

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**L'UTILISATION D'UNE MÉDICATION POUR TRAITER LE TDAH PENDANT PLUS
DE HUIT MOIS ÉTANT ENFANT A-T-ELLE DES IMPACTS SUR LA PRÉSENCE OU
L'ABSENCE DE DÉPRESSION À L'ADOLESCENCE ET À L'ÂGE ADULTE ?**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
LÉANNE MASSICOTTE**

MARS 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)**

Direction de recherche :

Caroline Couture

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation

Caroline Couture

Prénom et nom

Évaluateur

Georgia Vrakas

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

La médication comme traitement pour les enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est de plus en plus populaire, et ce de façon mondiale (Joung *et al.*, 2022). Certains chercheurs se sont donc intéressés aux possibles impacts à long-terme de ce traitement pharmacologique. Cette recension des écrits vise à examiner si la prise de médicaments comme traitement pour le TDAH à l'enfance a des impacts ultérieurement sur les chances de faire des dépressions. Les six études retenues pour cet essai ne sont pas unanimes et un consensus sur le sujet n'est pas possible. En effet, trois études suggèrent que la prise de médicaments pour le TDAH augmente les risques de faire une dépression dans le futur alors que trois autres études indiquent que la prise de médication n'augmente pas les chances de faire une dépression ultérieurement. L'absence de consensus souligne l'importance de mener des recherches supplémentaires pour avoir une meilleure idée des impacts de la prise de médication pendant l'enfance.

Table des matières

Résumé	III
Remerciements	VI
Introduction	1
Le TDAH.....	1
Les causes du TDAH.....	2
Le traitement du TDAH	3
L'utilisation de médication pour le TDAH	5
Les troubles dépressifs	6
Objectifs, buts et hypothèses	8
Méthode.....	9
Critères de sélection des ouvrages scientifiques	9
Critères d'exclusion.....	9
Recherche documentaire	9
Processus de sélection des articles	10
Extraction des données.....	10
Résultats	12
Description des études retenues	12
Synthèse des résultats obtenus dans les articles sélectionnés	15
Absence d'augmentation des risques de faire une dépression	15
Augmentation des risques de faire une dépression	17
Autres impacts de la médication	18
Discussion	19

Impact du diagnostic de TDAH	19
Différences dans les résultats	20
Choix du traitement.....	22
Conclusion.....	24
Références	30

Remerciements

Je voudrais tout d'abord adresser mes plus sincères remerciements à la directrice de cette essai, Madame Caroline Couture, pour son aide, sa disponibilité, sa patience ainsi que la qualité de ses conseils tout au long de ce processus de réflexion et de rédaction. Je désire également remercier tous les professeurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour la qualité de leur enseignement ainsi que tous les intervenants ayant gravité autour de moi tout au long de mes études et qui m'ont fourni des outils précieux dans le cadre de mes apprentissages. Je tiens aussi à remercier mes camarades d'études qui m'ont apporté un grand soutien moral et motivationnel. Finalement, je remercie mes parents d'avoir toujours cru en moi. Je ne les remercierai jamais assez pour leur soutien et leurs encouragements constants.

Introduction

Le TDAH est un sujet sur lequel il est possible de retrouver énormément d'informations. Entre autres, un aspect qui intéresse plusieurs personnes est le traitement par médication. En effet, au cours des dernières décennies, la prescription de médication pour le TDAH chez les enfants a augmenté dans plusieurs pays dont le Canada (Bélanger *et al.*, 2018). Plusieurs recherches se sont donc intéressées aux effets de la médication sur les symptômes du TDAH ainsi que sur les effets secondaires de la prise de médication chez les enfants (Bélanger *et al.*, 2018). Également, des études ont été réalisées afin d'en connaître davantage sur les effets à long terme de la prise de telles médications chez l'humain. Cet essai s'intéressera particulièrement aux études ayant cherché à documenter et décrire le lien existant entre la prise de médication pour traiter un TDAH à l'enfance et les risques de dépression plus tard dans la vie (Birmaher *et al.*, 2008).

Le TDAH

Avant d'aller plus loin, il importe de définir le TDAH. Il s'agit d'un trouble neurologique lié à des anomalies au cerveau, plus précisément en lien avec le développement et le fonctionnement de ce dernier (Simard, 2016). Le TDAH fait souvent son apparition chez une personne durant l'enfance et reste présent à l'âge adulte pour environ 50% des gens (Simard, 2016). Le TDAH est l'un des troubles cognitifs et comportementaux les plus fréquemment diagnostiqués chez les enfants et les adolescents. Il a une prévalence évaluée à environ 3-5 % dans la population mondiale (Jerrell *et al.*, 2014). Le TDAH se manifeste par des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité et d'impulsivité. Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5 révision du texte (DSM-5 TR), il existe trois types de TDAH. Il s'agit de la présentation combinée, la présentation inattentive prédominante et la présentation hyperactive et impulsive prédominante (APA, 2015). Lorsque l'on parle de symptômes du TDAH en lien avec l'inattention, on fait référence à différents éléments tels que de la difficulté à se mettre en action, à terminer une tâche, à organiser son temps et son espace ainsi que des difficultés sur le plan de

l'attention sélective, de l'attention partagée et de la mémoire de travail (Massé *et al.*, 2015). Des difficultés à être attentif aux détails et à respecter les consignes données peuvent aussi être présentes. La personne peut sembler ne pas écouter lorsque l'on s'adresse à elle et les tâches demandant un grand effort mental sont souvent repoussées. La perte de matériel peut aussi être notée et les stimuli externes peuvent être une source de grande distraction (APA, 2015). Pour ce qui est des symptômes en lien avec l'hyperactivité, on retrouve de la difficulté à réguler son niveau d'activité verbale et motrice. En effet, ceci peut être observable par de la difficulté à rester assis pendant une longue période de temps, à rester en silence ainsi qu'à ne pas produire de mouvements pouvant déranger les gens autour (Massé *et al.*, 2015). Pour ce qui est des symptômes du TDAH en lien avec l'impulsivité, une personne peut avoir de la difficulté à réfléchir aux conséquences possibles de ses actions, à considérer l'information donnée avant de faire un choix, à suivre des étapes données, à attendre son tour ainsi qu'à avoir une faible mémoire de travail (Massé *et al.*, 2015). De plus, le TDAH est comorbide à plusieurs autres troubles. Parmi ces troubles, les plus fréquemment observés chez une personne adulte ayant un TDAH sont les dépendances, les dépressions, les troubles anxieux, les troubles de personnalité ainsi que les troubles bipolaires. En effet, 75% des gens ayant un TDAH vont aussi avoir un autre trouble associé (Laffont, 2015).

Les causes du TDAH

Selon des recherches, la présence d'un TDAH s'expliquerait par des facteurs de risque biologiques, environnementaux et épigénétiques qui interagissent ensemble. Les risques impliquant l'environnement concernent majoritairement les facteurs prénataux, périnataux, psycho-sociaux, toxiques environnementaux et diététiques (Bouvard *et al.*, 2016). Les causes exactes du TDAH sont toutefois toujours inconnues. Cependant, dans la majorité des cas, une composante héréditaire est présente. Comme mentionné plus haut, différents facteurs peuvent être liés au TDAH dont les traumatismes crâniens, la prématurité, un manque d'oxygène, une souffrance néonatale due à l'exposition ou à la consommation de substances durant la grossesse (CADDRA : Canadian ADHD resource alliance, 2017). Il est important de savoir qu'une mauvaise éducation parentale ou des stressors psychologiques ne peuvent occasionner le TDAH.

En revanche, les facteurs environnementaux peuvent moduler l'évolution du diagnostic (CADDRA : Canadian ADHD resource alliance, 2017).

Le traitement du TDAH

Il existe plusieurs types de traitements utilisés pour les personnes ayant un TDAH dont l'approche pharmacologique qui consiste en l'utilisation de médicaments. L'approche pharmacologique est assez populaire chez les personnes ayant un TDAH. En effet, 13.97% des enfants entre 10 et 12 ans prennent des médicaments psychostimulants pour le TDAH au Québec (Giguère, 2019). Pour ce qui est des enfants québécois entre 13 et 17 ans, le pourcentage est de 14.5% (Giguère, 2019). Au Québec, 70% des enfants prenant une médication pour le TDAH y réagiraient bien (Hammarrenger, 2022).

L'utilisation de médicaments n'est cependant pas la seule approche recommandée pour traiter le TDAH. Autre que l'approche pharmacologique, on retrouve entre autres l'approche psychologique qui consiste en l'intervention et l'aide d'un professionnel afin de développer les fonctions exécutives via l'apprentissage de techniques de gestion de temps et d'organisation, entre autres (Simard, 2016). Le développement des fonctions exécutives consiste en l'acquisition de compétences de gestion et de planification (Bélanger *et al.*, 2018). L'approche pharmacologique et l'approche psychologique peuvent être utilisées ensemble ou séparément (Simard, 2016). La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est aussi suggérée et a comme objectif de modifier les comportements et cognitions inadaptés. La remédiation cognitive sert entre autres à entraîner certaines fonctions cognitives dont la mémoire de travail. La TCC ainsi que les stratégies de remédiation cognitive permettent d'aider les enfants ayant un TDAH à être plus conscients de leur fonctionnement cognitif et à mettre en place différentes stratégies afin de développer leur autocontrôle et la gestion volontaire (Purper-Ouakil et Surig, 2016).

L'approche multimodale est recommandée puisqu'elle assure une prise en charge des comportements en plus de l'intervention médicale, ce qui fait en sorte que le traitement est plus efficace (Bélanger *et al.*, 2018). En effet, il est pertinent d'envisager une approche multimodale et

non seulement une approche pharmacologique puisque plus de 50% des enfants ayant un TDAH ont également des comorbidités d'ordre développemental ou psychiatrique (Bélanger *et al.*, 2018). Également, faire de l'exercice physique est recommandé pour les personnes ayant un TDAH. En effet, faire de l'exercice diminue les symptômes fondamentaux du TDAH et amène aussi une diminution de l'anxiété. En plus d'avoir des effets bénéfiques sur la santé et le bien-être, l'effort physique améliore les fonctions cognitives connexes de la personne (Bélanger *et al.*, 2018).

Autre que les approches pharmacologique, psychologique et multimodale, il est aussi important d'apporter des modifications à l'environnement de vie de la personne ayant le trouble, afin de diminuer les impacts des symptômes de TDAH sur son adaptation. Le milieu scolaire de l'enfant, principalement les enseignants, ont un rôle important à jouer auprès des enfants ayant un TDAH. Il existe plusieurs stratégies de gestion des comportements en classe afin d'aider la diminution des symptômes de TDAH. Les enseignants peuvent aider les enfants ayant un TDAH en fixant des règles claires en classe et en nommant les attentes. Ils peuvent aussi leur donner une attention personnalisée et leur démontrer qu'ils les acceptent (Bélanger *et al.*, 2018). Il est important de donner de l'attention positive à l'enfant ayant un TDAH, c'est-à-dire d'encourager, féliciter et récompenser. Pour adapter l'environnement de la classe, il est possible de limiter les stimuli visuels, installer le pupitre de l'enfant à un endroit dans la classe où il est le plus concentré et présenter le matériel de la classe de façon différente (Massé *et al.*, 2015).

Instaurer des aménagements pédagogiques est aussi un élément à privilégier afin de favoriser la réussite scolaire des étudiants ayant un TDAH. Par exemple, des groupes de soutien à l'école pourraient entraîner une augmentation de l'estime de soi chez les jeunes (Purper-Ouakil et Surig, 2016). Les parents ont aussi un rôle important à jouer afin de modifier l'environnement familial de l'enfant ayant un TDAH. La coopération entre les parents et l'enseignant de l'enfant est une chose à prioriser afin de favoriser le développement des stratégies de gestion comportementale, entre autres pour le déroulement de la période de devoirs à la maison. Il est aussi suggéré que les parents suivent une formation afin de développer de bonnes habiletés parentales en lien avec les

troubles de conduites (Bélangier *et al.*, 2018). Il existe des groupes d'entraînement aux habiletés parentales offerts aux parents ayant un enfant avec un TDAH. Ceux-ci permettent une amélioration des habiletés parentales et augmentent donc les attitudes parentales positives. Les groupes d'entraînement ont pour but de guider les parents à modifier leurs compétences parentales et donc de bonifier leur relation parent-enfant. Ceci permet en plus une meilleure adéquation entre les besoins de l'enfant ayant un TDAH et l'environnement familial (Purper-Ouakil et Surig, 2016).

L'utilisation de médication pour le TDAH

Trois principaux types de médicaments sont utilisés pour diminuer les symptômes du TDAH, il s'agit des psychostimulants, des non psychostimulants ainsi que des anti-dépresseurs. Les psychostimulants sont fortement utilisés pour le traitement du TDAH. En effet, ils sont considérés de première ligne puisqu'ils agissent rapidement et sont sécuritaires. (Bélangier *et al.*, 2018). Aussi, ils sont reconnus comme étant très efficaces pour toutes tranches d'âges et la majorité de la population affiche une bonne tolérance face à cette médication (Purper-Ouakil et Surig, 2016). Les psychostimulants agissent sur certains neurones en stimulant la libération de dopamine et de noradrénaline dans les synapses et ainsi améliorent leur fonctionnement (Julien, n.d.).

Les stimulants les plus souvent utilisés en lien avec le TDAH sont ceux à base d'amphétamine ou de méthylphénidate. Malgré leur popularité et leur efficacité, plusieurs effets secondaires peuvent apparaître lors de la prise de psychostimulants dont la perte d'appétit et les troubles de sommeil. Également, lorsque la médication ne fait plus effet ou qu'elle est trop forte, les personnes peuvent se sentir trop calmes, tristes et/ou irritables (CADDRA : Canadian ADHD ressource alliance, 2017). Les psychostimulants peuvent faire effet sur une courte, moyenne ou longue durée de temps. La présence de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux chez une personne doit être considérée au moment de choisir une médication puisque les psychostimulants peuvent amplifier les troubles anxieux (CADDRA : Canadian ADHD ressource alliance, 2017).

Un autre type de médicaments très populaire pour le traitement du TDAH sont les non psychostimulants. Les non psychostimulants sont des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la noradrénaline et ressemblent donc en quelque sorte aux médicaments stimulants, puisqu'ils favorisent une plus grande quantité de neurotransmetteurs dans les synapses, mais en agissant d'une façon différente (Teva Canada Limitée, 2019). Au Canada, les deux types de non stimulants utilisés dans le traitement du TDAH sont l'atomoxétine ainsi que la guanfacine XR (CADDRA : Canadian ADHD ressource alliance, 2017). Les non psychostimulants sont considérés comme des médicaments de deuxième ligne dû à leur efficacité moins rapide ainsi qu'au taux de réponse plus faible. Souvent, les médicaments non stimulants sont prescrits lorsque les médicaments psychostimulants ont été considérés dangereux ou inefficaces pour une personne (Bélanger *et al.*, 2018).

Un autre type de médicament utilisé sont les anti-dépresseurs. En effet, certains anti-dépresseurs qui agissent sur la noradrénaline ou la dopamine sont aussi utilisés pour le traitement du TDAH. Cependant, moins d'études ont été effectuées en regard des effets sur les symptômes du trouble (CADDRA : Canadian ADHD ressource alliance, 2011). Dans tous les cas, peu importe le type de médication choisi, les prescriptions seront de petites doses. Selon l'évolution du traitement, des symptômes et des effets secondaires vécus, les doses seront augmentées afin de trouver la dose optimale (CADDRA : Canadian ADHD ressource alliance, 2017).

Les troubles dépressifs

Puisque cet essai vise à recenser les études portant sur les effets à long terme de la prise de médication à l'enfance pour le TDAH sur les risques de troubles dépressifs ultérieurs, il est important de définir en quoi consiste la dépression. Lorsqu'il est question de troubles dépressifs, ceci inclut le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble dépressif caractérisé, le trouble dépressif persistant, le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par une substance ou un médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale, le trouble dépressif autre spécifié et le trouble dépressif non spécifié (APA, 2015). Le trouble dépressif caractérisé est l'atteinte reconnue comme classique parmi tous les troubles de ce groupe. Ce dernier comporte des épisodes délimités d'un minimum de deux semaines.

Cependant, la majorité des épisodes sont d'une durée plus longue. Ces épisodes sont décrits par des changements dans les affects, les cognitions ainsi que les fonctions neurovégétatives. Des rémissions peuvent également être présentes entre les différents épisodes vécus. Il est possible de vivre seulement un épisode, par contre le trouble est souvent récurrent (APA, 2015). Le trouble dépressif persistant tant qu'à lui est une forme plus chronique de la dépression. Il inclut ce qui était précédemment appelé la dépression majeure chronique et la dysthymie. Le diagnostic est émis lorsque la perturbation de l'humeur a une durée de plus d'un an chez les enfants et plus de deux ans chez les adultes (APA, 2015).

Le trouble dépressif caractérisé possède plusieurs symptômes dont de l'agitation ou un ralentissement psychomoteur, de l'insomnie ou de l'hypersomnie ainsi que la perte ou le gain de poids significatif. D'autres symptômes y sont associés dont l'humeur dépressive présente pratiquement toujours, la diminution marquée d'intérêt pour des activités, la fatigue ou la perte d'énergie et le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée. Finalement, la présence de pensées de mort récurrentes, des idées suicidaires ou des tentatives de suicide ainsi que la diminution de l'aptitude à penser ou à être concentré (APA, 2015).

Chez les personnes mineures, les troubles mentaux les plus présents sont les troubles dépressifs ainsi que les troubles anxieux. Dans la population mondiale, le taux de prévalence des troubles dépressifs chez les jeunes est entre 0.6% et 3.0%. Lors de la transition de l'enfance à l'adolescence, une augmentation du taux de pourcentage est observée, et ce, principalement chez les filles. En effet, le pourcentage s'élève entre 3.1% à 7.2% (Bergeron *et al.*, 2017).

Objectifs, buts et hypothèses

Compte tenu de l'augmentation de la prescription de médicaments pour le TDAH chez les enfants, il est pertinent de s'intéresser aux effets à long terme de la prise de médication durant l'enfance (Bélanger *et al.*, 2018). Plus précisément, l'essai a pour objectif de répondre à la question qui suit : L'utilisation d'une médication pour traiter le TDAH pendant plus de huit mois étant enfant a-t-elle des impacts sur la présence ou l'absence de dépression à l'adolescence et à l'âge adulte ? À la lumière de cette recension des écrits, les personnes concernées et intéressées par la prise de médication à l'enfance pour le TDAH pourront avoir un portrait éclairé des impacts à long-terme du traitement pharmacologique sur les dépressions.

Méthode

Critères de sélection des ouvrages scientifiques

Pour être inclus dans la recension permettant de répondre spécifiquement à la question de départ, les articles et ouvrages scientifiques devaient traiter de la prise de médication pour le TDAH durant l'enfance et sur les répercussions de cette prise de médication sur la dépression une fois l'enfant rendu à l'adolescence ou à l'âge adulte. La connaissance de la durée de la prise de médication est un critère d'inclusion. Plus précisément, pour que les études soient retenues, les participants devaient avoir pris de la médication avant l'âge de 18 ans et pendant un minimum de huit mois. Une durée minimum de prise de médicaments était pertinente afin de s'assurer que la médication n'était pas de très courte durée et donc que la présence ou l'absence d'impacts sur les risques de dépressions soient plus valides. De plus, pour être incluses, les études devaient être francophones ou anglophones et avoir été publiées entre 2009 à 2022 afin que ces dernières soient relativement récentes. Également, seulement les études ayant comme participants des enfants possédant un diagnostic du TDAH ont été retenues.

Critères d'exclusion

Pour répondre à l'objectif de l'essai, seules les études portant sur les répercussions de la médication pour le TDAH concernant la dépression ont été retenues. Donc, les études concernant uniquement des répercussions d'ordre physique ou de d'autres problématiques de santé mentale n'ont pas été conservées.

Recherche documentaire

La recherche documentaire pour la recension des écrits a été effectuée en ligne, de mai 2022 à juin 2022 et s'est déroulée en deux étapes. Premièrement, des recherches ont été réalisées dans les bases de données suivantes : Érudit, CAIRN, PsycINFO, MEDLINE et Cochrane library. Parmi ces dernières, des articles pertinents en lien avec l'objectif de l'essai ont été repérés dans PsycINFO et MEDLINE. Les mots-clés utilisés dans les moteurs de recherche francophones

étaient les suivants : « TDAH » ou « trouble du déficit de l'attention » ou « TDA » ; médication; et dépression. Pour ce qui est des bases de données anglophones, des combinaisons précises de mots-clés ont été utilisés : « attention deficit hyperactivity disorder » OR « ADHD » AND « medication » AND « long term effects » AND « depression », « ADHD » AND « medication » AND « depression », « ADHD treatment in children » AND « long term impact » AND « depression », « ADHD treatment » AND « long term effects » AND « depression », « long term effects medication adhd », « psychostimulant » AND « ADHD ». Deuxièmement, les références bibliographiques des articles retenus durant la recherche dans les bases de données ont été consultées afin d'identifier des études supplémentaires pertinentes afin de répondre à la question de recherche.

Processus de sélection des articles

Les résultats du processus de recension à partir de mots-clés a permis de repérer 1179 articles (psyINFO = 790 ; Medline = 389). Parmi les banques de données Érudit, CAIRN et Cochrane library, aucun article n'a été retenu. Avec l'ajout de filtres, c'est-à-dire les années ainsi que les langues, le total d'articles a diminué à 734. À la suite de la lecture des titres, des résumés et/ou de l'étude en entièreté, tout en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion, seulement quatre articles ont été retenus. Également, deux articles ont été ajoutés après avoir effectué la consultation des listes de références d'autres études. Les principales raisons pour lesquelles plusieurs articles n'ont pas été retenus est que ces derniers ne s'intéressaient pas à l'impact de la médication sur le long-terme et ne s'intéressaient pas au lien entre la médication pour le TDAH et la dépression. Également, il était fréquent que les participants des études n'étaient pas des enfants mais bien des adultes et la durée de prise de médication était de courte durée ou n'était tout simplement pas indiquée. Au total, six articles ont donc été retenus.

Extraction des données

Parmi les articles retenus, plusieurs données ont été extraites. En effet, il s'agit des caractéristiques de l'échantillon, des caractéristiques de l'étude, des particularités de l'intervention et des résultats quant à l'impact de l'utilisation de médication pour le TDAH sur la présence ou non de dépression ultérieurement dans la vie. Dans les caractéristiques de

l'échantillon, il est question du nombre de participants ainsi que de l'âge lors de la prise de médication. Pour ce qui est des caractéristiques de l'étude, les données extraites sont l'année de publication, le pays, l'objectif et le devis. Pour ce qui est des particularités de l'intervention, il s'agit de la durée de prise de médication ainsi que le type de médication. Les résultats obtenus dans les articles au sujet de la médication pour le TDAH à l'enfance comme impact ou non sur la présence de dépression à l'adolescence ou à l'âge adulte, ont été recueillis afin d'atteindre l'objectif de cette recension des écrits.

Résultats

Description des études retenues

Dans le Tableau 1, plusieurs caractéristiques des études retenues sont exposées. La moitié des études ont été réalisées aux États-Unis ($n = 3$). Pour ce qui est des trois autres études, elles ont été réalisées à Taiwan (Lee *et al.*, 2016), en Israël (Akriv *et al.*, 2019) et en Corée du Sud (Joung *et al.*, 2022). Toutes les études s'intéressent autant aux garçons qu'aux filles, à l'exception d'une étude dont les participants sont uniquement des garçons (Biederman *et al.*, 2009). Également, dans quatre des études sélectionnées, le type de médicament pris par les participants sont des psychostimulants. Dans deux autres études, les participants prennent comme médication des psychostimulants ou des non-stimulants (Jerrell *et al.*, 2014 ; Lee *et al.*, 2016). Dans toutes les études, l'âge des participants lors de la prise de médication se situait en bas de 19 ans. Également, les participants dans chacune des six études ont un diagnostic de TDAH. Cependant, une différence est observée dans la taille d'échantillon des différentes études, car celle-ci varie entre 78 et 71 080 participants.

Pour évaluer si un lien existe entre la prise de médication et la présence ou non de dépression dans le futur, les études ont utilisé des méthodes afin de voir la présence ou l'absence de dépression chez les participants. Parmi ces méthodes, quatre études ont utilisé des modèles de régression (Akriv *et al.*, 2019 ; Jerrell *et al.*, 2014 ; Joung *et al.*, 2022 ; Lee *et al.*, 2016). En effet, on retrouve entre autres des modèles de régression logistique multivarié et une régression de Poisson conditionnelle. Finalement, certaines études utilisent des outils standardisés pour évaluer la présence de dépression. Dans l'article de Halperin et ses collègues (2010), le Beck Depression Inventory deuxième édition est utilisé (Beck *et al.*, 1996, cités dans Halperin *et al.*, 2010). Dans l'article de Biederman *et al.* (2009) des évaluations sont faites à l'aide du Schedule for Affective

Disorders and Schizophrenia version épidémiologique (Orvaschel, 1994, cité dans Biederman *et al.*, 2009) ainsi que le Structured Clinical Interview for the DSM-IV (Spitzer *et al.*, 1990, cités dans Biederman *et al.*, 2009).

Tableau 1*Caractéristiques des études retenues*

Études	Caractéristiques de l'échantillon		Durée prise médication	Devis	Objectifs	Résultats
Auteurs, date	<i>n</i>	Âge lors de la médication				
Akriv, A., Ghilai, A., Hoshen, M., Krivoy, A., Leventer-Roberts, M., Madjar, N., Shlosberg, D., Shoval, G. et Zalsman, G. (2019).	Index : 5094 Outcome : 6264	6-8 ans	Entre 4 et 6 ans	Quantitatif longitudinal	Déterminer la relation entre l'adhésion au méthylphénidate à l'enfance et les prescriptions futures d'antidépresseurs	Les enfants ayant pris du méthylphénidate avaient un risque plus élevé, c'est-à-dire 50% plus de chance de se voir prescrire un antidépresseur à l'adolescence
Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M.C., Spencer, T. et Wilens, T.E. (2009).	140	6-17 ans	Moyenne de 6 ans	Longitudinal avec groupe de comparaison	Évaluer l'association entre la prise de stimulants et le développement ultérieur de troubles de l'humeur, d'anxiété et de perturbations ainsi que les résultats scolaires	La prise de stimulant à l'enfance est associée à une baisse du risque de troubles dépressifs, de troubles anxieux et perturbateurs ainsi que de redoublement scolaire. Le traitement a des effets protecteurs
Halperin, J.M., Marks, D.J., Miller, C.J., Newcorn, J.H. et Staikova, E. (2010).	78	7-11 ans	Minimum de 1 an	Longitudinal avec groupe de comparaison	Déterminer les effets de la prise précoce de psychostimulants sur l'émergence de troubles dépressifs dans le futur	La prise de stimulant à l'enfance n'a pas augmenté les chances de développer un trouble de l'humeur à l'adolescence. Les enfants ayant un TDAH, qu'ils aient pris de la médication ou non, présentaient des niveaux élevés de dépression à l'adolescence

Études	Caractéristiques de l'échantillon		Durée prise médication	Devis	Objectifs	Résultats
Auteurs, date	<i>n</i>	Âge lors de la médication				
Jerrell, J.M., McIntyre, R.S. et M. Park, Y-M. (2014).	22 624	17 ans et moins	Moyenne de 8 à 17 mois	Quantitatif longitudinal	Caractériser davantage les corrélats cliniques de la comorbidité entre le trouble dépressif majeur (TDM) et le TDAH et de déterminer l'influence de la pharmacothérapie du TDAH sur l'incidence du TDM.	Plus longtemps un enfant était exposé à l'une des trois pharmacothérapies du TDAH, plus le risque de recevoir un diagnostic de TDM était élevé, soit environ 1 % de plus par mois de pharmacothérapie. Les résultats démontrent aussi que plusieurs troubles neurodéveloppementaux sont associés au développement du TDM chez les enfants ayant un TDAH et que l'étiologie est multifactorielle : influences individuelles, biologiques/génétiques et environnementales (médication)
Joung, Y-S., Kim, J. et Oh, Y. (2022).	2330	6-19 ans	Moyenne de 1.20 an (0.34 à 3.27)	Série de cas auto-contrôlés	Examiner l'association entre la prise de méthylphénidate et le risque de dépression dans le futur	La prise de méthylphénidate par les jeunes ayant un TDAH est associé à l'émergence de la dépression
Lee, M.-J., Lee, S-Y., Lee, T-L., Shyu, Y-C., Wang, L-J., Yang, C-J., Yang, K-C et Yuan, S-S. (2016).	TDA H :71 080 Contr ôle :71 080	6.1-12.5 ans	Minimum de 1 an	Longitudinal avec groupe de comparaison	Déterminer si le type de médicaments pris et la durée de traitement influencent les chances d'avoir un trouble dépressif dans le futur	Les jeunes ayant un TDAH ont un plus grand risque de développer un trouble dépressif. En ce qui concerne la médication, les jeunes ayant pris du méthylphénidate sur une plus longue durée avaient un risque plus faible de développer une dépression, alors que le risque de développer une dépression n'était pas corrélé avec la durée de l'exposition à l'atomoxétine

Synthèse des résultats obtenus dans les articles sélectionnés

Un état des finalités divergentes selon les résultats des différentes études retenues est d'abord présenté. Ensuite, un portrait des impacts de la prise de médication pour le TDAH sur les risques de faire une dépression ultérieurement et sur d'autres sphères de vie est exposé. La variable de temps pour la période de prise de traitement pharmacologique est également discutée.

Parmi les études retenues, la finalité n'est pas toujours la même et un consensus afin de répondre à la question de recherche n'est pas possible. En effet, les résultats sont divergents, il n'est donc pas possible d'affirmer si l'utilisation d'une médication pour traiter le TDAH pendant plus de huit mois étant enfant a des impacts sur la présence ou l'absence de dépression à l'adolescence et à l'âge adulte. Trois études indiquent que la prise de médication pour le TDAH n'augmente pas les chances de faire une dépression (Biederman *et al.*, 2009 ; Halperin *et al.*, 2010 ; Lee *et al.*, 2016). D'autre part, trois études affirment quant à eux que le traitement pharmacologique pour le TDAH augmente les chances de faire une dépression ultérieurement (Akriv *et al.*, 2019 ; Jerrell *et al.*, 2014 ; Joung *et al.*, 2022).

Absence d'augmentation des risques de faire une dépression

Selon trois études, la prise de médication comme traitement pour diminuer les symptômes du TDAH ne renforce pas les chances d'avoir des troubles dépressifs dans le futur. Les résultats de deux études suggèrent également que la pharmacothérapie n'augmente pas les risques et peut même réduire les possibilités de faire une dépression majeure dans le futur (Biederman *et al.*, 2009 ; Lee *et al.*, 2016). Selon ces résultats, la médication aurait donc, en plus, un effet protecteur chez les enfants ayant un diagnostic de TDAH. En effet, dans l'étude de Biederman et collègues (2009), les participants ayant un TDAH et ayant reçu un traitement par stimulants sont moins susceptibles de développer une dépression majeure comparativement aux participants n'ayant pas été traités par stimulants. De plus, les résultats de l'étude de Lee *et al.* (2016) révèlent que les jeunes ayant été traités par méthylphénidate sur une plus longue durée de temps présentent des risques plus faibles, que le groupe contrôle, de développer des symptômes de dépression ou tout trouble dépressif ultérieurement. Donc, pour les enfants ayant un TDAH, le traitement à long

terme par ce stimulant est corrélé à la diminution des chances d'avoir un trouble dépressif dans le futur. Par contre, les résultats de l'étude n'ont pas permis d'affirmer la même chose avec l'atomoxétine puisqu'il n'y avait pas de corrélation significative entre la durée de prise de traitement par atomoxétine et les risques de développer ou non un trouble dépressif (Lee et al., 2016). Cependant, le traitement par atomoxétine pour les personnes ayant un TDAH a démontré des effets positifs sur les capacités d'adaptation ainsi que sur les fonctions psychosociales (Svanborg et al., 2009, cités dans Lee et al., 2016). Il est aussi important de savoir que l'atomoxétine est un médicament de deuxième ligne pour le TDAH et est donc moins prescrit que le méthylphénidate. Moins de personnes reçoivent donc ce type de médication comme traitement et les personnes qui le reçoivent sont souvent des personnes qui tolèrent moins le méthylphénidate ou qui ont des tics ou de l'anxiété (Hammerness et al., 2009, cités dans Lee et al., 2016).

Les résultats de l'étude de Halperin *et al.* (2010) sont en accord avec le fait que la prise de médicaments pour le TDAH n'augmente pas les chances de faire une dépression. En effet, parmi les participants ayant un TDAH et ayant reçu des stimulants pendant plus d'un an, le nombre de dépressions n'était pas plus élevé à l'adolescence que chez les participants n'ayant pas pris de stimulants comme traitement. En revanche, l'étude n'est pas en accord avec les résultats précédents qui se positionnent sur le fait que la prise de médication a un effet protecteur et diminue donc les chances de faire des dépressions. Selon les résultats de Halperin *et al.* (2010) les chances d'avoir des troubles dépressifs à l'adolescence sont pratiquement identiques pour les enfants ayant un TDAH qui ont reçu un traitement par médication comparativement aux enfants ayant un TDAH n'ayant pas pris de médication. Bref, selon cette étude, le traitement pharmacologique n'augmente pas les chances d'avoir des troubles dépressifs ultérieurement mais ne les diminue pas non plus.

Augmentation des risques de faire une dépression

Selon trois autres études, la prise de médication pour le TDAH à l'enfance augmente les risques d'avoir des troubles dépressifs ultérieurement. En effet, les résultats de deux de ces études indiquent une association entre l'utilisation de méthylphénidate à l'enfance et la présence de trouble dépressif majeur dans le futur (Akriv *et al.*, 2019 ; Joung *et al.*, 2022). Ces résultats s'opposent donc aux résultats des études précédentes indiquant que la médication a un effet protecteur contre les troubles dépressifs. Également, l'étude de Joung *et al.* (2022) révèle que le risque de trouble dépressif est très élevé chez les personnes ayant un TDAH avant le début du traitement et que le risque continue d'augmenter lors du début du traitement. Le risque arrêterait son augmentation et pourrait même commencer à diminuer après l'arrêt du traitement au méthylphénidate. Aussi, les résultats indiquent qu'une grande adhésion au méthylphénidate chez les enfants augmente leur chance de moitié de se faire prescrire des antidépresseurs à l'adolescence (Akriv *et al.*, 2019 ; Joung *et al.*, 2022). Les résultats appuient qu'une bonne adhésion à la médication a des effets positifs sur les symptômes de TDAH. Par contre, la dysrégulation émotionnelle et comportementale reste présente chez ces personnes à l'adolescence et à l'âge adulte, ce qui est conjointement lié aux risques de dépression ultérieure.

Les résultats de l'étude de Jerrell *et al.* (2014) suggèrent que le traitement pharmacologique pour le TDAH à l'enfance augmente les chances de développer des troubles dépressifs dans le futur mais apportent quelques nuances. En effet, les résultats dévoilent que l'augmentation des risques de développer un trouble dépressif majeur est associé à différentes variables dont des facteurs individuels comme le sexe et l'âge, des facteurs biologiques ou génétiques comme la présence de troubles anxieux et des facteurs environnementaux comme la prise de traitement pharmacologique. Lorsqu'il est question de ce traitement, les résultats font référence au traitement par pémoline, atomoxétine ou un mélange de sels d'amphétamine et de dextroamphétamine. Une plus grande chance de développer un trouble majeur dépressif est donc expliquée par la combinaison d'influences individuelles parmi lesquelles on retrouve la prise de médicaments pour le TDAH. Également, les résultats ont révélé qu'une plus grande période de temps de traitement par médicaments augmente les risques de recevoir un diagnostic de trouble

dépressif majeur dans le futur. Effectivement, le risque de recevoir ce diagnostic ultérieurement augmente de 1% de plus par mois de prise de médication pour le TDAH, c'est-à-dire par prise de méthylphénidate, sels mixtes d'amphétamines et dextroamphétamine ou d'atomoxétine (Jerrell *et al.*, 2014).

Autres impacts de la médication

La prise de médicaments pour traiter les symptômes du TDAH peut également impacter d'autres éléments que la dépression. Encore une fois, les résultats selon les différentes études sont mitigés. Les résultats de l'étude d'Akriv *et al.* (2019) révèlent que le traitement pharmacologique pour le TDAH a des effets néfastes sur le développement d'autres symptômes alors que l'étude de Biederman *et al.* (2009) indique que la prise de médication est bénéfique et entraîne des effets positifs en lien avec le développement d'autres diagnostics.

En effet, Akriv et collègues (2019) indiquent que les enfants ayant un TDAH et qui ont une bonne adhérence au méthylphénidate ont de plus grand risque de développer des dépressions mais également de l'anxiété nécessitant des traitements par antidépresseurs durant leur adolescence. C'est pourquoi ils nomment l'importance que les professionnels de la santé soient informés de ce risque lorsqu'ils font le suivi de jeunes ayant un TDAH. D'un autre côté, Biederman et collègues (2009) suggèrent que le traitement par stimulants a des effets bénéfiques et protecteurs contre la possibilité de développer certains troubles psychiatriques et fonctionnels. Notamment, la prise de médicaments réduirait les chances de développer une dépression majeure en plus d'un trouble de comportement, un trouble oppositionnel avec provocation et des troubles anxieux comparativement à l'absence de traitement par stimulants. De plus, selon la même étude, les enfants ayant reçu un traitement pharmacologique pour le TDAH auraient moins de chance de faire du redoublement scolaire. Les résultats de cette étude révèlent donc un risque plus faible de développer dans le futur des psychopathologies chez les enfants ayant été traités par stimulants (Biederman *et al.*, 2009).

Discussion

L'objectif de l'essai était de fournir un portrait éclairé au sujet des potentiels impacts à long-terme du traitement pharmacologique à l'enfance sur les dépressions pour les personnes ayant un TDAH. Dans l'ensemble, les résultats obtenus des six études retenues pour la recension des écrits sont partagés. Précisément, trois articles révèlent que l'utilisation d'une médication pour traiter le TDAH pendant l'enfance n'augmente pas les chances d'avoir des troubles dépressifs à l'adolescence ou à l'âge adulte alors que trois articles indiquent que la médication augmente les chances de faire une dépression ultérieurement.

Impact du diagnostic de TDAH

Plusieurs études présentent aussi le fait que le risque de dépression dans le futur est plus élevé chez les personnes ayant un diagnostic de TDAH. En effet, les résultats révèlent que les personnes ayant un TDAH, ayant reçu un traitement pharmacologique ou non, ont plus de symptômes dépressifs ultérieurement que les personnes sans TDAH (Halperin *et al.*, 2010). Une autre étude révèle les mêmes résultats en indiquant que les jeunes ayant un diagnostic de TDAH ont un risque potentiel beaucoup plus élevé de développer une dépression que les jeunes n'ayant pas de TDAH (Lee *et al.*, 2016). Les jeunes ayant un TDAH présentent donc des niveaux plus élevés de dépression une fois rendus à l'adolescence, et ce, qu'ils aient pris ou non de la médication pour le TDAH dans le passé (Halperin *et al.*, 2010). Il existe plusieurs raisons possibles pouvant expliquer le lien entre le diagnostic de TDAH et la dépression. Une de ces causes peut être la présence d'un environnement plus négatif autour de la personne dû aux symptômes comportementaux associés au diagnostic de TDAH, ce qui pourrait causer une accumulation négative et mener à des symptômes de dépression (Daviss, 2008 ; Daviss et Diler, 2012, cités dans Lee *et al.*, 2016). De plus, une autre hypothèse de causes est que certains symptômes du TDAH et de la dépression se ressemblent, dont l'irritabilité et être aisément distrait, ce qui peut mener les médecins à donner un diagnostic de TDAH à un enfant et par la suite réévaluer le diagnostic et émettre un diagnostic de dépression (Diler *et al.*, 2007, cités dans

Lee *et al.*, 2016). Finalement, une autre raison peut être le fait que les enfants ayant un TDAH ont davantage accès aux professionnels de la santé et donc plus de chance de se faire diagnostiquer une dépression (Lee *et al.*, 2016). Ces résultats démontrent l'importance d'être prudents au moment d'interpréter le rôle de la médication en lien avec la présence de troubles dépressifs puisque différents éléments peuvent venir influencer la présence de ceux-ci.

Différences dans les résultats

Le manque de consensus et les résultats divergents dans les différentes études apportent plusieurs questionnements qui demandent qu'on s'y attarde. Une variable importante à prendre en compte dans les résultats des articles est le nombre de participants. Dans cette recension des écrits, deux études ont un nombre de participants très grand, c'est-à-dire en haut de 22 000. Parmi ces deux études, une obtient comme résultat que la prise de médicaments augmente les chances de faire une dépression dans le futur (Jerrell *et al.*, 2014) alors que l'autre suggère que la prise de médicaments n'augmente pas les chances de faire une dépression (Lee *et al.*, 2016). Deux autres études ont quant à elles un nombre de participants entre 2330 et 6264. Les résultats de ces deux études suggèrent que le traitement pharmacologique augmente les chances de faire des dépressions ultérieurement (Akriv *et al.*, 2019 ; Joung *et al.*, 2022). Finalement, deux études ont un échantillon plus petit, c'est-à-dire entre 78 et 140 participants. Les résultats de ces deux études suggèrent que la médication pour le TDAH n'augmente pas les chances de faire des dépressions (Biederman *et al.*, 2009 ; Halperin *et al.*, 2010). En regard de ces résultats, il est possible de constater qu'en généralisant, les échantillons de participants plus grands suggèrent (en majorité) que la médication comme traitement pour le TDAH augmente les chances de faire une dépression à l'âge adulte. Il est possible de croire que la variance des résultats pourrait être influencée, entre autres, par la taille des échantillons qui varie beaucoup dans les différentes études. De façon générale, il est possible d'avoir comme hypothèse qu'un échantillon plus gros permettrait de mieux représenter la population qu'un échantillon de petite taille. Pour ce qui est de la variance des résultats dans les deux études ayant un grand échantillon, elle permet de prendre conscience que la globalité des caractéristiques des études doit être considérée et non seulement une variable. Dans ce cas-ci, les deux études ont un échantillon de taille semblable, mais les études proviennent

de deux endroits différents. Plusieurs facteurs, dont les normes sociales et la culture du pays dans lequel évoluent les participants peuvent donc également avoir un impact sur les risques de faire une dépression.

Une autre variable importante à tenir en compte est la durée de la prise de médication chez les participants de chaque étude de la recension des écrits. En effet, dans deux études, la durée du traitement était assez longue, c'est-à-dire de plus de quatre ans (Akriv *et al.*, 2019 ; Biederman *et al.*, 2009). Pour trois autres études, la durée de prise de médicaments était dans les alentours d'un an (Halperin *et al.*, 2010 ; Joung *et al.*, 2022 ; Lee *et al.*, 2016). Finalement, pour la dernière étude, la durée était de 8 à 17 mois (Jerrell *et al.*, 2014). Il est possible de constater une différence dans la durée de prise de médication et de voir qu'une plus longue durée de prise de médicaments est davantage liée aux résultats suggérant que le traitement pharmacologique pour le TDAH n'augmente pas les chances de dépression et est donc positif. De ce fait, des distinctions sont observées dans la variable de la durée de prise de médication chez les participants des études, ce qui pourrait expliquer les différences dans les résultats.

Une dernière variable intéressante qui peut permettre d'expliquer les divergences entre les résultats des études est l'année de publication des articles. En effet, la publication des six études varie entre 2009 et 2022. Les trois études suggérant comme résultats que la médication pour le TDAH augmente les chances de faire une dépression datent respectivement de 2014, 2019 et 2022 alors que les trois études indiquant le contraire datent de 2009, 2010 et 2016. Il est possible de constater que les études plus récentes démontrent davantage la présence d'un lien entre la prise de médication pour le TDAH et les chances de dépression. De plus, un écart de 13 ans sépare l'article le plus récent avec l'article le plus vieux, ce qui peut possiblement avoir influencé les différents résultats. Durant cette période, plusieurs éléments peuvent avoir changé dont la perception et les connaissances du TDAH par la société. Aussi, la vision du traitement pour le TDAH par la médication peut changer et évoluer.

Jerrell et collègues (2014) indiquent que plusieurs études se contredisent et n'arrivent pas aux mêmes résultats. Leur hypothèse est que cela indique un lien entre la prise de médication pour le TDAH et l'augmentation de symptômes affectifs chez certaines personnes en particulier. Ainsi, selon ces experts, certaines personnes seraient davantage vulnérables à certains médicaments pour traiter le TDAH mais que de façon générale, cette médication n'influencerait pas l'association entre les facteurs de risque personnels et l'apparition d'une dépression ultérieurement.

Choix du traitement

Afin de faire des choix de traitement éclairés, il est important que les professionnels de la santé soient informés du manque de consensus quant aux effets à long terme de la prise de médication à l'enfance pour traiter le TDAH, sur les chances de faire des dépressions dans le futur. En effet, selon Akriv et collègues (2019), les personnes ayant reçu un diagnostic de TDAH à l'enfance et qui ont démontré une grande adhérence au méthylphénidate ont plus de chance de développer des symptômes de dépression et d'anxiété et ont donc plus de chance d'être traitées par antidépresseur à partir de l'adolescence que ceux ayant démontré une moins grande adhérence. C'est pourquoi, selon eux, il est important que les pédiatres, pédopsychiatres et autres professionnels de la santé mentale soient conscients de la présence de ce risque. Par contre, les résultats de l'étude ne peuvent suggérer formellement que les professionnels de la santé devraient modifier les protocoles de traitement de méthylphénidate à l'enfance bien qu'une augmentation du risque de faire une dépression ou de l'anxiété soit présente. Ces auteurs mentionnent donc l'importance que les enfants reçoivent un suivi serré tout au long du traitement par méthylphénidate et qu'une attention particulière soit donnée à la dysrégulation émotionnelle et comportementale durant l'adolescence (Akriv et *al.*, 2019). Joung et collègues (2022) affirment quant à eux que malgré les avantages du traitement par méthylphénidate sur les symptômes du TDAH, cette prise de médication devrait être consciencieusement évaluée. Les effets sur les symptômes du TDAH sont positifs mais il est important de choisir le traitement en considérant aussi les risques de dépressions dans le futur. Une augmentation mondiale de la médication

comme traitement pour les enfants ayant un TDAH est observée, l'évaluation de ce risque est d'autant plus nécessaire (Joung *et al.*, 2022).

Autre que les professionnels de la santé, il est également primordial que les clients soient informés de l'absence de consensus sur les effets à long terme de la médication. Le psychoéducateur peut, sur ce plan, jouer un rôle très important auprès des parents qui sont souvent les clients lors de contexte de traitement pour le TDAH à l'enfance. Avec un bon lien de confiance établi, le psychoéducateur et les parents peuvent échanger ensemble en toute confiance sur les risques et bénéfices de chaque traitement. En effet, comme indiqué dans son code de déontologie, le psychoéducateur doit instaurer et conserver une relation de confiance avec ses clients (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2021). Le psychoéducateur aura entre autres le devoir d'informer les clients des différentes positions en lien avec le traitement pharmacologique, de répondre à toutes leurs questions et pourra même suggérer des lectures pertinentes basées sur les données probantes. Ceci permettra aux parents de faire un choix libre et éclairé et de donner son consentement ou non au traitement pharmacologique. Le consentement libre et éclairé est basé sur le respect de l'intégrité de la personne et exige que la personne prenne une décision en toute connaissance de cause (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2014). Le psychoéducateur devra aussi référer les familles à un médecin ou pharmacien afin que celles-ci puissent échanger avec un spécialiste des traitements pharmacologiques. Également, l'absence de consensus en lien avec la médication pour le TDAH peut rendre difficile le choix pour les parents. Ils peuvent se sentir pris entre deux positions et avoir de la difficulté à faire un choix. Le psychoéducateur doit donc faire preuve d'écoute afin d'être attentif aux inquiétudes des parents et donc faire preuve de savoir-être et de savoir-faire. En effet, le psychoéducateur devra répondre aux questionnements tout en partageant l'information nécessitant d'être transmise. Le psychoéducateur devra mettre en application plusieurs de ces schèmes relationnels dont celui de la disponibilité et de l'empathie (Gendreau, 2001).

Conclusion

La recension des écrits s'intéressant aux effets à long terme de la médication pour le TDAH à l'enfance sur les dépressions a eu plusieurs retombées. D'un côté plus personnel, elle a permis d'être plus informée des possibles impacts de la médication et d'être consciente de l'absence de consensus à ce jour sur le sujet. Ce constat peut également permettre d'explorer les différents traitements possibles, de porter une attention particulière à l'environnement et aux facteurs personnels ainsi que de s'intéresser encore davantage aux débats entourant la médication pour le TDAH. Plus largement, elle pourra permettre aux différents professionnels de prendre conscience du manque d'études et des différents résultats et positions sur le sujet. Elle pourra également inciter à s'informer davantage sur les impacts à long terme de la médication, que ce soit sur d'autres affections mentales ou même physiques. D'un côté plus scientifique, elle a permis de rassembler les résultats des impacts de la médication sur les dépressions précisément, puisque plusieurs études existent sur différents aspects dont entre autres, les impacts sur l'anxiété et le cœur.

Cependant, la recension des écrits comporte tout de même plusieurs limites. En effet, comme mentionné précédemment, il aurait été pertinent que le nombre de participants dans les différentes études soit davantage semblable. Ceci aurait permis de mieux comparer et comprendre la divergence dans les résultats. Il en est de même pour l'espace de temps entre le plus vieux et le plus récent article. En effet, la différence temporelle entre les études était assez grande, laissant possiblement place à des différences dans les caractéristiques des traitements administrés. Aussi, seulement six études ont pu être retenues pour cet essai dû aux critères d'inclusion et d'exclusion

pertinents pour répondre à la question de recherche. Il aurait été intéressant de pouvoir se référer à davantage d'articles sur le sujet si plus d'études existaient. De plus, la question de recherche aurait pu être encore plus précise. En effet, le type de médication pris par les participants aurait pu être ciblé et précisé. Ceci aurait permis de se concentrer sur une médication en particulier et non de combiner les résultats des impacts à long terme des stimulants et non stimulants.

Comme mentionné précédemment, un grand nombre d'enfants partout dans le monde reçoivent un traitement pharmacologique afin de traiter les symptômes du TDAH. Ceci se produit malgré l'absence de consensus sur les effets à long terme en regard des chances de faire des dépressions ultérieurement. Il est possible de constater qu'il y a peu d'études sur le sujet permettant d'en savoir plus sur les effets à long terme de la médication. En effet, Akriv et collègues (2019) mentionnent l'importance de continuer à faire plus d'études à grande échelle sur les effets à long terme de l'utilisation de méthylphénidate chez les enfants et adolescents afin de récolter plus d'informations. Lee et collègues (2016) nomment des propos semblables en indiquant que la corrélation entre le TDAH, le traitement pharmacologique et les risques de dépression ultérieurement requièrent davantage de recherches sous forme d'études cliniques avec évaluation complète des participants.

Dû au peu d'études pouvant répondre à la question de cette recension, de futures recherches seraient nécessaires afin d'arriver à un consensus et savoir si la médication pour le TDAH à l'enfance a des répercussions dans le futur de la personne. De plus, il serait recommandé que tous les professionnels travaillant auprès d'une clientèle en enfance ayant un TDAH soient informés de ces études afin d'outiller de façon appropriée sa clientèle. Aussi, il serait pertinent que les professionnels de la santé restent à jour et soient attentifs aux nouvelles études qui pourraient être publiées sur le sujet afin d'être au courant de toutes nouvelles informations ou résultats pertinents. Il serait également recommandé que toutes les interventions soient considérées selon les forces et limites de chacune, que ce soit par exemple l'approche psychologique, la thérapie cognitivo-comportementale, l'approche multimodale ou une autre. L'absence de consensus peut refléter l'importance de considérer toutes les interventions possibles

pour le traitement du TDAH et non seulement le traitement pharmacologique. Il est aussi important de s'assurer que le choix provient du parent ou de l'enfant, et non du professionnel. Comme mentionné plus haut, il est primordial que le client puisse faire un choix libre et éclairé en connaissance de cause.

L'essai recense six études qui s'intéressent aux impacts à long terme, de la prise de médication pour le TDAH à l'enfance, sur les risques de faire une dépression ultérieurement. Trois de ces études ont suggéré comme résultats que le traitement pharmacologique augmentait les chances de faire des dépressions dans le futur alors que les trois autres ont suggéré que la médication n'augmentait pas les chances de faire des dépressions. Les résultats mitigés et donc l'absence de consensus entre les études ne permettent pas de répondre clairement à la question de recherche. Compte tenu de l'absence de consensus et du peu d'études sur le sujet, il peut être difficile pour le psychoéducateur ou pour un autre professionnel travaillant auprès d'une clientèle en enfance avec un diagnostic de TDAH de répondre aux questions sur les impacts à long terme de la médication comme traitement. En effet, ces derniers doivent donc rester à l'affût des nouvelles études et informer les clients au meilleur de leurs connaissances ainsi que dans les limites de leurs champs de compétences, tout en proposant différents types de traitements pour les symptômes du TDAH.

Références

- Akriv, A., Ghilai, A., Hoshen, M., Krivoy, A., Leventer-Roberts, M., Madjar, N., Shlosberg, D., Shoval, G. et Zalsman, G. (2019). Childhood methylphenidate adherence as a predictor of antidepressants use during adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1365-1273. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01301-z>
- American Psychiatric Association (APA). (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM 5 (5e éd.). Auteurs.
- American Psychiatric Association (APA). (2022). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM 5 Révision du texte (5e éd.). Auteurs.
- Bélangier, S.A., Charach, A. et Feldman, M.E. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 2: le traitement. *Paediatr Child Health*, 23(7), 473-484. doi: 10.1093/pch/pxy114
- Bergeron, L., Clément, M-È., Cournoyer, M., Piché, G. et Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 19-42. doi : <https://doi.org/10.7202/1040242ar>
- Biederman, J., Faraone, S, V., Monuteaux, M.C., Spencer, T. et Wilens, T.E. (2009). Do Stimulants Protect Against Psychiatric Disorders in Youth With ADHD? A 10-Year Follow-up Study. *PEDIATRICS*, 124(1), 71-78. doi :10.1542/peds.2008-3347
- Birmaher, B., Daviss, W.B., Diler, R.S. et Mintz, J. (2008). Does Pharmacotherapy for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Predict Risk of Later Major Depression? *JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY*, 18 (3), 257-264. doi : 10.1089/cap.2007.0100
- Bouvard, M., Galéra, C. et Moulin, F. (2016). Épidémiologie du TDAH. Dans Dunod (dir.), *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte* (p. 192-208). Psychothérapies.

- CADDRA : Canadian ADHD ressource alliance. (2011 et 2017). *Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)*. Repéré à <https://ampq.org/wp-content/uploads/2015/09/info-caddra-tdah-fr-membres-et-public.pdf>
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Béliveau éditeur.
- Giguère, U. (2019). *TDAH : des pédiatres dénoncent la surmédication des enfants*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201901/31/01-5213070-tdah-des-pediatres-denoncent-la-surmedication-des-enfants.php>
- Halperin, J.M., Marks, D.J., Miller, C.J., Newcorn, J.H. et Staikova, E. (2010). Childhood Stimulant Treatment and Teen Depression: Is There a Relationship? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(5), 387-393. doi: 10.1089/cap.2009.0107
- Hammarrenger, B. (2022) *TDAH Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Repéré à https://aqnp.ca/wp-content/uploads/TDAH_ok.pdf
- Jerrell, J.M., McIntyre, R.S. et M. Park, Y-M. (2014). Risk factors for incident major depressive disorder in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24, 65-73. doi: 10.1007/s00787-014-0541-z
- Joung, Y-S., Kim, J. et Oh, Y. (2022). Association between Attention Deficit Hyperactivity Disorder Medication and Depression: A 10-year Follow-up Self-controlled Case Study. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 20(2), 320-329. doi: <https://doi.org/10.9758/cpn.2022.20.2.320>
- Julien, C. (n.d.) *Traitement pharmacologique du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Repéré à <https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/Pharmaco-TDAH-C-Julien.pdf>
- Laffont, I. (2015). LE TDAH CHEZ L'ADULTE ET SES COMORBIDITÉS. DISCUSSION À PARTIR D'UN CAS CLINIQUE D'ADDICTION AU TRAMADOL. *Psychotropes*, 21(2), 27-40.
- Lee, M.-J., Lee, S.-Y., Lee, T.-L., Shyu, Y.-C., Wang, L.-J., Yang, C.-J., Yang, K.-C et Yuan, S.-S. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder, its treatment with medication and the probability of developing a depressive disorder: A nationwide population-based study in Taiwan. *Journal of Affective Disorders*, 189, 110-117. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.015>

- Massé, L., Nadeau, M.F. et Normandeau, S. (2015). TDAH et interventions scolaires efficaces : fondements et principes d'un programme de consultation individuelle. *Revue de psychoéducation*, 44(1), 1-23. doi: <https://doi.org/10.7202/1039268ar>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2021). *Code de déontologie des psychoéducateurs et psychoéducatrices*. <https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Code-de-deontologie-des-psychoeducateurs-et-psychoeducatrices-du-Quebec.pdf>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *La tenue de dossiers en psychoéducation*. https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/04/tenue_de_dossier_en_psychoeducation-1.pdf
- Purper-Ouakil, D. et Surig, L. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), self esteem and the impact of treatment. *Médecine thérapeutique Pédiatrie*, 19(3), 209-215. doi:10.1684/mtp.2016.0610
- Simard, M-É. (2016). *Le TDAH : définition, traitements et ressources universitaires*. Repéré à <https://www.aide.ulaval.ca/apprentissage-et-reussite/textes-et-outils/difficultes-frequentes-en-cours-d-apprentissage/le-tdah-definition-traitements-et-ressources-universitaires/#:~:text=D%C3%A9finition%20du%20TDAH,y%20a%20une%20composante%20h%C3%A9r%C3%A9ditaire>
- Teva Canada Limitée. (2019). *Inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline pour le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) : TEVA-ATOMOXETINE*. Repéré à https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00052210.PDF