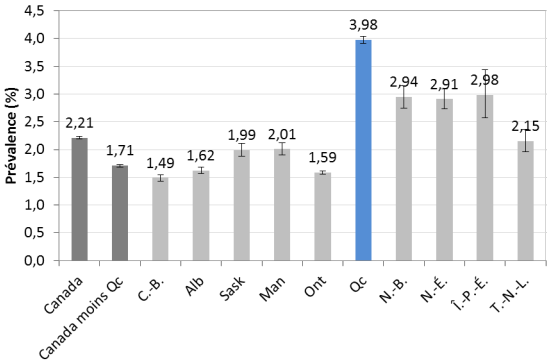


Figure 5 : 10 à 12 ans

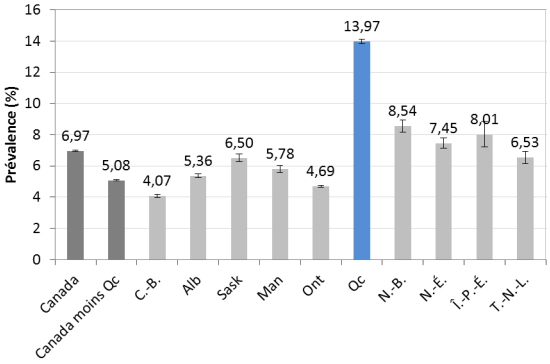


Figure 6 : 13 à 17 ans

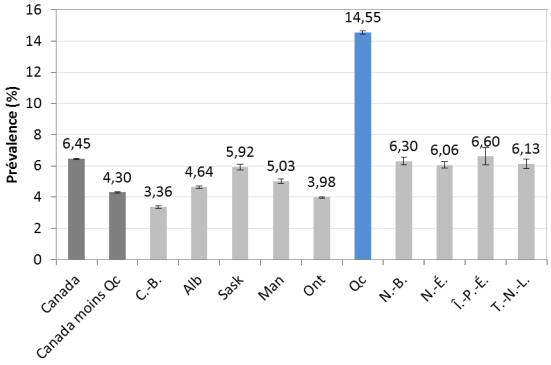
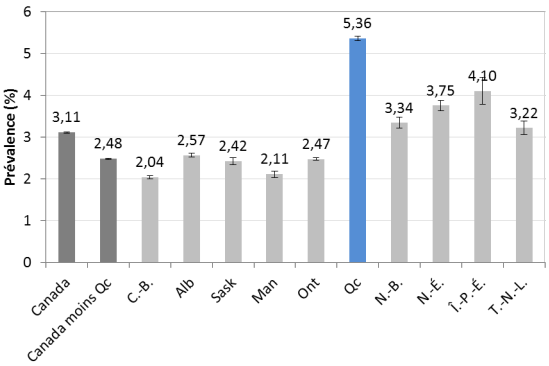


Figure 7 : 18 à 25 ans



*Le lecteur devra porter attention aux échelles variables employées sur l'axe vertical des figures présentant la prévalence de l'usage par groupe d'âge.

3.4 Prévalence de l'usage par médicament spécifique au TDAH

La prévalence de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH **chez les Canadiens de 0 à 25 ans** varie d'une province à l'autre (figures 8 à 17). Au Canada, le Concerta[MC] et ses génériques (1,38 %), la lisdexamfétamine (0,76 %) et le Biphentin[MC] (0,62 %) sont suivis, en termes de prévalence, par le méthylphénidate à courte durée d'action (0,40 %), les sels mixtes d'amphétamine à longue action (0,32 %), l'atomoxétine (0,29 %), la guanfacine (0,16 %),la dexamphétamine à durée d'action intermédiaire (0,12 %), le méthylphénidate à durée d'action intermédiaire (0,10 %) et la dexamphétamine à courte durée d'action (0,09 %).

L'ordre décroissant de la prévalence de l'usage est le même au Québec pour le Concerta[MC] et ses génériques (2,79 %), la lisdexamfétamine (1,75 %), le Biphentin[MC] (1,40 %) et le méthylphénidate à courte durée d'action (0,96 %), mais il diffère pour les six autres médicaments, soit l'atomoxétine (0,62 %), les sels mixtes d'amphétamine à longue action (0,50 %), la guanfacine (0,29 %), le méthylphénidate à durée d'action intermédiaire (0,14 %), la dexamphétamine à courte durée d'action (0,10 %) et la dexamphétamine à durée d'action intermédiaire (0,07 %).

Au Québec, la prévalence de l'usage selon le médicament est supérieure à la valeur canadienne en ce qui concerne tous les médicaments sauf la dexamphétamine à durée d'action intermédiaire. Dans au moins une province, la prévalence de l'usage est supérieure à celle du Québec pour le méthylphénidate à courte durée d'action et à durée d'action intermédiaire, la dexamphétamine à courte durée d'action ou à durée d'action intermédiaire et les sels mixtes d'amphétamine à longue action. Cinq des dix médicaments spécifiques au TDAH, soit le Concerta[MC] et ses génériques, le Biphentin[MC], la lisdexamfétamine, l'atomoxétine et la guanfacine ont une prévalence de l'usage ajustée supérieure au Québec chez les 0 à 25 ans que dans toutes autres provinces au pays.

Figures 8 à 17. Prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH au Canada et par province selon le médicament en usage chez les Canadiens de 0 à 25 ans entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015*

Figure 8 : Méthylphénidate à courte durée d'action

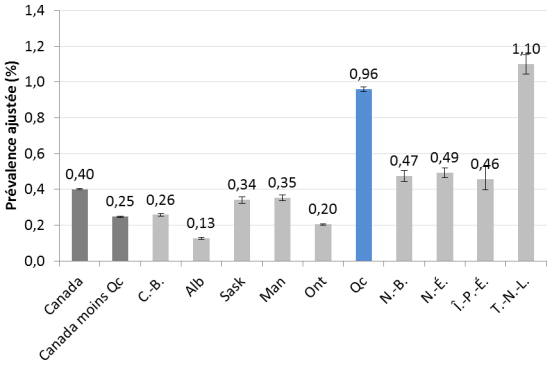
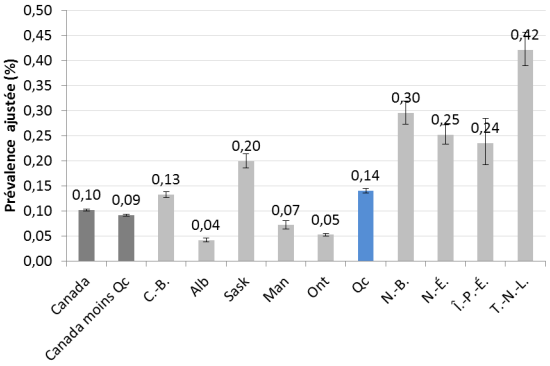


Figure 9 : Méthylphénidate à durée d'action intermédiaire



Figures 8 à 17. Prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH au Canada et par province selon le médicament en usage chez les Canadiens de 0 à 25 ans entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015* *(suite)*

Figure 10 : Dexamphétamine à courte durée d'action

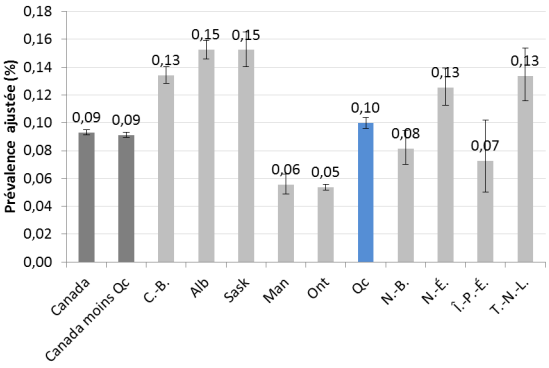


Figure 11 : Dexamphétamine à durée d'action intermédiaire

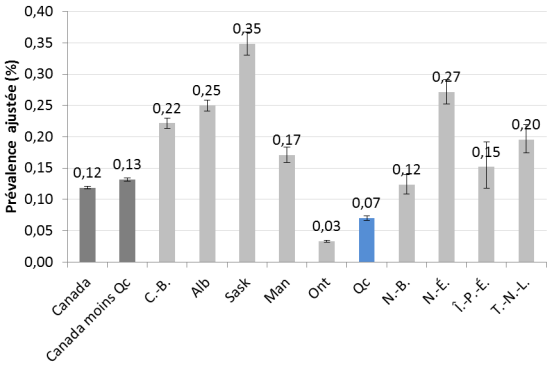


Figure 12 : Concerta[MC] et ses génériques

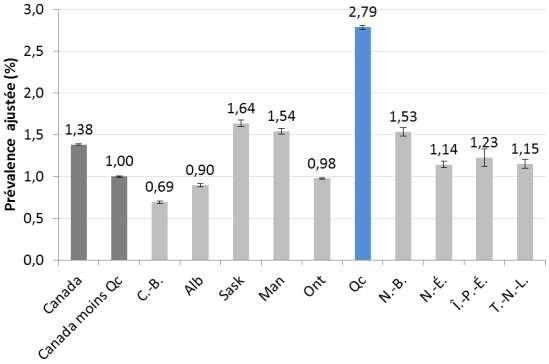


Figure 13 : Biphentin[MC]

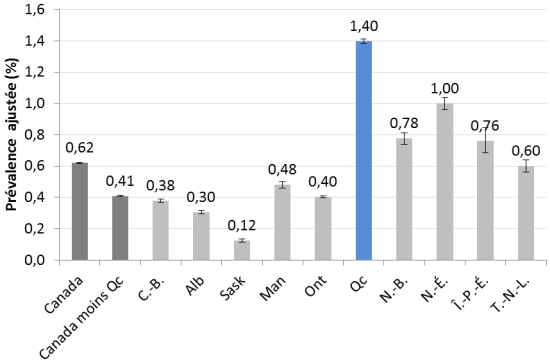


Figure 14 : Sels mixtes d'amphétamine à longue action

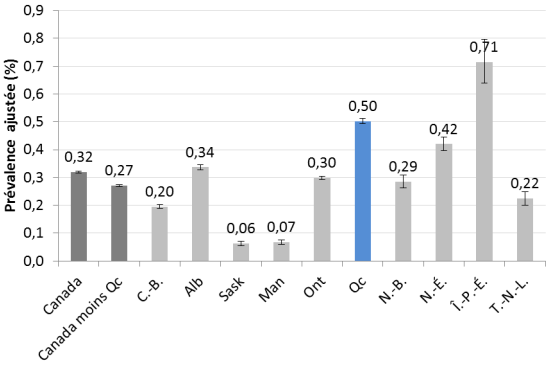
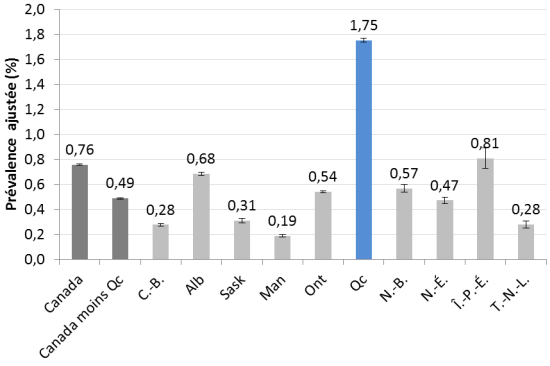


Figure 15 : Lisdexamfétamine



Figures 8 à 17. Prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH au Canada et par province selon le médicament en usage chez les Canadiens de 0 à 25 ans entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015* *(suite)*

Figure 16 : Atomoxétine

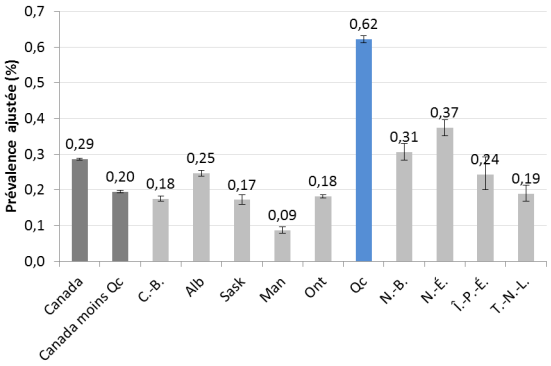
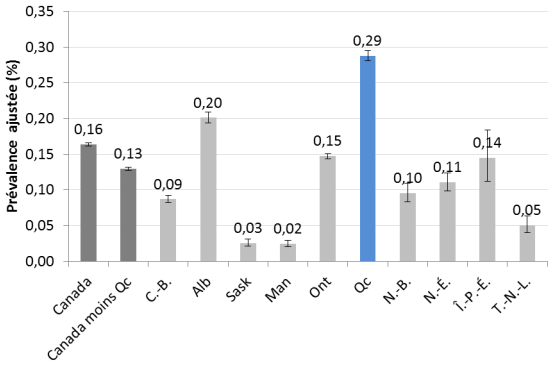


Figure 17 : Guanfacine



*Le lecteur devra porter attention aux échelles variables employées sur l'axe vertical des figures présentant la prévalence de l'usage par médicament spécifique au TDAH.

4 DISCUSSION

Les données d'IMS Health et de Statistique Canada ont permis de calculer la prévalence de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH chez les Canadiens de 0 à 25 ans entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015. La prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH dans les dix provinces varie de 1,95 % à 6,44 %[1] et elle se situe à 3,26 % dans l'ensemble du pays chez les Canadiens de 0 à 25 ans (2,39 % sans le Québec). Le Québec se distingue des autres provinces avec la prévalence de l'usage la plus élevée au pays, tant globalement qu'avec la stratification selon le sexe. La situation du Québec est cependant plus nuancée lorsque la prévalence ajustée selon l'âge de l'usage est analysée par groupe d'âge et par médicament spécifique au TDAH. Quatre des cinq groupes d'âge étudiés et cinq des dix médicaments spécifiques au TDAH ont montré une prévalence ajustée chez les 0 à 25 ans supérieure au Québec que dans toutes autres provinces au pays.

Les préoccupations du ministre de la Santé et des Services sociaux quant à l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Québec, qui est plus important que dans les autres provinces canadiennes, découlent des résultats publiés en décembre 2013 dans le *Canadian Rx Atlas* [Morgan *et al.*, 2013]. Selon cette source, le total des dépenses en médicaments d'ordonnance toutes classes confondues par personne, ajusté selon l'âge, était de 30 % plus élevé au Québec qu'ailleurs au Canada durant la période de 12 mois débutant en mai 2012 et se terminant en avril 2013. Le groupe des médicaments spécifiques au TDAH a montré une différence encore plus marquée au chapitre des dépenses par personne entre le Québec (+ 106 %) et le reste du Canada.

Les principaux facteurs avancés dans le *Canadian Rx Atlas* pour expliquer globalement les dépenses par personne plus élevées au Québec sont principalement la plus grande consommation de médicaments et en deuxième lieu le choix de molécules plus coûteuses, l'usage moins répandu de médicaments génériques et le prix unitaire supérieur de certains médicaments [Smolina et Morgan, 2014; Morgan *et al*., 2013]. Les médicaments spécifiques au TDAH constituent un sous-groupe distinct compte tenu de l'âge des personnes qui en font usage et des particularités concernant leur couverture provinciale. Au Québec, toute personne doit être couverte par une assurance médicaments. De plus, le Québec est la seule province dont le régime public prévoit la gratuité totale des médicaments pour tous les enfants de moins de 18 ans de même que pour les étudiants à temps plein âgés de 18 à 25 ans. Le régime public des autres provinces n'offre la gratuité des médicaments qu'aux enfants des familles à très bas revenu. Quant aux régimes privés d'assurance médicaments, ils prévoient généralement la contribution par certificat et non par personne assurée. Un certificat inclut l'adhérent et ses personnes à charge (conjoint et enfants). Par ailleurs, le Québec, selon les renseignements recueillis en août 2015, est la seule province canadienne à couvrir tous les médicaments spécifiques au TDAH les plus coûteux, soit le Concerta[MC] et ses génériques, le Biphentin[MC], les sels mixtes d'amphétamine, la lisdexamfétamine, l'atomoxétine et la guanfacine [ODPRN, 2015] (annexe B, tableaux B-2).

La forte représentation des molécules les plus coûteuses dans la liste des médicaments couverts au Québec par rapport à celle observée dans les autres provinces peut fausser les comparaisons

[1] La prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH chez les 0 à 17 ans est de 7,04 % au Québec.

interprovinciales basées sur les coûts par personne, comme l'indique le *Canadian Rx Atlas* [Smolina et Morgan, 2014; Morgan *et al.*, 2013]. Une analyse comparative appuyée sur des mesures de prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH n'aborde pas la problématique des coûts. Le présent portrait montre que la prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH chez les Québécois de 0 à 25 ans est supérieure à celle observée ailleurs au Canada. La différence entre le Québec et les autres provinces, qui a été observée lors de la comparaison des coûts et de la prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH, ramène au questionnement de Smolina et Morgan à savoir si le Québec fait face à une incidence plus élevée de TDAH ou s'il y a surdiagnostic ou surtraitement de ce trouble dans cette province [Smolina et Morgan, 2014].

La prévalence du TDAH à l'échelle mondiale a été estimée à 5,29 % (IC 95 % : 5,01-5,56) dans une méta-analyse portant sur 102 études constituées de 171 756 personnes âgées de 18 ans ou moins. [Polanczyk *et al.*, 2007]. Une autre revue systématique a estimé à 5,9 % (IC 95 % : 4,6-7,5) la prévalence du TDAH d'après les résultats agrégés de 20 études, concernant 43 972 enfants et adolescents, dans lesquelles la meilleure mesure de la prévalence a été employée, soit celle obtenue d'une équipe de cliniciens expérimentés qui ont évalué tous les renseignements cliniques pour en venir à un consensus sur le diagnostic [Willcutt, 2012]. Plus précisément au Québec, l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008 a permis d'estimer à 8,8 % (IC 95 % : 7,7-9,9) la proportion des enfants de 3 à 14 ans dans les ménages privés qui avaient reçu un diagnostic de TDAH [INSPQ, 2016a]. L'estimation rapportée par le SISMACQ de l'INSPQ est inférieure, soit une prévalence annuelle standardisée du TDAH de 3,6 % chez les Québécois de 1 à 24 ans [INSPQ, 2016b]. Les résultats de ces études doivent être interprétés avec prudence. La variabilité de la prévalence rapportée d'une étude à l'autre est principalement associée aux caractéristiques méthodologiques comme les critères de diagnostic employés, la source des renseignements et les exigences à respecter pour établir le diagnostic [Polanczyk *et al.*, 2014; Polanczyk *et al.*, 2007].

On peut penser que la couverture plus large des médicaments spécifiques au TDAH à longue durée d'action au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes et la gratuité des médicaments pour les enfants et les étudiants à temps plein âgés de 18 à 25 ans inscrits au régime public d'assurance médicaments du Québec pourraient être des hypothèses explicatives de la prévalence plus élevée de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH sur le territoire québécois. L'ampleur de la différence entre la prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Québec et celle observée dans les autres provinces mène à rechercher d'autres hypothèses explicatives que l'accessibilité aux médicaments. À ce titre, la recommandation de la Canadian ADHD Ressource Alliance (CADDRA) favorisant l'usage en première intention d'un psychostimulant à longue durée d'action chez les enfants, les adolescents et les adultes atteints d'un TDAH non compliqué pourrait avoir eu plus d'effet au Québec qu'ailleurs au Canada. Une formation sur le TDAH, unique au Québec, offerte en ligne en 2006 par le Collège des médecins afin de favoriser le repérage, le diagnostic et le traitement pharmacologique pourrait aussi avoir contribué à la prévalence plus élevée de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Québec. Les membres du comité consultatif ont mentionné d'autres hypothèses explicatives de la prévalence de l'usage supérieure observée au Québec. Parmi celles-ci, mentionnons un diagnostic posé trop rapidement, un suivi médical insuffisant, l'influence des parents et celle des milieux scolaires sur les médecins, le manque d'activité physique, le non-respect de saines habitudes de vie et les mesures particulières offertes en milieu scolaire, y inclus le niveau universitaire, aux personnes qui ont reçu un

diagnostic de TDAH. Par ailleurs, le médicament représenterait le traitement le plus facilement accessible dans l'offre de services actuelle.

Limites de l'étude

Bien que la présente étude ait été réalisée à partir de la banque de données administrative la plus complète et la plus valide disponible pour répondre à son objectif, elle comporte certaines limites. Les données provenant de banque de données administrative permettent de documenter la facturation et non l'usage. L'information indique que le médicament a été facturé et vraisemblablement remis, mais il est impossible de savoir si les personnes prennent réellement leur médicament ni comment elles le prennent. Nous ne savions pas non plus si les enfants et les jeunes adultes à l'étude utilisaient également des services d'une autre nature, comme des interventions psychosociales.

Par ailleurs, la prévalence de 6,4 % relative à l'usage des médicaments spécifiques au TDAH, estimée à partir des données d'IMS Health, est comparable à celle rapportée dans le portrait de l'usage de ces médicaments réalisé avec les bases de données administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Selon cette source, 5,8 % des personnes de 25 ans ou moins couvertes par le régime public d'assurance médicaments ont fait usage d'un médicament spécifique au TDAH en 2014-2015. Sur la base de cette comparaison, la prévalence présentée dans ce rapport ne semble pas surestimer la prévalence réelle de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Québec. L'imprécision autour des nombres distincts d'utilisateurs fournis par IMS Health est inconnue, mais étant donné la grande couverture populationnelle à partir de laquelle les estimations ont été réalisées, son impact sur l'intervalle de confiance est probablement négligeable.

5 CONCLUSION

La présente étude avait pour objectif de calculer la prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Canada, par province, par groupe d'âge et selon le sexe chez la population totale des 0 à 25 ans.

L'INESSS conclut que :

- La prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH au Québec (6,4 %) est supérieure à celle observée dans le reste du Canada (2,4 %).
- Au Québec et dans le reste du Canada, la prévalence ajustée selon l'âge de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH est supérieure chez les personnes de sexe masculin. C'est au Québec que le rapport de prévalence de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH chez les personnes de sexe masculin comparativement à celles de sexe féminin était le moins grand.
- La prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH est supérieure au Québec comparativement au reste du Canada pour tous les groupes d'âge étudiés, à l'exception des 0 à 5 ans.
- Le Québec affiche une prévalence de l'usage par médicament supérieure à la valeur canadienne pour tous les médicaments, sauf pour la dexamphétamine à durée d'action intermédiaire.
- Cinq des dix médicaments spécifiques au TDAH, soit le Concerta[MC] et ses génériques, le Biphentin[MC], la lisdexamfétamine, l'atomoxétine et la guanfacine affichent une prévalence ajustée de leur usage chez les 0 à 25 ans supérieure au Québec à celle observée dans toutes les autres provinces au pays. Ces cinq médicaments ne sont pas des agents de première intention selon la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ANNEXE A

Tableau A-1. Proportion ajustée selon l'âge des utilisateurs des dix médicaments spécifiques au TDAH regroupés au Canada par province selon le groupe d'âge, le sexe, le médicament et le type d'assureur chez les personnes ayant obtenu en pharmacie au moins un médicament d'ordonnance entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015

Caractéristiques	Canada	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É	T.-N.-L.
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Âge (ans)											
0-5	0,16	0,20	0,10	0,08	0,15	0,06	0,30	0,41	0,24	0,30	0,44
6-9	3,71	3,07	2,85	2,84	3,72	2,56	6,45	4,98	4,84	5,41	2,95
10-12	14,24	10,19	10,34	11,47	12,73	9,73	26,55	17,34	15,25	16,77	11,59
13-17	14,37	8,80	9,28	11,42	12,03	9,06	31,40	13,27	13,09	14,33	11,49
18-25	4,99	3,36	3,91	3,27	3,50	4,04	9,08	4,83	5,07	6,60	4,17
Sexe											
Homme	8,89	6,14	6,52	7,06	7,54	6,47	16,88	10,02	9,56	10,95	7,81
Femme	3,41	2,16	2,30	2,22	2,59	2,21	7,23	3,21	3,25	3,83	2,50
Médicament											
Méthylph. CDA*	0,73	0,53	0,22	0,53	0,69	0,37	1,72	0,84	0,86	0,84	1,66
Méthylph. DAI†	0,18	0,27	0,07	0,31	0,14	0,09	0,25	0,52	0,42	0,42	0,64
Dexamph. CDA*	0,17	0,27	0,26	0,24	0,11	0,10	0,18	0,15	0,21	0,14	0,21
Dexamph. DAI†	0,21	0,44	0,42	0,54	0,32	0,06	0,13	0,21	0,44	0,28	0,30
Concerta^MC^+ gén.	2,50	1,43	1,52	2,55	2,99	1,78	4,98	2,63	1,91	2,21	1,72
Biphentin^MC^	1,15	0,84	0,54	0,20	0,96	0,75	2,50	1,39	1,78	1,44	0,94
Sels mixtes amph.	0,57	0,38	0,57	0,10	0,12	0,54	0,90	0,49	0,68	1,30	0,33
Lisdexamf.	1,37	0,57	1,16	0,48	0,37	0,98	3,14	0,99	0,78	1,49	0,42
Atomoxétine	0,52	0,37	0,42	0,27	0,17	0,33	1,11	0,53	0,63	0,47	0,29
Guanfacine	0,30	0,19	0,35	0,04	0,05	0,28	0,52	0,20	0,20	0,27	0,10
Catégorie d'assuré											
Privé	5,28	3,65	4,27	2,41	3,99	3,76	10,50	5,99	5,68	6,71	4,33
Public	9,30	5,92	4,10	7,71	8,16	7,42	15,43	7,65	8,57	11,82	7,53
Total	5,90	4,02	4,25	4,41	4,86	4,15	11,51	6,23	6,04	7,04	4,87

*CDA: courte durée d'action
†DAI: durée d'action intermédiaire

Le tableau A-1 présente des proportions d'utilisateurs des médicaments spécifiques au TDAH chez les 0 à 25 ans qui ont obtenu en pharmacie au moins un médicament d'ordonnance. Les numérateurs employés pour calculer ces proportions sont les mêmes que ceux qui ont servi au calcul de la prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH chez l'ensemble des 0 à 25 ans. Les dénominateurs employés sont par contre inférieurs à ceux qui ont servi au calcul de la prévalence de l'usage chez l'ensemble des 0 à 25 ans étant donné qu'ils concernent uniquement les utilisateurs qui ont obtenu en pharmacie au moins un médicament d'ordonnance. Ces proportions sont donc systématiquement plus élevées que la prévalence de l'usage correspondante chez l'ensemble des 0 à 25 ans.

La proportion d'utilisateurs des dix médicaments spécifiques au TDAH chez les 0 à 25 ans qui ont obtenu en pharmacie au moins un médicament d'ordonnance est de 5,90 % au Canada (tableau A-1). La plus faible prévalence a été observée en Colombie-Britannique (4,02 %) et la plus élevée au Québec (11,51 %). La proportion d'utilisateurs varie de 6,14 % à 16,88 % chez les personnes de sexe masculin et de 2,16 % à 7,23 % chez celles de sexe féminin (tableau A-1). Le Québec affiche les proportions les plus élevées tant chez les personnes de sexe masculin que celles de sexe féminin. Lorsque stratifiée par

groupe d'âge, la proportion d'utilisateurs diminue, tant au Canada qu'au Québec, des 13 à 17 ans suivis des 10 à 12 ans, des 18 à 25 ans, des 6 à 9 ans puis des 0 à 5 ans (tableau A-1).

Le Concerta[MC] et ses génériques, la lisdexamfétamine et le Biphentin[MC] sont, en ordre décroissant, les trois médicaments pour lesquels la proportion d'utilisateurs est la plus élevée au Canada (tableau A-1). Le Québec affiche une proportion d'utilisateurs par médicament supérieure à la valeur canadienne pour tous les médicaments sauf la dexamphétamine à durée d'action intermédiaire. Au moins une province a une proportion d'utilisateurs supérieure à celle du Québec pour le méthylphénidate à durée d'action intermédiaire, la dexamphétamine à courte durée d'action ou à durée d'action intermédiaire et les sels mixtes d'amphétamine à longue action.

Toujours chez les personnes pour qui au moins une ordonnance a été servie en pharmacie, la proportion d'utilisateurs des médicaments spécifiques au TDAH était plus élevée chez les individus couverts par un régime public d'assurance médicaments que chez ceux couverts par un régime privé d'assurance (tableau A-1). L'Alberta fait toutefois exception. Ainsi, le rapport entre la valeur du public et celle du privé quant à la proportion d'utilisateurs des dix médicaments spécifiques au TDAH regroupés est de 1,76 au Canada. Ce rapport est à son plus bas en Alberta (0,96) et à son plus haut en Saskatchewan (3,20). Avec un rapport de 1,47, le Québec se situe parmi les provinces qui affichent les plus faibles différences entre les deux types de régime d'assurance. Les analyses ont aussi permis de constater que, pour chacun des médicaments spécifiques au TDAH, la proportion d'utilisateurs de 0 à 25 ans qui ont obtenu en pharmacie au moins un médicament d'ordonnance est supérieure au public par rapport au privé au Canada et au Québec (non indiqué dans le tableau A-1).

ANNEXE B

Tableau B-1. Médicaments spécifiques au traitement du TDAH et leurs codes DIN considérés dans la présente étude couvrant la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015

MÉDICAMENTS SPÉCIFIQUES AU TRAITEMENT DU TDAH	CODES DIN
Méthylphénidate à courte durée d'action	
Ritalin[MC] et ses génériques	00005185, 00005606, 00005614, 00271462, 00271470, 00422975, 00422983, 00584991, 00585009, 02126486, 02126494, 02230321, 02230322, 02234749, 02246991, 02247364, 02249324, 02249332, 02273950, 02274280, 02274299, 02274302, 02326221, 02326248, 02326256
Méthylphénidate à durée d'action intermédiaire	
Ritalin SR[MC] et ses génériques	00632775, 02266687, 02320312
Dexamphétamine à courte durée d'action	
Dexédrine[MC] et ses génériques	00027065, 01924516, 02443236
Dexamphétamine à durée d'action intermédiaire	
Dexédrine[MC] Spansule et ses génériques	00181439, 00181447, 01924559, 01924567
Méthylphénidate à longue durée d'action	
Concerta[MC] et ses génériques	02247732, 02247733, 02247734, 02250241, 02315068, 02315076, 02315084, 02315092, 02413728, 02413736, 02413744, 02413752
Biphentin[MC]	02277131, 02277158, 02277166, 02277174, 02277182, 02277190, 02277204, 02277212
Sels mixtes d'amphétamine à longue durée d'action	
Adderall XR[MC] et ses génériques	02248808, 02248809, 02248810, 02248811, 02248812, 02248813, 02439239, 02439247, 02439255, 02439263, 02439271, 02439298
Lisdexamfétamine	
Vyvanse[MC]	02322951, 02322978, 2347156, 02347164, 02347172, 02439603
Atomoxétine	
Strattera[MC] et ses génériques	00262835, 02262800, 02262819, 02262827, 02262835, 02262843, 02279347, 02279355, 02314541, 02314568, 02314576, 02314584, 02314592, 02318024, 02318032, 02318040, 02318059, 02318067, 02318075, 02318083, 02362511, 02362538, 02378930, 02378949, 02378957, 02378965, 02378973, 02378981, 02381028, 02381036, 02381044, 02381052, 02381060, 02386410, 02386429, 02386437, 02386445, 02386453, 02386461, 02386488, 02390485, 02390493, 02390515, 02396904, 02396912, 02396920, 02396939, 02396947, 02405962, 02405970, 02405989, 02405997, 02406004, 02445883, 02445905, 02445913, 02445948, 02445956, 22628270, 22628350
Guanfacine à libération prolongée	
Intuniv XR[MC]	02409100, 02409119, 02409127, 02409135

Tableau B-2. Critères de remboursement des médicaments spécifiques au TDAH selon la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec selon la 66e édition de cette liste parue en août 2016

Médicaments	Section de la Liste de médicaments	Critères de remboursement
Méthylphénidate à courte durée d'action : Ritalin[MC] et ses génériques	régulière	aucun
Méthylphénidate à durée d'action intermédiaire : Ritalin SR[MC] et ses génériques	régulière	aucun
Dexamphétamine à courte durée d'action : Dexedrine[MC] et ses génériques	régulière	aucun
Dexamphétamine à durée d'action intermédiaire : Dexedrine[MC] Spansule et ses génériques	régulière	aucun
Méthylphénidate à longue durée d'action : Concerta[MC] et ses génériques Co. L.A. (12 h)	exception	Pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention, chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la maladie. Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.
Méthylphénidate à longue durée d'action : Biphentin[MC] Caps. L.A.	exception	Pour le traitement des enfants et des adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie. Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.

Tableau B-2. Critères de remboursement des médicaments spécifiques au TDAH selon la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec selon la 66e édition de cette liste parue en août 2016 *(suite)*

Médicaments	Section de la Liste de médicaments	Critères de remboursement
Sels mixtes d'amphétamine à longue durée d'action : Adderall XR[MC] et ses génériques	exception	Pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie. Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.
Lisdexamfétamine : Vyvanse[MC]	exception	Pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie. Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.
Atomoxétine: Strattera[MC] et ses génériques	exception	Pour le traitement des enfants et des adolescents avec trouble déficitaire de l'attention chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la maladie avec le méthylphénidate et une amphétamine ou lorsque ceux-ci sont contre-indiqués. Avant de conclure à l'inefficacité de ces médicaments, ils doivent avoir été titrés à doses optimales, et, de surcroît, une forme à libération contrôlée sur 12 heures de méthylphénidate, ou une forme de sels mixtes d'amphétamine ou la lisdexamfétamine doit avoir été essayée, à moins d'une justification pertinente empêchant ces exigences.
Guanfacine à libération prolongée: Intuniv XR[MC]	exception	En association avec un psychostimulant, pour le traitement des enfants et des adolescents ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la condition avec le méthylphénidate et une amphétamine utilisés en monothérapie. Avant de conclure à l'efficacité sous-optimale de ces médicaments, ils doivent avoir été titrés à doses optimales.

RÉFÉRENCES

Fay MP et Feuer EJ. Confidence intervals for directly standardized rates: A method based on the gamma distribution. Stat Med 1997;16(7):791-801.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). 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. Rédigé par Mélanie Turgeon. Québec, Qc : INESSS; 2017. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/publications/publications.html.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Proportion des enfants de 3 à 14 ans ayant reçu un diagnostic médical de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. Québec, Qc : Institut de la statistique du Québec; 2016a.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Prévalence des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour la population de 1 à 24 ans, année financière 2013-2014. Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. Québec, Qc : INSPQ; 2016b.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Cadre méthodologique des indicateurs du Plan national de surveillance (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique) à l'Infocentre de santé publique. Version 3.2. Québec, Qc : INSPQ, en collaboration avec le Groupe de travail du Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique; 2015.

Morgan S, Smolina K, Mooney D, Raymond C, Bowen M, Gorczynski C, Rutherford K. The Canadian Rx atlas. 3e éd. Vancouver, BC : Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia (UBC); 2013.

Ontario Drug Policy Research Network (ODPRN). Exhibit 1: Public plan listings in Canada for stimulants and non-stimulants for treatment of ADHD. Toronto, ON : ODPRN; 2015. Disponible à : http://www.caddra.ca/pdfs/ProvincialCoverage.pdf.

Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 2007;164(6):942-8.

Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. Int J Epidemiol 2014;43(2):434-42.

Pringsheim T, Lam D, Patten SB. The pharmacoepidemiology of antipsychotic medications for Canadian children and adolescents: 2005-2009. J Child Adolesc Psychopharmacol 2011;21(6):537-43.

Smolina K et Morgan S. The drivers of overspending on prescription drugs in Quebec. Healthc Policy 2014;10(2):19-26.

Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. Neurotherapeutics 2012;9(3):490-9.