



Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Bas-Saint-Laurent

Feuillet synthèse des indicateurs de surveillance

Crédits

Rédaction :

Catherine Turgeon-Pelchat

Luce Lemieux-Huard

Marie-Josée Tremblay

Agentes de planification, de programmation et de recherche. Équipe de surveillance. Direction de la santé publique. Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent.

Coordination :

Julie Desrosiers

Chef de services. Direction de la santé publique. CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Sylvain Leduc

Directeur de santé publique. CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Révision :

Marie-Josée Bousquet

Pédiatre conseil, Direction de la santé publique. CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Pascale Saindon

Agente de relations humaines. Direction de la santé publique. CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Caroline Thibodeau

Agente de planification, de programmation et de recherche. Direction de la santé publique. CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Roger Turmel

Psychiatre conseil, Direction de la santé publique. CISSS du Bas-Saint-Laurent.

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

Date de publication :

Novembre 2025

Contact :

surveillance.dspub.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

Table des matières

Crédits	2
Résumé	5
Introduction.....	6
1. Prévalences estimées du TDAH selon différentes approches	6
2. Un phénomène en augmentation	9
3. Un trouble qui touche certains groupes plus que d'autres	10
4. Des caractéristiques et habitudes de vie associées au TDAH	11
5. Un recours accru à la médication.....	19
6. Accès et utilisation des services de santé.....	21
Conclusion	25
Références	28
Annexe 1 : Prévalence du TDAH dans les MRC du Bas-Saint-Laurent.....	30

Liste des figures

Figure 1 : Comparaisons régionales de différentes mesures de prévalence du TDAH au Québec.....	8
Figure 2 : Prévalence annuelle ajustée du TDAH pour la population de 1 à 24 ans, années financières 2000-2001 à 2023-2024, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec	9
Figure 3 : Prévalence annuelle brute du TDAH pour la population de 1 à 24 ans par genre et groupes d'âge, 2023-2024, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec	11
Figure 5 : Répartition des enfants de maternelle 5 ans selon le niveau de disponibilité de soutien de l'entourage EQPPEM 2022, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec	15
Figure 6 : Proportion de signalements reçus et proportion d'enfants dont la situation est prise en charge par la DPI, sur le total d'enfants de 0-17 ans, 2020-2021 à 2024-2025; Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec	16
Figure 7 : Suivi des recommandations entourant le nombre d'heures recommandé de sommeil chez les enfants et les adolescents : appréciation à partir des résultats de l'EQSJS 2022-2023 et de l'EQPPEM 2022, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec.....	17
Figure 8 : Proportion des enfants de maternelle 5 ans qui passent 2h et plus par jour à utiliser ou regarder des écrans (EQPPEM 2022) et proportion des élèves du secondaire passant 4 heures et plus devant un écran au cours d'une journée de semaine et de fin de semaine pour leurs activités de communication et de loisirs (EQSJS 2022-2023), Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec	18
Figure 9 : Niveau d'activité physique* chez les enfants et les adolescents : appréciation à partir des résultats de l'EQSJS 2022-2023 et de l'EQPPEM 2022, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec.....	18
Figure 10 : Prévalence annuelle ajustée de prescription de médicaments pour TDAH chez les personnes de 1 à 24 ans, couvertes par le régime public d'assurance médicaments (RPAM), selon les régions sociosanitaires, 2019-2020, Québec.....	20

Figure 11 : Proportion ajustée des élèves du secondaire ayant rapporté avoir pris un médicament prescrit par un professionnel de la santé pour des symptômes de TDAH au cours des deux dernières semaines selon les régions sociosanitaires, EQSJS 2022-2023, Québec 21

Figure 12: Répartition du profil d'utilisation des services de santé mentale pour la population de 1 à 24 ans atteinte du TDAH (proportions ajustées, %), année financière 2023-2024, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec..... 24

Figure 13 : Prévalence annuelle ajustée du TDAH pour la population de 1 à 24 ans, années financières 2013-2014 à 2023-2024, MRC du Bas-Saint-Laurent..... 30

Liste des tableaux

Tableau 1 : Croisements entre le fait de rapporter un diagnostic de TDAH et certaines caractéristiques des jeunes, EQSJS 2022-2023, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec 13

Tableau 2 : Croisements entre le fait de rapporter un diagnostic de TDAH et certaines habitudes de vie des jeunes, EQSJS 2022-2023, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec 14

Tableau 3 : Accès aux services de première ligne en septembre 2023*, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec 22

Résumé

- La prévalence du TDAH varie selon l'indicateur utilisé et se situe à environ 7% pour le Bas-Saint-Laurent en 2023-2024, pour la population de 1-24 ans. En 2000-2001, la prévalence du TDAH au Bas-Saint-Laurent était de 1%.
- Quel que soit l'indicateur utilisé, la région du Bas-Saint-Laurent affiche toujours une prévalence beaucoup plus grande du TDAH que celle du reste du Québec.
- Les garçons sont diagnostiqués plus tôt et plus fréquemment que les filles.
- Le soutien familial et scolaire est étroitement associé au TDAH. Les indicateurs dont nous disposons témoignent d'un soutien social familial et scolaire équivalent ou meilleur au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec pour les enfants de maternelle et du secondaire. Les données de la DPJ ne suivent toutefois pas cette tendance favorable. En effet, le Bas-Saint-Laurent semble recevoir plus de signalements, en proportion par rapport au nombre d'enfants sur son territoire, que le Québec.
- Les habitudes de vie comme le sommeil, le temps d'écran ou l'activité physique sont également associées au TDAH. Les données dont nous disposons indiquent que les jeunes du Bas-Saint-Laurent se comparent avantageusement à ceux du Québec pour ce qui est du respect des recommandations à ces sujets. Malgré cela, environ 2 jeunes du secondaire sur 5 dans la région n'atteignent pas le nombre d'heures recommandé de sommeil durant la semaine d'école; près de 23% des jeunes du secondaire passent habituellement 4h et plus par jour devant un écran pour les loisirs et environ 40% des enfants de 5 ans et des adolescents de la région sont très peu actifs ou inactifs.
- Au Bas-Saint-Laurent, la prévalence annuelle de prescription de médicaments pour TDAH est estimée à 12,8% en 2019-2020 (vs, 7,7% pour l'ensemble du Québec).
- Les données entourant l'accès et l'utilisation des services de santé suggèrent un recours plus facile et plus grand aux médecins de famille pour le diagnostic et le traitement du TDAH au Bas-Saint-Laurent. Certaines données suggèrent également que l'accès à un service de santé mentale de première ligne et à des professionnels paramédicaux est un peu plus difficile dans la région. Cela pourrait expliquer en partie la prévalence plus grande du trouble et le recours plus fréquent à la médication dans la région.
- Parmi les pistes d'action à privilégier, le support aux médecins de famille pour le diagnostic et la prise en charge des patients apparaît important. La poursuite des efforts pour favoriser l'accès aux diverses ressources paramédicales devrait également être encouragée. Les initiatives de santé publique ciblant le soutien social (familial, scolaire) et les saines habitudes de vie (notamment sommeil, activité physique, réduction du temps d'écran) chez les enfants et les adolescents permettraient d'agir sur des éléments reconnus pour influencer le fonctionnement des jeunes en général et l'expression des symptômes de TDAH en particulier.

Introduction

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental souvent diagnostiqué chez les enfants d'âge scolaire. Il est caractérisé par des comportements d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité, qui interfèrent avec le développement ou le fonctionnement. Les symptômes peuvent avoir des retentissements dans différentes sphères de la vie (personnelle, familiale, scolaire, sociale, professionnelle). Les personnes souffrant de TDAH sont aussi plus à risque d'avoir d'autres troubles psychiatriques (troubles anxieux, dépression) ou conditions telles que des troubles d'apprentissage, des conduites à risque ou des blessures à la suite de traumatismes (Binta Diallo et al., 2019; Binta Diallo et al. 2022). Les causes du TDAH sont associées à des facteurs génétiques, biologiques, périnataux, psychosociaux et environnementaux, mais la principale cause est la transmission héréditaire, qui serait d'environ 75 % (Gouvernement du Québec, 2024).

Depuis plusieurs années, la prévalence du TDAH a augmenté, autant au Québec qu'à l'international. Plus spécifiquement, au Bas-Saint-Laurent, la prévalence est beaucoup plus élevée que la moyenne de la province (Binta Diallo et al., 2019).

À travers une synthèse des indicateurs de surveillance disponibles pour le Bas-Saint-Laurent, ce document présente : 1) les prévalences estimées du TDAH dans la région et au Québec selon différentes approches; 2) l'évolution depuis les années 2000; 3) les groupes (genre, âge) les plus touchés; 4) les caractéristiques et habitudes de vie associées au TDAH; 5) l'usage des médicaments pour le TDAH et; 6) l'accès et l'utilisation des services de santé pour les personnes atteintes. Ce feuillet vise ainsi à préciser comment les différents indicateurs sont construits et ce qu'ils nous disent sur le TDAH dans la région, à émettre des hypothèses sur l'écart entre la prévalence du Bas-Saint-Laurent et celle du reste du Québec et à pointer vers des actions de santé publique pertinentes dans ce contexte.

1. Prévalences estimées du TDAH selon différentes approches

La prévalence du TDAH au Québec peut être estimée à travers plusieurs approches et sources. Les paragraphes suivants décrivent brièvement les principaux indicateurs disponibles et la **Figure 1** présente une comparaison des différentes prévalences pour le Québec et les régions.

L'indicateur le plus utilisé au Québec pour témoigner de la prévalence du TDAH est celui extrait du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) : *Prévalence des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour la population de 1 à 24 ans*. Cet indicateur mesure, à partir de données administratives, la **prévalence annuelle traitée**, soit la proportion de la population atteinte de la maladie qui a été diagnostiquée ou traitée par le système de santé, dans une année donnée. Pour être considéré comme étant atteint d'un TDAH pour cet indicateur, un individu doit, pour l'année donnée, avoir un diagnostic de TDAH inscrit dans les fichiers des services médicaux rémunérés à l'acte ou dans les fichiers des services hospitaliers. Ce critère fait en sorte que cet indicateur sous-estime probablement la prévalence du trouble. En effet, les personnes diagnostiquées ou traitées par des professionnels non-médecins ne sont pas

La **prévalence** est le nombre de personnes atteintes d'une maladie, dans une population déterminée, sur une certaine période, sans distinction entre les nouveaux et les anciens cas.

Les **taux bruts** correspondent au fardeau « réel » de la maladie dans la population.

Les **taux ajustés** pour l'âge favorisent les comparaisons entre deux populations qui n'auraient pas tout à fait les mêmes structures d'âge mais ne représentent pas le fardeau épidémiologique réel.

comptabilisées, tout comme les personnes pour lesquelles le médecin n'est pas rémunéré à l'acte ou n'aurait pas inscrit le code de diagnostic dans le fichier de rémunération. Malgré ces limites, cet indicateur reste utile pour identifier les tendances temporelles et régionales associées au TDAH (Binta Diallo et al. 2024). **Par ailleurs, en raison de sa disponibilité annuelle à l'échelle régionale et locale, c'est cet indicateur que nous utilisons dans ce feuillet pour détailler la prévalence au Bas-Saint-Laurent (temporelle, genres, âges).**

Contrairement à la prévalence annuelle, la **prévalence à vie** (cumulée), basée sur les mêmes données du SISMACQ pour la population de 1-24 ans, considère les cas de l'année en cours et ceux des années précédentes. Cet indicateur permet de prendre en compte des cas qui n'ont pas fait l'objet d'une consultation médicale ou hospitalière pour le TDAH durant l'année mais accroît le risque de cumuler des faux-positifs sur une longue période (Binta Diallo et al. 2024). Cet indicateur a été calculé par une équipe de l'Institut national de santé publique (INSPQ) dans le cadre d'un rapport de surveillance qui comporte des données jusqu'à 2015-2016 et n'est pas disponible via nos bases de données habituelles (Binta Diallo et al., 2019).

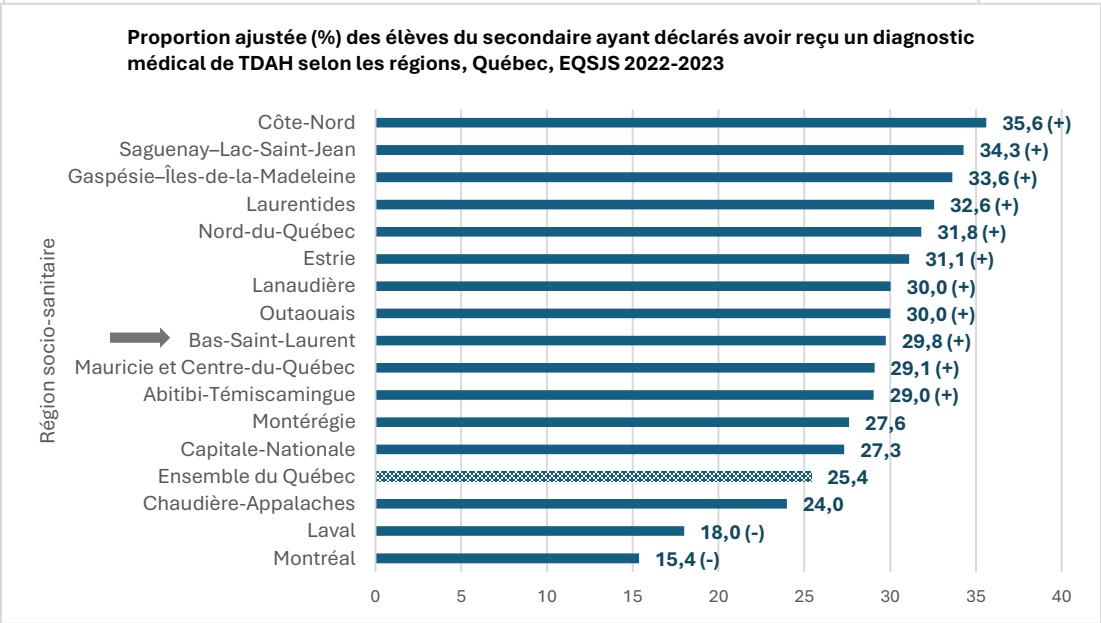
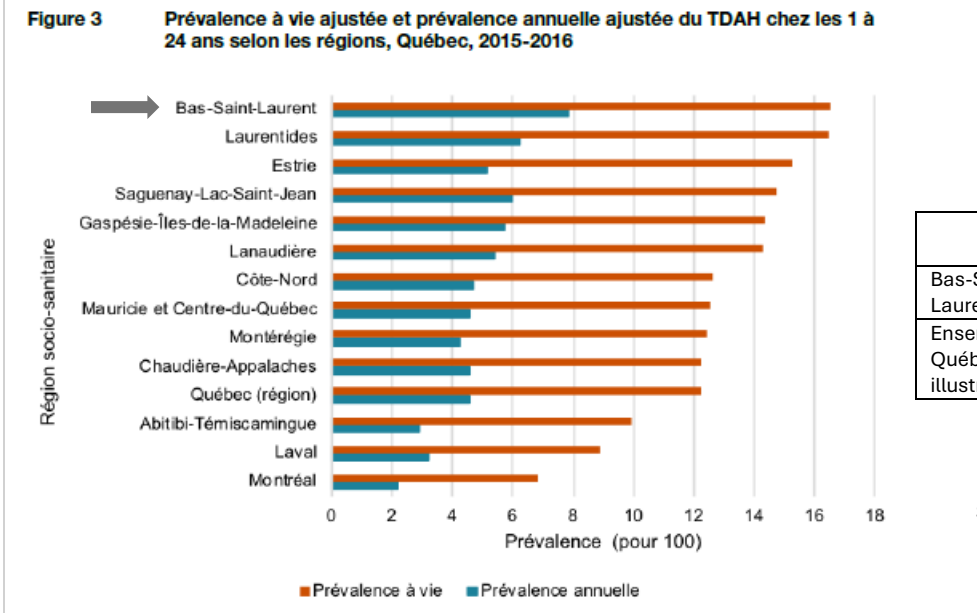
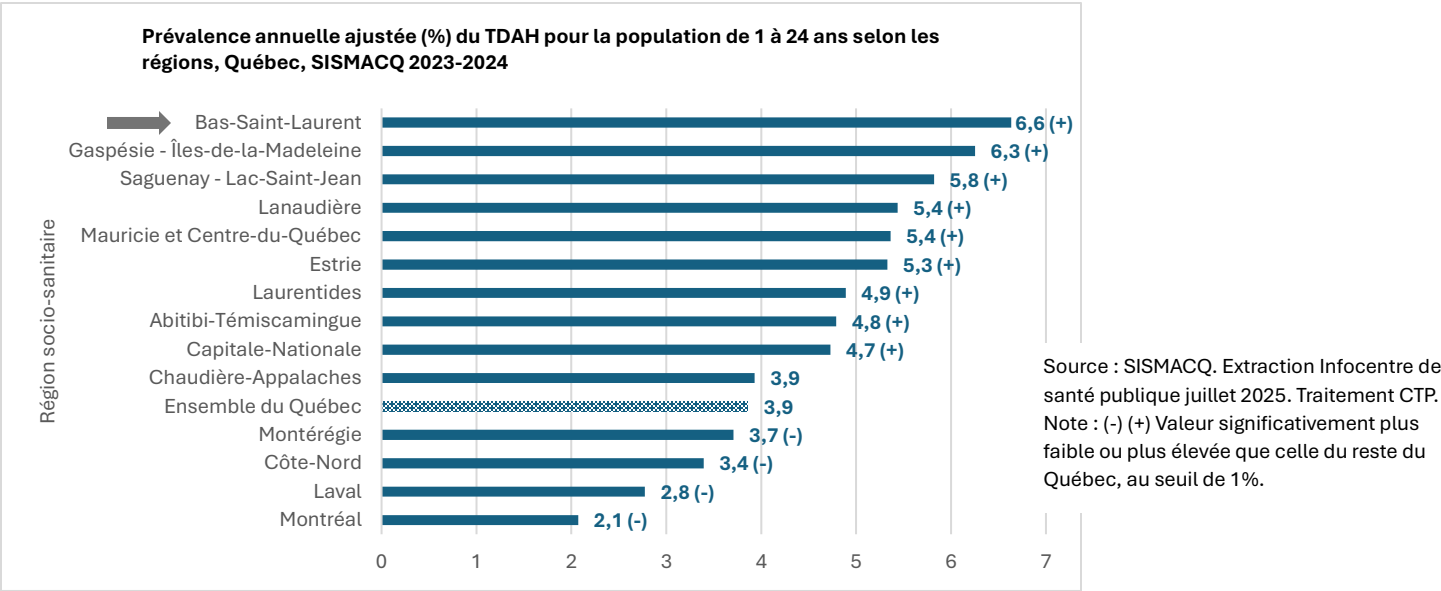
D'autres estimations de la prévalence du TDAH peuvent être fournies par l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), qui mesure, aux 6 ans, la **proportion des élèves du secondaire qui déclarent avoir déjà reçu un diagnostic de TDAH**. Il s'agit d'une mesure autorapportée de la proportion des élèves du secondaire qui disent présenter un TDAH confirmé par un professionnel de la santé.

Les indicateurs associés à la **prescription de médicaments** spécifiques pour le TDAH peuvent aussi nuancer le portrait de la prévalence (Binta Diallo et al., 2022). Ceux-ci seront abordés dans la section 3 du présent feuillet.

La **Figure 1** présente une comparaison des différentes prévalences pour le Québec et les régions. Dépendamment de l'indicateur utilisé, la prévalence du TDAH au Bas-Saint-Laurent oscille entre 6,6% (des 1-24 ans) et 29,8% (des jeunes du secondaire). On constate que, **quel que soit l'indicateur utilisé, le Bas-Saint-Laurent affiche une prévalence plus élevée que celle du reste du Québec**, mais que la région ne se classe pas toujours au même rang par rapport aux autres régions selon l'indicateur adopté.

Les estimations de prévalence du TDAH varient selon la méthodologie utilisée et il peut être difficile de faire des **comparaisons avec d'autres pays**. Une revue systématique (102 études dans les pays industrialisés réalisées entre 1978 et 2005) a suggéré une prévalence de 5 à 7% chez les 18 ans et moins (Binta Diallo et al., 2019).

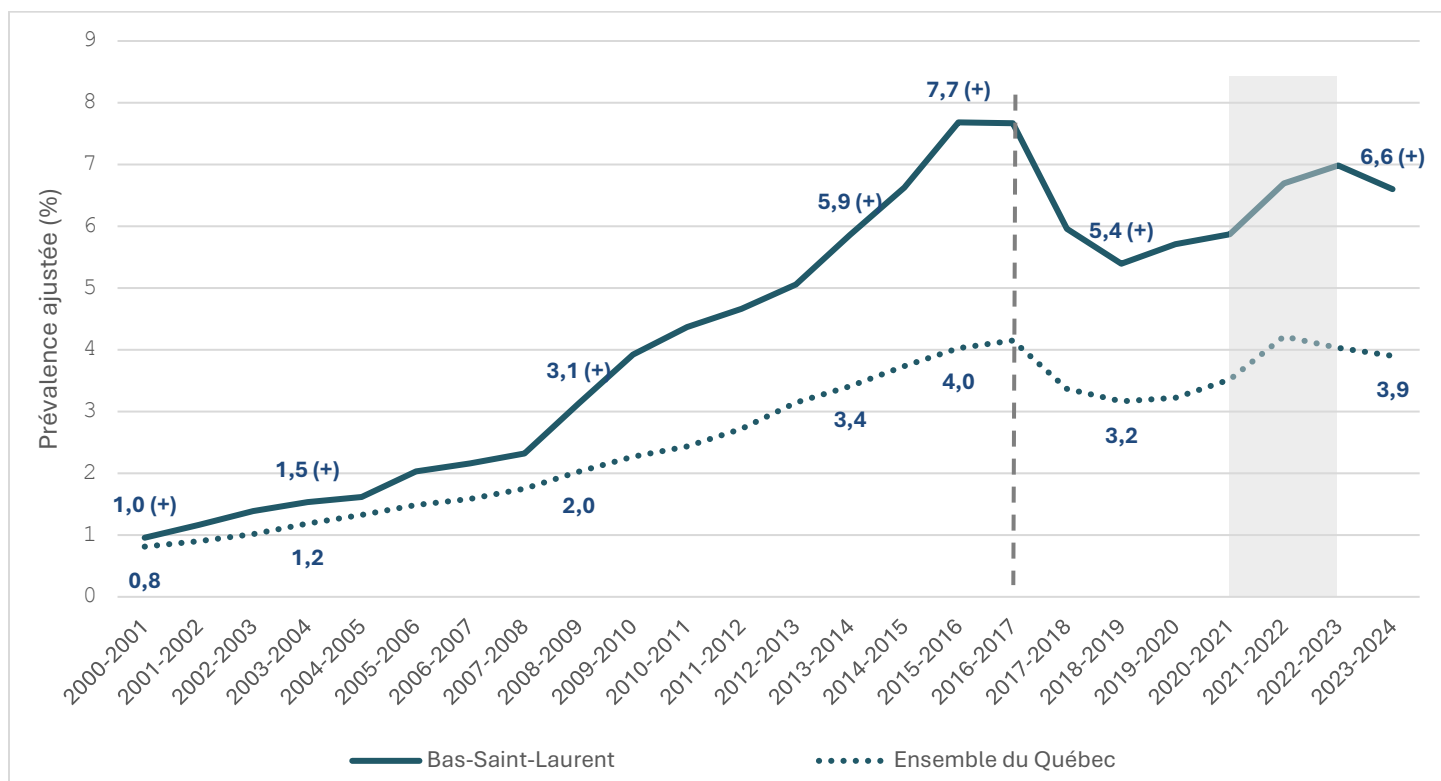
Figure 1 : Comparaisons régionales de différentes mesures de prévalence du TDAH au Québec



2. Un phénomène en augmentation

La prévalence du TDAH a augmenté dans le temps, au Québec mais aussi ailleurs dans le monde. En 2023-2024, au Bas-Saint-Laurent, la prévalence annuelle traitée du TDAH est de 6,6 %, tandis qu'elle était de 5,9% en 2013-2014 et de 1,5% en 2003-2004 (taux ajustés, **Figure 2**). La baisse observée à partir de 2016-2017 est potentiellement due à des changements dans le système de facturation des services médicaux et la remontée entre 2021-2023 associée à la période pandémique (voir les notes sous la Figure 2 et l'Encadré 1). **L'Annexe 1** présente les prévalences pour les MRC de la région.

Figure 2 : Prévalence annuelle ajustée du TDAH pour la population de 1 à 24 ans, années financières 2000-2001 à 2023-2024, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec



Source : SISMACQ. Extraction Infocentre de santé publique juillet 2025. Traitement CTP.

Notes :

- Prévalence ajustée selon la structure par âge (1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, 15 à 17, 18 à 24), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011.
- (+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 1 %.
- En 2016, la RAMQ a procédé à la modernisation de son système de facturation des services médicaux rémunérés à l'acte, ce qui a entraîné une diminution de la saisie des codes de diagnostic dans ce fichier. Par conséquent, les résultats de cet indicateur doivent être interprétés avec prudence à partir de l'année financière 2016-2017.
- La période pandémique (2020-2021 à 2022-2023) a influencé l'indicateur et il faut donc l'interpréter avec prudence (voir l'encadré 1).

Encadré 1 : Influence de la pandémie de la COVID-19 sur la prévalence des diagnostics de TDAH au Québec

Un rapport de surveillance de l'INSPQ portant sur le TDAH au Québec en contexte de pandémie de la COVID-19 (Binta Diallo et al., 2025) a démontré une augmentation de la prévalence des diagnostics de TDAH durant la période pandémique (2020-2023) en comparaison avec la période prépandémique (2017-2020). Les hypothèses avancées par les auteurs pour expliquer cette augmentation des diagnostics après le premier déconfinement sont liées à :

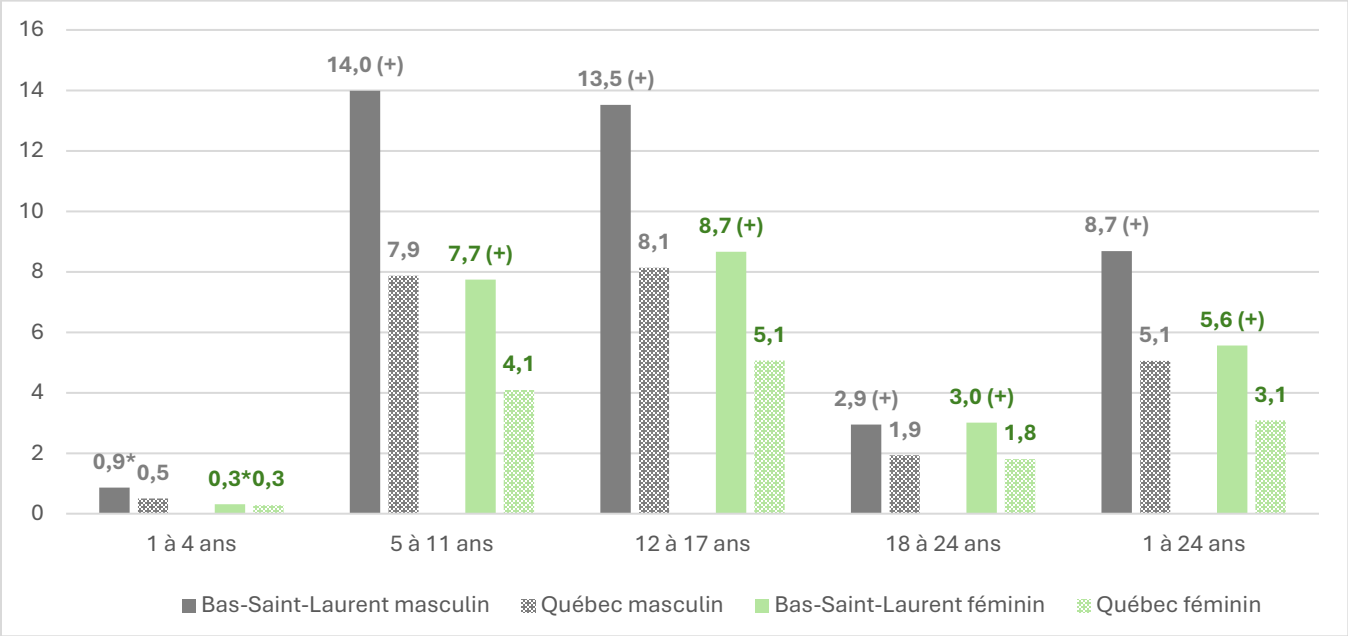
- la réouverture des services de santé qui aurait facilité l'accès à des consultations; notamment dans un contexte où le stress vécu dans plusieurs familles avec les parents en télétravail et les enfants à domicile a pu abaisser le seuil de tolérance des parents et/ou les inciter à se questionner davantage.
- la réouverture des écoles, qui a conduit à une augmentation de l'observation des comportements associés au TDAH; notamment dans un contexte où les perturbations dans le quotidien des enfants telles les nouvelles mesures à respecter, la fermeture des écoles et l'enseignement à distance ont contribué à exacerber les comportements associés au TDAH.

3. Un trouble qui touche certains groupes plus que d'autres

La **Figure 3** permet de constater que le TDAH a une plus forte prévalence chez les **garçons** que chez les filles. On remarque cependant que l'écart entre les genres est plus important chez les enfants plus jeunes et qu'il est beaucoup moins marqué chez les 18-24 ans. Cette tendance est observée tant au Bas-Saint-Laurent que dans l'ensemble de la province. Cela suggère une identification du TDAH plus précoce chez les garçons comparativement aux filles et pourrait notamment s'expliquer « par l'expression plus visible des symptômes d'hyperactivité/impulsivité chez les garçons et la présence de troubles de comportements associés qui accélère le processus de détection » (Binta Diallo et al., 2019 : 20).

La **Figure 3** montre aussi que les **groupes d'âge 5-11 ans et 12-17 ans** ont la plus forte prévalence de TDAH pour les deux genres. La prévalence chez les moins de 5 ans est faible, ce qui correspond au fait que « puisque les réseaux neuronaux de l'attention se développent de façon importante de l'âge de 6 à 9 ans, c'est souvent au cours de cette période que l'on constate la différence entre un enfant qui est capable d'attention et d'autocontrôle, par rapport à un enfant qui l'est moins » (Naitre et grandir, 2022). La prévalence moins élevée observée chez les 18-24 ans pourrait, quant à elle, s'expliquer par le fait que les symptômes du TDAH peuvent, pour certaines personnes, diminuer ou disparaître avec la maturation du cerveau durant l'adolescence (INESSS, 2024a; Naitre et grandir, 2022) et/ou par une proportion plus faible de suivi et de traitement du TDAH dans ce groupe d'âge.

Figure 3 : Prévalence annuelle brute du TDAH pour la population de 1 à 24 ans par genre et groupes d'âge, 2023-2024, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec



Source : SISMACQ. Extraction Infocentre de santé publique juillet 2025. Traitement CTP.
 Notes : * Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 (+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 1%.

4. Des caractéristiques et habitudes de vie associées au TDAH

L’EQSJS permet de faire des **croisements** entre le fait de déclarer ou pas avoir reçu un diagnostic de TDAH et certaines caractéristiques (socioéconomiques, de l’environnement, habitudes de vie ou compétences). Cela permet de faire des liens entre le fait d’avoir un TDAH (autodéclaré par les élèves du secondaire) et certains déterminants de la santé.

Le **Tableau 1**, issu des données de l’EQSJS, présente les proportions des élèves du secondaire qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de TDAH selon certaines caractéristiques socioéconomiques et environnementales, pour le Québec et le Bas-Saint-Laurent.

On constate notamment qu’il y a, en proportion, **davantage d’élèves rapportant présenter un TDAH** confirmé par un professionnel de la santé chez ceux

vivant en **famille recomposée**, en **famille monoparentale** ou en **garde partagée** que chez ceux vivant avec leurs deux parents. Il y a aussi plus d’élèves rapportant présenter un TDAH chez les **élèves dont les parents n’ont pas atteint un niveau de scolarité collégial ou universitaire**.

Certaines caractéristiques de l’environnement social sont aussi associées à une proportion plus grande de jeunes qui affirment avoir reçu un diagnostic de TDAH, dont **le niveau faible de soutien social dans la famille**. Le soutien familial et scolaire est étroitement associé au TDAH. Il est reconnu que la pression des parents ou du milieu scolaire peut conduire à un surdiagnostic du TDAH (INESSS, 2024a). Les situations conflictuelles, événements stressants ou traumatismes vécus dans ces milieux ou ailleurs peuvent aussi engendrer des symptômes apparentés au TDAH et/ou les exacerber (INESSS, 2024a, Grisé-Bloduc et Collin-Vézina, 2020).

Les jeunes qui affirment vivre avec un TDAH sont aussi plus nombreux, en proportion, à avoir un **niveau faible d’estime de soi**, un **niveau élevé à l’indice de décrochage scolaire** et un **niveau élevé à l’indice de détresse**

psychologique, ce qui est cohérent avec la littérature entourant les comorbidités, qui recense notamment les troubles psychiatriques et d'apprentissage (Benta Diallo et al. 2019).

Le **Tableau 2** présente quant à lui les proportions des élèves du secondaire qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de TDAH selon certaines habitudes de vie. Les données permettent de constater qu'il y a, en proportion, **davantage de jeunes qui rapportent présenter un TDAH** chez ceux qui **n'atteignent pas le niveau recommandé d'heures de sommeil durant la semaine d'école**, chez ceux qui sont **peu actifs, très peu actifs ou inactifs** pendant leurs loisirs et chez ceux qui **passent plus de 4h/jour devant un écran pour les loisirs**. Il est d'ailleurs reconnu que les troubles du sommeil peuvent induire des symptômes similaires à ceux du TDAH (INESSS, 2024a). L'augmentation du temps d'écran chez les adolescents est aussi associée à une exacerbation des symptômes de TDAH (Wallace et al., 2023). L'activité physique est, également, reconnue pour pouvoir réduire les symptômes principaux du TDAH (INESSS 2024b). De façon générale, les saines habitudes de vie devraient être mises de l'avant lors de la prise en charge des enfants qui présentent un TDAH (INESSS, 2024a).

On constate aussi qu'il y a davantage de jeunes qui rapportent présenter un TDAH chez les **fumeurs** et chez les **jeunes dans les niveaux « feux rouges » et « feux jaunes » de l'indice DEP-ADO** de consommation d'alcool et de drogues¹. L'association entre TDAH et comportements à risque (sexuels, consommation de substances, etc.) est, d'ailleurs, rapportée dans la littérature (Benta Diallo et al. 2019).

¹ « L'indice de consommation problématique d'alcool et de drogues DEP-ADO permet d'évaluer l'usage d'alcool et de drogues chez les adolescents et de faire une première détection de la consommation problématique ou à risque. » (Leclerc et al., 2024 : 1). Le feu vert regroupe les élèves qui ne présentent (sous toutes réserves) aucun problème évident de consommation; le feu jaune les élèves qui présentent des problèmes en émergence et pour qui une intervention de première ligne est jugée souhaitable et; le feu rouge les élèves qui présentent des problèmes évidents de consommation et pour qui une intervention spécialisée est suggérée (Leclerc et al. 2024).

Tableau 1 : Croisements entre le fait de rapporter un diagnostic de TDAH et certaines caractéristiques des jeunes, EQSJS 2022-2023, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec

	Québec	Bas-Saint-Laurent
Caractéristiques socioéconomiques		
Situation familiale		
Famille biparentale	21,6 ^a	25,9 ^{a,b,c}
Famille recomposée	36,3 ^a	40,4 ^a
Famille monoparentale	28,1 ^a	32,8 ^b
Garde partagée	32,9 ^a	35,7 ^c
Plus haut niveau de scolarité des parents		
Niveau inférieur au diplôme d'études secondaires	32,4 ^a	35,7
Diplôme d'études secondaires	33,2 ^b	36,1 ^a
Études collégiales ou études universitaires	23,5 ^{a,b}	26,5 ^a
Nombre d'heures travaillées par semaine (par les élèves en emploi)		
Moins de 11h	21,4 ^a	28,5
De 11 à 15h	27,7 ^b	29,2
16h ou plus	33,6 ^{a,b}	31,0
Caractéristiques de l'environnement social des jeunes		
Niveau de soutien social dans la famille		
Élevé	24,0 ^a	35,9 ^a
Faible ou moyen	29,1 ^a	27,3 ^a
Niveau de soutien social à l'école		
Élevé	24,0 ^a	28,5
Faible ou moyen	26,2 ^a	31,3
Victime de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation au cours des 12 derniers mois		
Oui	28,9 ^a	36,4 ^a
Non	21,5 ^a	25,2 ^a
Compétences personnelles et sociales		
Niveau d'estime de soi		
Moyen ou élevé	22,7 ^a	27,1 ^a
Faible	30,0 ^a	34,3 ^a
Indice de risque de décrochage scolaire		
Élevé	46,5 ^a	60,1 ^a
Nul/faible ou modéré	20,9 ^a	24,0 ^a
Indice de détresse psychologique		
Faible ou moyen	22,6 ^a	27,1 ^a
Élevé	29,9 ^a	36,5 ^a

Source : EQSJS. Traoré, Simard et Julien, 2024; Extraction Infocentre avril et juillet 2025. Traitement CTP.

Note : ^{a,b,c} Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions brutes concernées d'une même colonne au seuil de 0,01.

Tableau 2 : Croisements entre le fait de rapporter un diagnostic de TDAH et certaines habitudes de vie des jeunes, EQSJS 2022-2023, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec

Habitudes de vie		
Nombre recommandé d'heures de sommeil pendant la semaine d'école		
Oui	23,6 ^a	25,7 ^a
Non	26,6 ^a	32,3 ^a
Niveau d'activité physique de loisir durant l'année scolaire		
Actif	22,8 ^a	24,3 ^a
Un peu actif. Très peu actif ou inactif	26,9 ^a	32,8 ^a
Temps passé par jour devant un écran pour les communications et les loisirs		
4h ou plus	28,0 ^a	nd
Moins de 4h	24,1 ^a	nd
Statut de fumeur de cigarettes		
Fumeur	44,9 ^a	60,2 ^a
Non-fumeur	24,8 ^a	29,0 ^a
Indice DEP-ADO de consommation d'alcool et de drogues		
Feu vert	24,0 ^a	28,3 ^{a,b}
Feu jaune	42,5 ^a	45,2 ^a
Feu rouge	49,3 ^a	51,5 ^b

Source : EQSJS. Traoré, Simard et Julien, 2024; Extraction Infocentre avril et juillet 2025. Traitement CTP.
 Note : ^{a,b}, Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions brutes concernées d’une même colonne au seuil de 0,01.

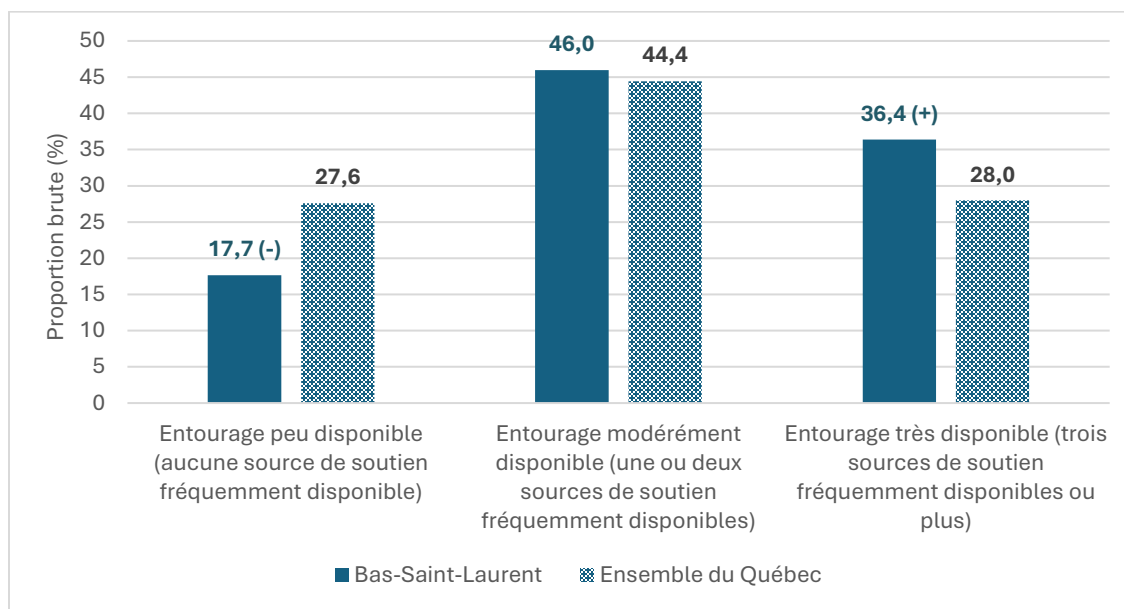
Parmi les caractéristiques et habitudes de vie associées au TDAH présentées ci-haut, nous allons nous intéresser à celles qui sont reconnues pour influencer le fonctionnement des jeunes en général et l’expression des symptômes de TDAH en particulier et dont la prévalence peut être estimée dans la région².

Soutien social

Au niveau populationnel, à travers les indicateurs qui nous permettent de caractériser en partie le soutien social dont bénéficient les jeunes du Bas-Saint-Laurent, on remarque que les enfants de 5 ans de la région se démarquent favorablement du Québec quant au soutien de la famille, approché à travers la **disponibilité de soutien de l’entourage des enfants de maternelle 5 ans (Figure 5)**. Les adolescents de la région, quant à eux, ne se démarquent pas quant à la proportion des **élèves du secondaire ayant un soutien social élevé dans leur environnement familial** selon l’EQSJS 2022-2023 (73,5% au Bas-Saint-Laurent et 73,8% au Québec, proportions ajustées, non illustrées).

² Les données de l’EQSJS 2022-2023 (Traoé, Simard et Julien, 2024) seront utilisées pour les jeunes du secondaire, tandis que les données de l’Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de la maternelle (EQPPM) 2022 seront utilisées pour les enfants de 5 ans (Auger et Groleau, 2023).

Figure 5 : Répartition des enfants de maternelle 5 ans selon le niveau de disponibilité de soutien de l'entourage EQPPEM 2022, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec

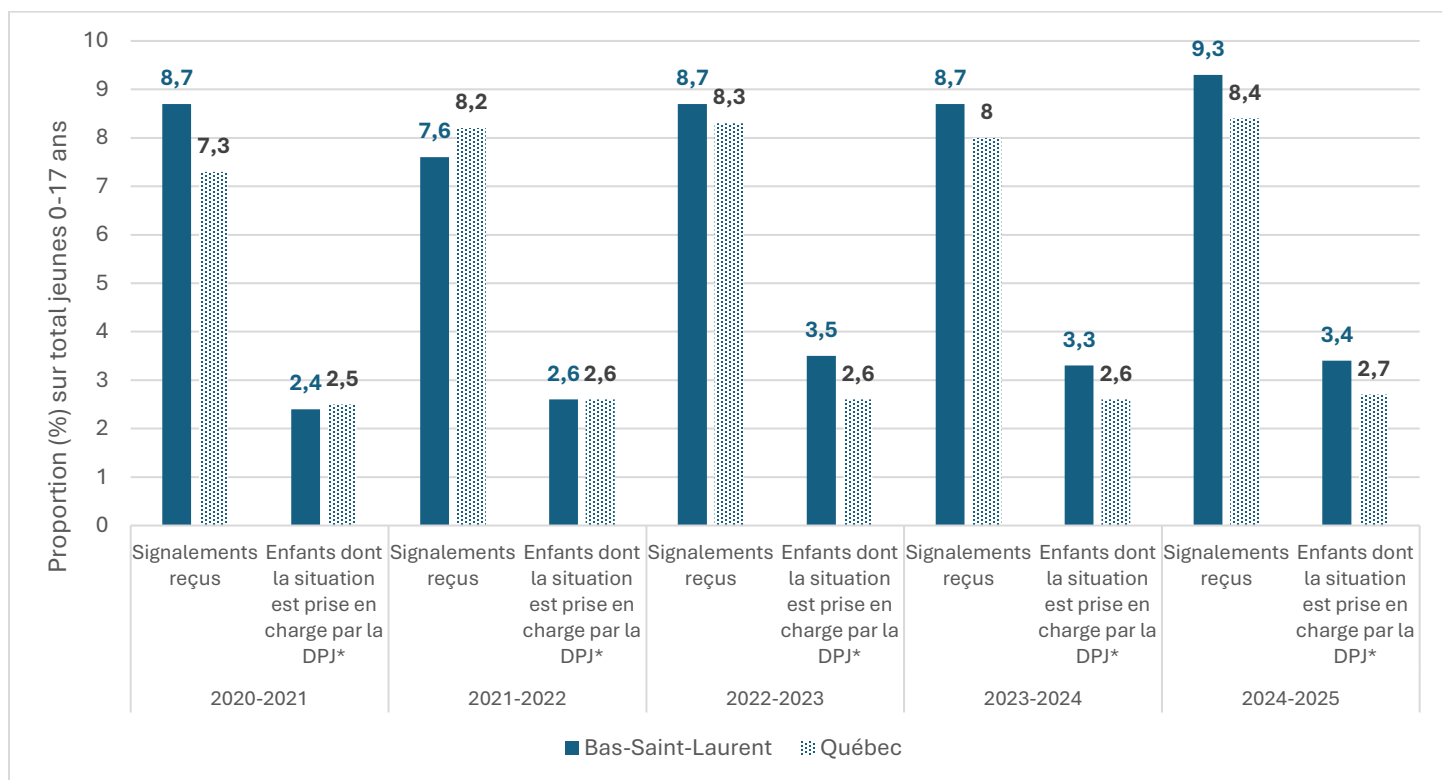


Source : EQPPEM 2022. Extraction Infocentre de santé publique juillet 2025. Traitement CTP.

Note : (-) (+) Valeur significativement plus faible/plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 5 %

Les données récentes de la **Direction de la protection de la jeunesse (Figure 6)** permettent quant à elles de constater que le Bas-Saint-Laurent semble toutefois recevoir plus de **signalements**, en proportion par rapport au nombre d'enfants sur son territoire, que le Québec (sauf 2021-2022). Les proportions d'enfants dont la **situation est prise en charge par la Direction** (i.e. suivis à l'application des mesures) semblent également plus élevées dans la région pour les trois plus récentes années.

Figure 6 : Proportion de signalements reçus et proportion d'enfants dont la situation est prise en charge par la DPJ, sur le total d'enfants de 0-17 ans, 2020-2021 à 2024-2025; Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec



Sources : Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de la protection de la jeunesse. Données fournies à l'équipe surveillance dans le cadre de la parution des fiches *La santé des Bas-Laurentiens en chiffres!* et ISQ (2025).

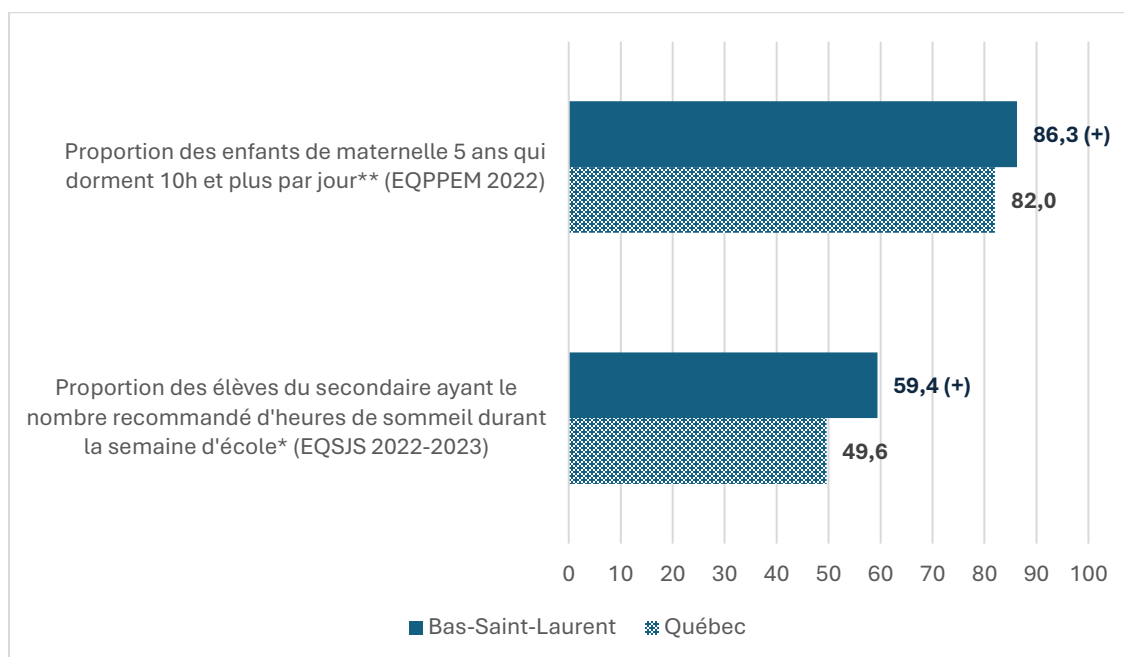
Note : * Au 31 mars de la fin de l'année financière

La proportion des **élèves du secondaire du Bas-Saint-Laurent ayant un soutien social élevé dans leur environnement scolaire** (EQSJS 2022-2023) est, quant à elle, similaire à celle du reste du Québec (29,3% au Bas-Saint-Laurent vs 27,7% au Québec; proportions ajustées, non illustrées). Cependant, lorsque l'on regarde la proportion des **élèves du secondaire qui ont un sentiment d'appartenance élevé à leur école**, les jeunes du Bas-Saint-Laurent se démarquent favorablement des jeunes du reste du Québec (52,1% vs 43,0%, proportions ajustées, non illustrées).

Habitudes de vie

La **Figure 7** montre qu'autant les enfants de 5 ans que les adolescents du Bas-Saint-Laurent semblent respecter plus fréquemment les **recommandations concernant le nombre d'heures de sommeil**, comparativement aux jeunes du reste du Québec. Malgré cela, environ 2 jeunes du secondaire sur 5 dans la région n'atteignent pas le nombre d'heures recommandé de sommeil durant la semaine d'école.

Figure 7 : Suivi des recommandations entourant le nombre d'heures recommandé de sommeil chez les enfants et les adolescents : appréciation à partir des résultats de l'EQSJS 2022-2023 et de l'EQPPEM 2022, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec



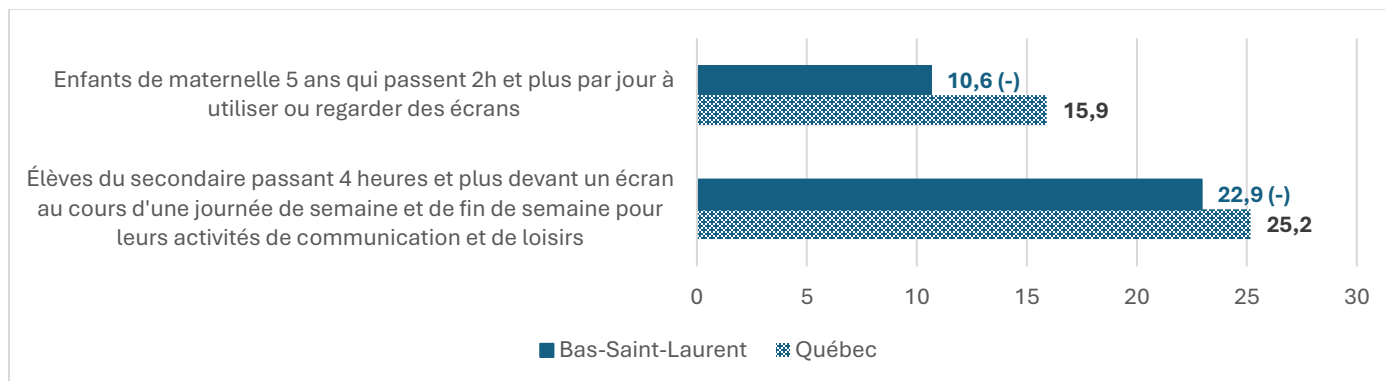
Sources : EQSJS 2022-2023 et EQPPEM 2022, Extraction Infocentre de santé publique juillet 2025. Traitement CTP.

Notes :

- * Les répondants de 13 ans et moins qui ont dormi habituellement entre 9 et 11 heures la nuit, les répondants de 14 à 17 ans qui ont dormi habituellement entre 8 et 10 heures la nuit et les répondants de 18 ans et plus qui ont dormi habituellement entre 7 et 9 heures la nuit ont été comptés dans la population des élèves du secondaire ayant le nombre recommandé d'heures de sommeil pendant la semaine d'école. Les proportions présentées sont ajustées pour l'âge.
- ** Corresponds au nombre d'heures de sommeil recommandé pour les enfants de 5 ans. Les proportions sont brutes.
- (+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 5 %

Les proportions **d'enfants de maternelle et de jeunes du secondaire du Bas-Saint-Laurent qui passent respectivement plus de 2h et de 4h devant un écran par jour** semblent aussi se comparer avantageusement par rapport au Québec. Près de 23% des jeunes du secondaire passent néanmoins 4h et plus devant un écran au cours d'une journée de semaine et de fin de semaine pour leurs activités de communication et de loisirs, ce qui correspond à une utilisation intensive selon une étude montréalaise (Biron et al, 2019) (**Figure 8**).

Figure 8 : Proportion des enfants de maternelle 5 ans qui passent 2h et plus par jour à utiliser ou regarder des écrans (EQPPEM 2022) et proportion des élèves du secondaire passant 4 heures et plus devant un écran au cours d'une journée de semaine et de fin de semaine pour leurs activités de communication et de loisirs (EQSJS 2022-2023), Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec

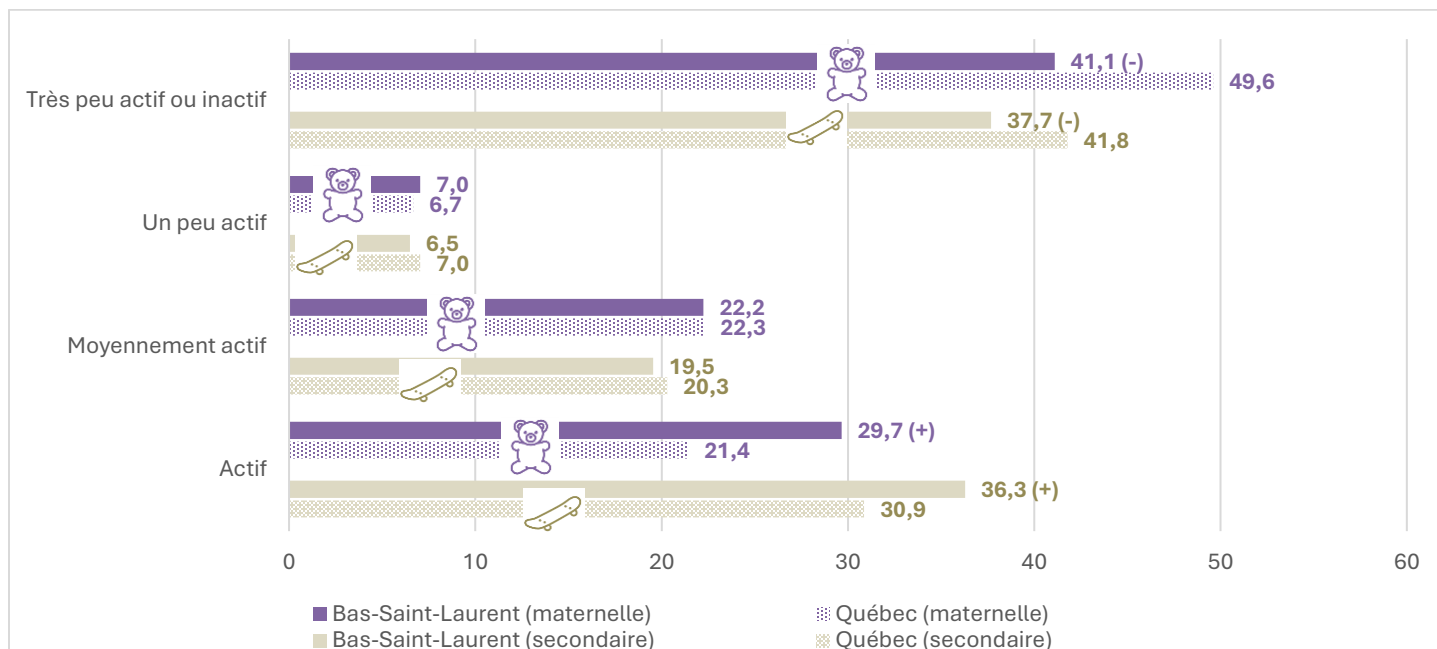


Sources : EQSJS 2022-2023 et EQPPEM 2022, Extraction Infocentre de santé publique juillet 2025. Traitement CTP.

Note : (-) Valeur significativement plus faible que celle du reste du Québec, au seuil de 5 %

La **Figure 9** montre un constat similaire pour l'activité physique, à savoir que les enfants de la maternelle et les élèves du secondaire de la région ont tendance à être plus **actifs physiquement** que la moyenne québécoise. C'est cependant environ 40% des enfants de 5 ans et des adolescents de la région qui sont très peu actifs ou inactifs.

Figure 9 : Niveau d'activité physique* chez les enfants et les adolescents : appréciation à partir des résultats de l'EQSJS 2022-2023 et de l'EQPPEM 2022, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec



Sources : EQSJS 2022-2023 et EQPPEM 2022, Extraction Infocentre de santé publique juillet 2025. Traitement CTP.

Notes :

- *Chez les enfants de la maternelle, l'indicateur mesure la répartition selon le niveau d'activité physique de loisir. Pour les élèves du secondaire, l'indicateur mesure le niveau d'activité de loisir et de transport durant l'année scolaire. Les niveaux d'activités sont définis selon trois critères soit l'intensité, la fréquence et l'indice de dépense énergétique.
- (-) (+) Valeur significativement plus faible/plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 5 %

5. Un recours accru à la médication

La prise en charge du TDAH est souvent multidisciplinaire et cible une réduction des symptômes et de leurs impacts. L'approche thérapeutique recommandée par l'INESSS pour les enfants de moins de 6 ans repose uniquement sur des interventions psychosociales destinées aux enfants afin de réduire les symptômes et sur des interventions d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents. Chez les jeunes de 6 à 17 ans, une approche multimodale impliquant des interventions psychosociales (interventions comportementales et entraînement aux habiletés parentales), non pharmacologiques (activité physique) et pharmacologiques (psychostimulant à longue durée d'action) est préconisée (INESSS, 2024a).

De plus en plus, les enfants avec un TDAH reçoivent une médication.

L'INSPQ a produit un rapport de surveillance de l'usage des médicaments pour le TDAH en 2022, basé sur l'ensemble des personnes admissibles avec ou sans interruption au régime public d'assurance médicament (RPAM)³ (Binta Diallo et al. 2022).

Ce rapport démontre, pour le Québec, un accroissement de la prévalence annuelle ajustée de prescription de médicaments pour le TDAH pour les 24 ans et moins, passant de 1,9% en 2000-2001 à 7,7% en 2019-2020, avec une certaine stabilité de la tendance d'augmentation des cas à partir de 2016-2017⁴. **Ces taux font du Québec la province où il y a la plus forte prescription de médicaments pour le TDAH et l'un des endroits les plus élevés parmi les 13 pays recensés** (Binta Diallo et al, 2022).

Le rapport démontre également, pour le Québec, une plus grande prévalence de prescription chez les **garçons** (9,6%, vs 5,8% chez les filles en 2019-2020). Les groupes d'âge **6-11 ans** (11,3% en 2019-2020) et **12-17 ans** (13,4%) se voient aussi prescrire plus de médicaments que les 1-5 ans (0,5%) et les 18-24 ans (6,3%). Les résultats indiquent aussi, pour le Québec, une **prévalence moindre de prescription chez les personnes vivant dans un milieu très favorisé sur le plan matériel** (selon l'Indice de défavorisation matérielle à la naissance). Les auteurs font l'hypothèse que cette différence pourrait s'expliquer par le fait que : « les parents d'enfants mieux scolarisés avec un revenu élevé sont plus aptes à repérer les services spécialisés médicaux, scolaires et communautaires disponibles dans leurs régions. Par conséquent, leurs enfants peuvent bénéficier d'autres services que la médication » (Binta Diallo et al, 2022 : 22).

Le rapport soulève également un écart important selon les régions sociosanitaires (**Figure 10**), le Bas-Saint-Laurent se classant parmi les régions avec la plus forte prévalence de prescription de médicaments pour le TDAH en 2019-2020.

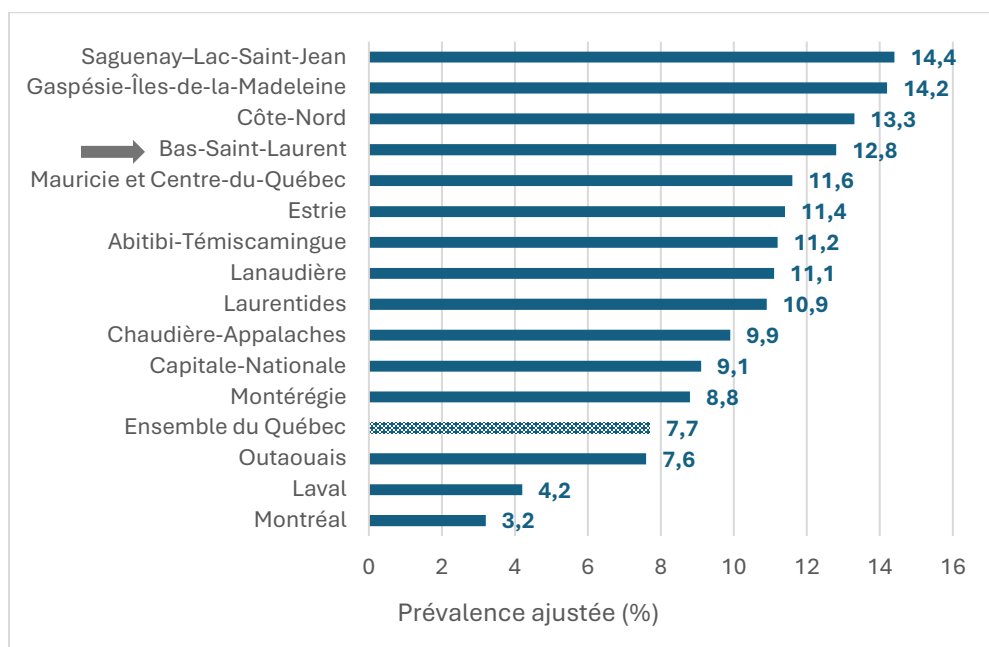
Les médicaments prescrits pour le TDAH sont très majoritairement de la classe des **psychostimulants** (méthylphenidates, amphétamines).

Des médicaments **non-psychostimulants** (inhibiteur de la recapture de la noradrénaline, agoniste sélectif des récepteurs alpha 2a-adrénergiques) sont aussi prescrits (Binta Diallo et al. 2022).

³ Environ 1/3 de la population à l'étude est couverte au RPAM, avec ou sans interruption.

⁴ Ainsi, en 2019-2020, la prévalence de prescription de médicaments pour le TDAH était plus élevée que la prévalence annuelle estimée du trouble par le SISMACQ (7,7% pour la prescription vs 3,2% prévalence du TDAH). Cela s'explique par le fait que le calcul de la prévalence de prescription de médicaments ne tient pas compte de l'inscription du diagnostic de TDAH dans le bordereau de paiement de la visite. Pour les auteurs, la prise en compte de la prescription spécifique peut aider à réduire la sous-estimation de la prévalence annuelle (Binta Diallo et al., 2022).

Figure 10 : Prévalence annuelle ajustée de prescription de médicaments pour TDAH chez les personnes de 1 à 24 ans, couvertes par le régime public d'assurance médicaments (RPAM), selon les régions sociosanitaires, 2019-2020, Québec



Source : Compilation de Benta Diallo et al., 2022. Graphique CTP.

Note : Les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James sont exclues de la présentation régionale, mais incluses dans le total de la province.

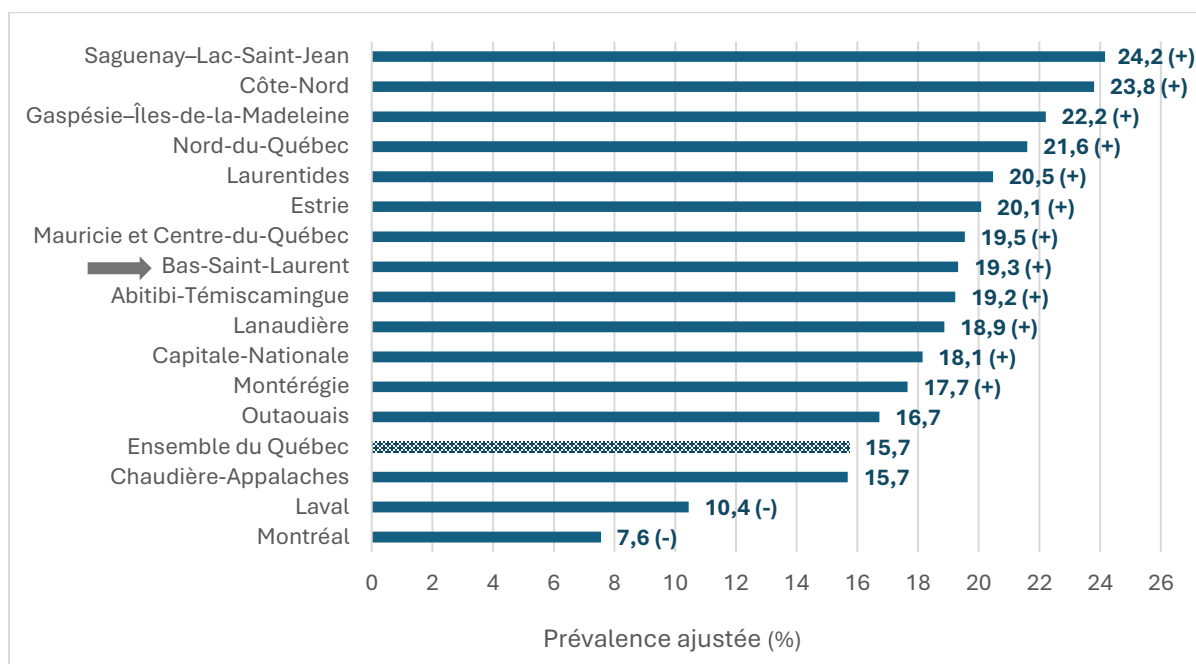
Encadré 2 : Influence de la pandémie de la COVID-19 sur les prescriptions de médicaments pour le TDAH au Québec

L'INSPQ a démontré une certaine stabilité de la prévalence annuelle des prescriptions de médicaments pour le TDAH chez les 24 ans et moins au cours des périodes prépandémique (2017-2020) et pandémique (2020-2023), pour le Québec (Binta Diallo et al., 2025).

Les données autorapportées de consommation de médicament pour des symptômes de TDAH issues de l'EQSJS permettent aussi d'estimer la consommation de médicaments chez les jeunes du secondaire et de faire des constats similaires à ceux de Benta et Diallo 2022. La **Figure 11** permet par exemple de montrer que la proportion des élèves du Bas-Saint-Laurent qui ont rapporté avoir pris un médicament pour le TDAH est plus élevée que celle du reste du Québec⁵. Les données de l'EQSJS suggèrent aussi, pour le Bas-Saint-Laurent, une consommation plus élevée chez les garçons (22,6%, taux ajustés) que chez les filles (15,7%) du secondaire, ce qui correspond aux constats de Benta Diallo et al. 2022 pour le Québec.

⁵ L'EQSJS permet aussi de présenter l'indicateur autorapporté de consommation de médicaments pour des symptômes de TDAH rapporté sur les élèves affirmant avoir reçu un diagnostic de TDAH (plutôt que sur l'ensemble des élèves). Présenté ainsi, l'EQSJS permet d'estimer que près de 63% des élèves qui déclarent avoir reçu un diagnostic de TDAH déclarent aussi avoir pris un médicament prescrit par un professionnel de la santé pour des symptômes de TDAH au cours des deux dernières semaines (60% au Québec).

Figure 11 : Proportion ajustée des élèves du secondaire ayant rapporté avoir pris un médicament prescrit par un professionnel de la santé pour des symptômes de TDAH au cours des deux dernières semaines selon les régions sociosanitaires, EQSJS 2022-2023, Québec



Source : EQSJS. Extraction Infocentre de santé publique avril 2025. Traitement CTP.

Note : (-) (+) Valeur significativement plus faible ou plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 1%.

6. Accès et utilisation des services de santé

À l'exception des visites à l'urgence, les personnes ayant un diagnostic de TDAH font un usage plus fréquent des services médicaux que ceux sans ce diagnostic. Ils ont par exemple plus tendance à consulter les pédiatres et les psychiatres que les personnes n'ayant pas le diagnostic de TDAH (Benta Diallo et al., 2025).

Selon la littérature (Binta Diallo et al. 2019; Binta Diallo et al. 2022), les différences interrégionales dans la prévalence ou la médication associés au TDAH peuvent s'interpréter par de multiples facteurs, dont :

- Approches cliniques différentes dans le traitement du trouble à travers la province;
- Organisation différente des services scolaires;
- Disponibilité des ressources et des équipements de santé;
- Disponibilité des traitements non pharmacologiques;
- Variations dans l'accessibilité aux services de santé et dans les trajectoires de soins;
- Différences culturelles dans la perception du TDAH.

Plus spécifiquement, selon l'INESSS (2024a), les facteurs qui pourraient être responsables d'un surdiagnostic au Québec sont :

- Le temps et les ressources consacrées à l'évaluation et à la prise en compte d'un diagnostic différentiel;
- La pression des parents ou de l'école;
- Le mois de naissance de l'enfant.

Tandis que les facteurs qui pourraient expliquer la prévalence élevée de l'usage de médicaments dans la province sont :

- Un diagnostic posé trop vite;

- Un suivi médical insuffisant;
- Une offre limitée de services psychosociaux dans les réseaux de la santé/services sociaux et de l'éducation.

Ces facteurs ne peuvent pas tous être validés par les données de surveillance disponibles. Nous pouvons toutefois examiner les indicateurs disponibles sur le tableau de bord du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) entourant l'accès aux services de première ligne pour la population générale et les jeunes en attente d'un service de santé mentale ainsi que le profil d'utilisation des services de santé mentale pour la population de 1-24 ans atteinte du TDAH afin de dégager quelques particularités régionales entourant l'accessibilité aux services de santé et les trajectoires de soins.

Le diagnostic du TDAH repose surtout sur le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5). L'INESSS (2024a) recommande d'évaluer la présence de troubles mentaux, de problèmes de santé physique ou de situations psychosociales difficiles pouvant expliquer les symptômes durant la démarche diagnostique et de considérer d'autres troubles mentaux et les comorbidités. Une démarche évaluative des environnements (famille, école) doit également être réalisée.

Le **Tableau 3** présente des indicateurs disponibles sur le tableau de bord du MSSS entourant l'accès aux services de première ligne pour la population générale et les jeunes. Il montre qu'une plus grande part de Bas-Laurentiens semblent avoir **accès à des services de santé et sociaux de première ligne** que la moyenne québécoise (95% vs 90%).

La proportion de **jeunes du Bas-Saint-Laurent en attente d'un service de santé mentale de première ligne** par rapport à la population totale de jeunes est, elle, légèrement supérieure à celle du Québec (0,3% vs 0,2%). La proportion de **jeunes en attente des services hors délais** sur le nombre de jeunes en attente de services de première ligne est également légèrement supérieure à la province (83% vs 76%). L'accès relativement grand à un service de première ligne et le nombre de jeunes en attente pour des services psychosociaux pourraient suggérer que l'accès à un traitement pharmacologique est plus facile qu'à une prise en charge non pharmacologique dans la région.

Tableau 3 : Accès aux services de première ligne en septembre 2023*, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec

	Bas-Saint-Laurent		Québec
Accès à un service de première ligne (15 septembre 2023)	95,4 %		89,8 %
Attitré à un professionnel ou une équipe de première ligne (15 septembre 2023)	91,2 %		82,7 %
Nombre de jeunes (0-17 ans) en attente d'un service de santé mentale de première ligne (9 septembre 2023) (% estimé sur la population totale de jeunes)	101 (0,3 % des jeunes du BSL)	2903 (0,2 % des jeunes du Québec)	
Nombre de jeunes (0-17 ans) en attente hors délais d'un service de santé mentale de première ligne (9 septembre 2023) (% estimé sur la population totale de jeunes en attente d'un service de première ligne)	84 (83,2 % des jeunes en attentes)	2202 (75,9 % des jeunes en attente)	

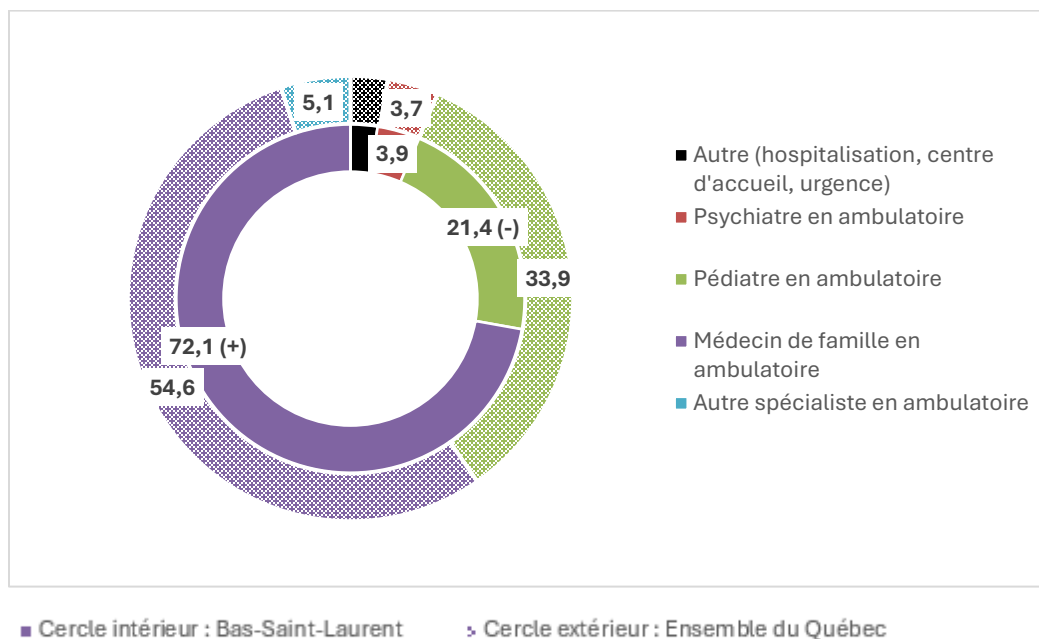
Source : Gouvernement du Québec, 2025 : Tableau de bord sur la performance du réseau de la santé et des services sociaux; ISQ, 2025.
 Notes : Ces données n'ont pas été conçues dans une perspective de surveillance et doivent donc être interprétées ici avec prudence, comme une indication partielle de la situation.
 *La date de septembre 2023 a été retenue, car elle se trouve au milieu de l'année financière 2023-2024, soit celle qui a été présentée en détail plus haut (Figures 3 et 7 notamment).

La **Figure 12** illustre la répartition du profil d'utilisation des services de santé mentale dans le réseau public pour la population de 1 à 24 ans atteinte du TDAH, au Bas-Saint-Laurent et au Québec. On remarque surtout une **plus grande proportion d'utilisation des services de médecins de famille en ambulatoire** (c'est-à-dire sans hospitalisation) au Bas-Saint-Laurent et une proportion un peu moins grande de pédiatres en ambulatoire que dans le reste du Québec. La catégorie « autre spécialiste en ambulatoire » n'est pas représentée au Bas-Saint-Laurent.

L'étude des pratiques professionnelles permettrait de dégager les implications de cette utilisation des services pour le diagnostic et le traitement du TDAH. Un témoignage entendu à la *Commission de la santé et des services sociaux sur l'augmentation préoccupante de la consommation de psychostimulants chez les enfants et les jeunes en lien avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité* ainsi que le Collège des médecins mentionnent par exemple que les médecins ont peu de temps pour établir le diagnostic TDAH et sont peu outillés pour établir un diagnostic différentiel relatif à d'autres troubles cognitifs ou psychoaffectifs (Chouinard, 2015; Commission de la santé et des services sociaux, 2020).

L'absence de données sur l'accès et le recours à différents types de professionnels hors du réseau de la santé, qu'ils soient à l'école ou encore en pratique privée, limite les interprétations que l'on peut faire ici. Il semble cependant que **l'accès à certains professionnels paramédicaux permettant l'évaluation des conditions souvent confondues avec un TDAH dans le réseau public bas-laurentien est très limité** et que l'accès aux services d'évaluation en ergothérapie /physiothérapie/orthophonie/psychologie/neuropsychologie, qu'ils soient privés ou publics, n'est pas uniforme sur tout le territoire.

Figure 12: Répartition du profil d'utilisation des services de santé mentale pour la population de 1 à 24 ans atteinte du TDAH (proportions ajustées, %), année financière 2023-2024, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec



Source : Source : SISMACQ. Extraction Infocentre de santé publique juillet 2025. Traitement CTP.

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste du Québec, au seuil de 1%.

Encadré 3 : Influence de la pandémie de la COVID-19 sur l'utilisation des services de santé chez la population atteinte de TDAH au Québec

En comparant la spécialité du médecin ayant effectué le diagnostic de TDAH pendant la période pandémique (2020-2023) à la période prépandémique (2017-2020), l'INSPQ remarque, pour le Québec, une légère augmentation du pourcentage des diagnostics par les omnipraticiens durant la période pandémique, de même qu'une légère baisse des proportions de diagnostics par les pédiatres et les psychiatres. Ils ont également observé une baisse notable des consultations médicales en présentiel compensée par une augmentation des visites virtuelles (Binta Diallo et al., 2025).

L'INSPQ a aussi démontré, pour le Québec, qu'il y avait eu une diminution importante des hospitalisations et des visites à l'urgence durant la période pandémique comparativement à la période prépandémique, tant pour les usagers avec que sans TDAH. Cependant, les consultations avec les omnipraticiens ont augmenté durant la pandémie chez les personnes ayant le TDAH, contrairement aux personnes sans diagnostic de TDAH (Binta Diallo et al., 2025).

Conclusion

Une prévalence du TDAH plus élevée au Bas-Saint-Laurent que dans les autres régions du Québec

La prévalence du TDAH varie selon l'indicateur utilisé et se situe à environ 6,6% pour le Bas-Saint-Laurent en 2023-2024, selon la mesure ajustée de la prévalence annuelle traitée pour la population de 1-24 ans. Quel que soit l'indicateur utilisé, la région du Bas-Saint-Laurent affiche toujours une prévalence beaucoup plus grande du TDAH que celle du reste du Québec.

Un phénomène en augmentation

La prévalence du TDAH dans la région a été multipliée par 6,6 depuis 2000-2001. Au Québec, la prévalence du trouble a été multipliée par 4,5 pendant la même période.

Un trouble qui touche certains groupes plus que d'autres

Les groupes d'âge 5-11 ans et 12-17 ans ont la plus forte prévalence de TDAH pour les deux genres. Les garçons sont diagnostiqués plus tôt et plus fréquemment que les filles. Cependant, l'écart entre les genres est plus important chez les enfants plus jeunes et est beaucoup moins marqué chez les 18-24 ans, ce qui pourrait s'expliquer par davantage de symptômes de type externalisés chez les garçons, qui favorisent un processus de détection du trouble plus rapide (Binta Diallo et al., 2019).

Des caractéristiques et habitudes de vie associées au TDAH

Les données de l'EQSJS suggèrent que le TDAH est plus fréquent chez les jeunes du secondaire qui ont les caractéristiques suivantes :

- Vivent en famille recomposée, en famille monoparentale ou en garde partagée;
- Dont les parents n'ont pas atteint un niveau de scolarité collégial ou universitaire;
- Ont un faible niveau de soutien social dans la famille;
- Ont un niveau faible d'estime de soi;
- Ont un niveau élevé à l'indice de décrochage scolaire;
- Ont un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique;
- N'atteignent pas le niveau recommandé d'heures de sommeil durant la semaine d'école;
- Sont peu, très peu ou inactifs pendant leurs loisirs;
- Passent plus de 4h/jour devant un écran pour les loisirs;
- Ont un statut de fumeur de cigarettes;
- Sont dans les niveaux « feux rouges » et « feux jaunes » de l'indice DEP-ADO⁶ de consommation d'alcool et de drogues.

Ces éléments peuvent à la fois engendrer ou exacerber des symptômes apparentés au TDAH et être l'expression des « conséquences » du trouble, qui a des retentissements dans différentes sphères de la vie (familiale, scolaire, sociale, professionnelle, comportements à risque).

Ces données, en accord avec la littérature, indiquent que le soutien familial et scolaire est étroitement associé au TDAH. Les données de l'EQDEM 2022 suggèrent que les enfants de maternelle 5 ans du Bas-Saint-Laurent se comparent avantageusement au reste du Québec pour ce qui est de la disponibilité de soutien de l'entourage. Les jeunes du secondaire de la région auraient quant à eux un soutien social élevé dans leur environnement familial et scolaire en proportion similaire à ceux de la province et un sentiment d'appartenance à l'école plus élevé que ceux

⁶ « L'indice de consommation problématique d'alcool et de drogues DEP-ADO permet d'évaluer l'usage d'alcool et de drogues chez les adolescents et de faire une première détection de la consommation problématique ou à risque. » (Leclerc et al., 2024 : 1).

du Québec. Les données de la Direction de la protection de la jeunesse ne suivent toutefois pas cette tendance favorable. En effet, le Bas-Saint-Laurent semble recevoir plus de signalements, en proportion par rapport au nombre d'enfants sur son territoire, que le Québec. Les proportions d'enfants dont la situation est prise en charge par la Direction (i.e. suivis à l'application des mesures) semblent également plus élevées dans la région en 2022-2023, 2023-2024 et 2024-2025.

Les habitudes de vie sont également associées au TDAH. Les troubles du sommeil peuvent par exemple induire des symptômes similaires à ceux du TDAH. Autant les enfants de 5 ans que les adolescents du Bas-Saint-Laurent semblent respecter plus fréquemment les recommandations concernant le nombre d'heures de sommeil, comparativement aux jeunes du reste du Québec. Malgré cela, environ 2 jeunes du secondaire sur 5 dans la région n'atteignent pas le nombre d'heures recommandé de sommeil durant la semaine d'école.

L'augmentation du temps d'écran chez les adolescents est associée à une exacerbation des symptômes de TDAH. Les proportions d'enfants de maternelle et de jeunes du secondaire du Bas-Saint-Laurent qui passent respectivement plus de 2h et de 4h devant un écran par jour semblent aussi se comparer avantageusement par rapport au Québec. Près de 23% des jeunes du secondaire passent néanmoins 4h et plus devant un écran au cours d'une journée de semaine et de fin de semaine pour leurs activités de communication et de loisirs.

L'activité physique est, également, reconnue pour pouvoir réduire les symptômes principaux du TDAH. Les enfants de la maternelle et les élèves du secondaire de la région ont tendance à être plus actifs physiquement que la moyenne québécoise. C'est cependant environ 40% des enfants de 5 ans et des adolescents de la région qui sont très peu actifs ou inactifs.

Un recours accru à la médication

La prise en charge du TDAH est souvent multidisciplinaire et cible une réduction des symptômes et de leurs impacts. Chez les jeunes de 6 à 17 ans, une approche multimodale impliquant des interventions psychosociales (interventions comportementales et entraînement aux habiletés parentales), non pharmacologiques (activité physique) et pharmacologiques (psychostimulant à longue durée d'action) est préconisée (INESSS, 2024a). De plus en plus, les enfants avec un TDAH reçoivent une médication. Le Québec apparaît par ailleurs comme l'un des endroits au pays et dans le monde où il y a la plus forte prescription de médicaments pour le TDAH.

Au Bas-Saint-Laurent, la prévalence annuelle de prescription de médicaments pour TDAH ajustée par âge chez les personnes de 1 à 24 ans couvertes par le régime public d'assurance médicaments est estimée par l'INSPQ à 12,8% en 2019-2020 (vs, 7,7% pour l'ensemble du Québec) (Binta Diallo et al., 2022).

Accès et utilisation des services de santé

Les différences interrégionales dans la prévalence ou la médication peuvent s'interpréter par de multiples facteurs, notamment associés aux soins et services de santé et sociaux.

L'accès relativement grand à un service de première ligne au Bas-Saint-Laurent et le nombre de jeunes en attente pour des services psychosociaux pourrait suggérer que l'accès à un traitement pharmacologique est plus facile qu'à une prise en charge non pharmacologique dans la région.

Les données entourant l'accès et l'utilisation des services de santé permettent aussi de suggérer un recours plus facile et plus grand aux médecins de famille pour le diagnostic et le traitement du TDAH au Bas-Saint-Laurent. Couplé à l'hypothèse que les médecins ont peu de temps et d'outils pour établir un diagnostic différentiel de TDAH, cela pourrait expliquer en partie la prévalence plus grande du trouble dans la région.

L'absence de données sur l'accès et le recours à différents types de professionnels hors du réseau de la santé, qu'ils soient à l'école ou encore en pratique privée, limite toutefois les interprétations que l'on peut faire. Il semble cependant que l'accès à certains professionnels paramédicaux, tant public que privé, soit assez limité dans la région.

Des pistes d'action pour la région

Ce portrait permet de suggérer que le support aux médecins de famille pour le diagnostic et la prise en charge des patients apparaît important. La poursuite des efforts pour favoriser l'accès, dans la région, aux diverses ressources paramédicales à même de diagnostiquer précisément et/ou de contribuer au traitement, notamment non-pharmacologique, du TDAH, devrait également être encouragée.

Ce portrait permet aussi de suggérer que des initiatives de santé publique ciblant le soutien social (familial, scolaire) et les saines habitudes de vie (notamment sommeil, activité physique, réduction du temps d'écran) chez les enfants et les adolescents permettraient d'agir sur des éléments reconnus pour influencer le fonctionnement des jeunes en général et l'expression des symptômes de TDAH en particulier.

Références

- Auger, A., et Groleau A (2023). Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2022. Rapport statistique. Tome 1 – Portrait des caractéristiques, de l'environnement et du parcours préscolaire des enfants de maternelle 5 ans pour le Québec et ses régions, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 158 p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/parcours-prescolaire-enfants-maternelle-2022-rapport-statistique-tome-1.pdf>
- Binta Diallo F., et al. (2025) Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec en contexte de pandémie de la COVID-19. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3690-surveillance-trouble-deficit-attention-context-COVID-19.pdf>
- Binta Diallo, F. et al. (2024) Prévalence des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour la population de 1 à 24 ans (SISMACQ). Fiche-indicateur de l'Infocentre de santé publique. Version avril 2024. Institut national de santé publique du Québec.
- Binta Diallo F., et al. (2022) Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants et jeunes adultes au Québec : usage des médicaments. Surveillance des maladies chroniques. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3245>
- Binta Diallo F., et al. (2019) Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec. Bureau d'information et d'études en santé des populations. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2535_surveillance_deficit_attention_hyperactivite.pdf
- Biron, J.-F., Fournier, M., Tremblay, P. H. et Nguyen, C. T. (2019). Les écrans et la santé de la population à Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/Les_ecrans_et_la_sante_de_la_population_a_Montreal.pdf
- Chouinard, T. (2015) Le Collège des médecins préoccupé par les nombreux diagnostics de TDAH. La Presse. 20 février 2015. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201502/19/01-4845768-le-college-des-medecins-preoccupe-par-les-nombreux-diagnostics-de-tdah.php>
- Commission de la santé et des services sociaux (2020) Mandat d'initiative sur l'augmentation préoccupante de la consommation de psychostimulants chez les enfants et les jeunes en lien avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Conclusion et recommandation. Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Gouvernement du Québec (2024) Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Page web. Consultée le 23 juillet 2025. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/trouble-deficit-attention-hyperactivite-tdah>
- Gouvernement du Québec (2025) Tableau de bord – Performance du réseau de la santé et des services sociaux. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQtZTlzMjc5NDZjNmZlIiwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZjLWFlMjRiZTFhNzk5MiJ9>
- Grisé-Bolduc, ME. et Collin-Vézina, D. (2020) Trauma complexe et TDAH : quels sont les liens? Centre for Research on Children and Families. <https://iujd.ca/sites/iujd/files/media/document/Trauma%20complexe%20et%20TDAH.pdf>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2024a) Prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Rapport en soutien à l'outil d'aide à la prise en charge rédigé par Stéphanie Roberge, Anne-Josée Guimond et Ginette D'Auray. Québec, Qc : INESSS; 63 p.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Prise_charge_TDAH_GN.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2024b). Pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales pour les jeunes de moins de 18 ans présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). État des connaissances rédigé par Ginette D'Auray, Anne-Josée Guimond, Stéphanie Roberge et Priscilla Lam Wai Shun. Québec, Qc : INESSS; 47 p.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/TDAH_Pratiques_non_pharmaco_EC_INESSS.pdf

Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2025) Estimations de la population des régions administratives selon l'âge et le genre, âge médian et âge moyen, Québec, 1^{er} juillet 1996 à 2024.

statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/3987

Leclerc, P. et al. (2024) Répartition des élèves du secondaire selon l'indice DEP-ADO de consommation problématique d'alcool ou de drogues (EQSJS). Fiche-indicateur de l'Infocentre de santé publique. Version novembre 2024. Institut national de santé publique du Québec.

Naitre et grandir (2022) Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

<https://naitreetgrandir.com/fr/sante/naitre-grandir-sante-enfant-trouble-deficit-attention-hyperactivite-tdah/#:~:text=Enfants%20touch%C3%A9s%20par%20le%20TDA%2FH&text=Il%20est%20simplement%20plus>

Traoré, I., Simard M. et Julien D. (2024). Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. Résultats de la troisième édition – 2022-2023, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 759 p.

<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-jeunes-secondaire-2022-2023.pdf>

Wallace, J., Boers, E., Ouellet, J. et al. (2023) Screen time, impulsivity, neuropsychological functions and their relationship to growth in adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Sci Rep* 13, 18108 (2023).

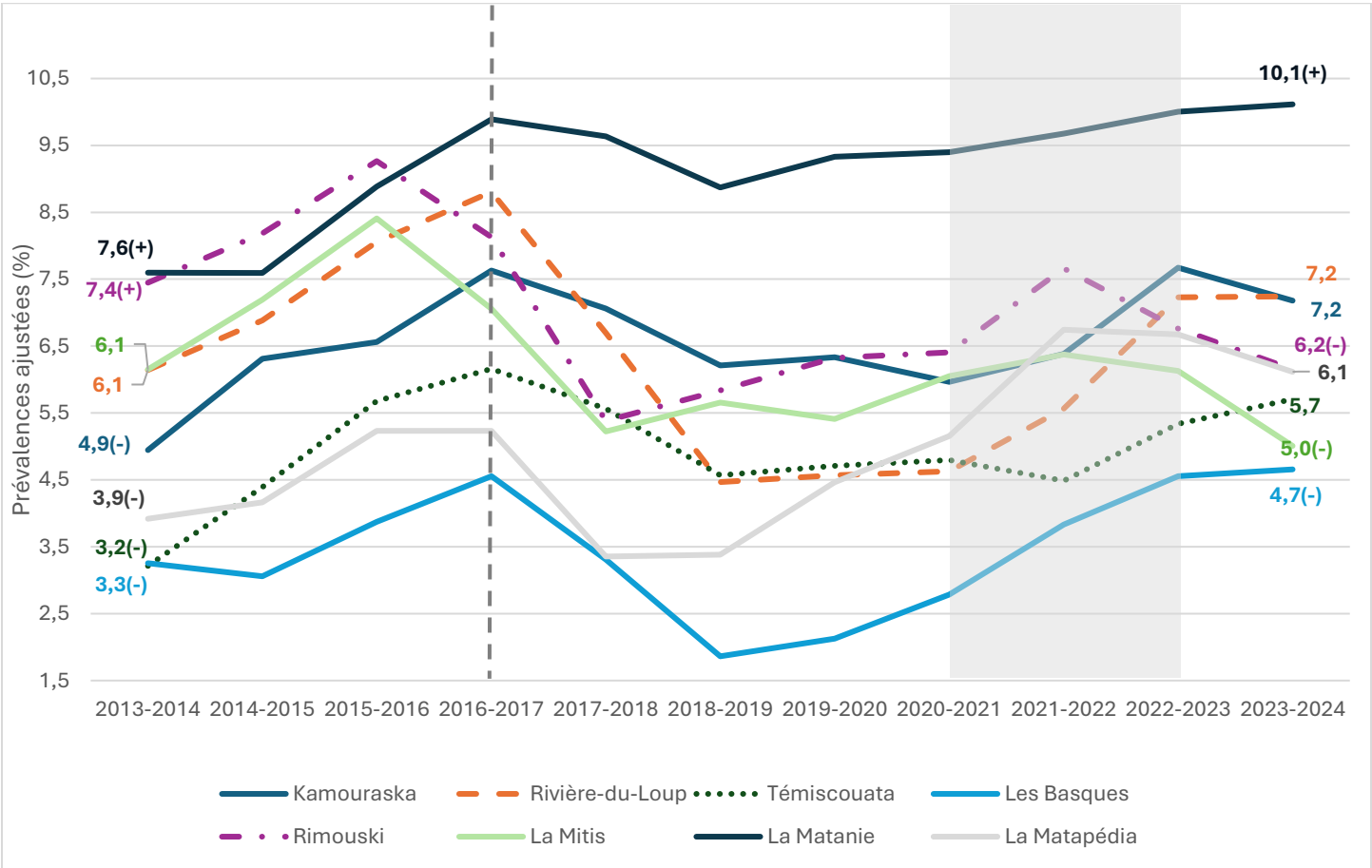
<https://doi.org/10.1038/s41598-023-44105-7>

Annexe 1 : Prévalence du TDAH dans les MRC du Bas-Saint-Laurent

La prévalence de toute la région du Bas-Saint-Laurent était de 5,9 en 2013-2014 et de 6,6 en 2023-2024 (Figure 2). Les prévalences de TDAH dans les différentes MRC ont fluctué dans les derniers dix ans, suivant plus ou moins la tendance générale à la hausse à partir de 2013-2014; à la baisse à partir de 2016-2017 (voir note), suivie d’une remontée (Figure a). Quelques MRC semblent se démarquer :

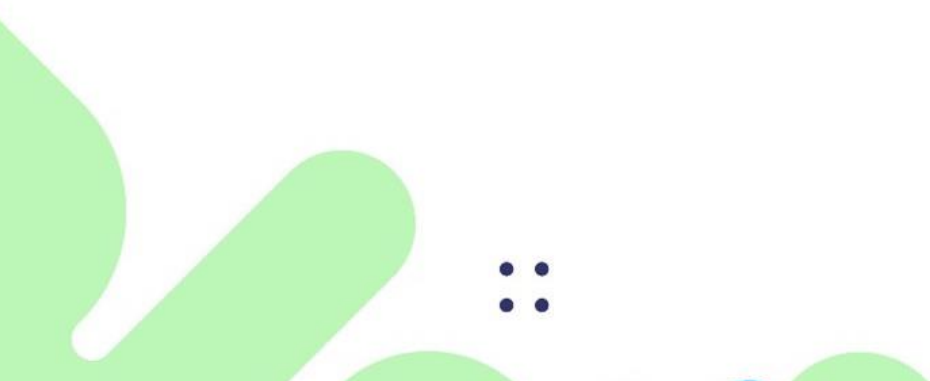
- La Matanie, qui a maintenu une prévalence significativement plus élevée que dans le reste du Bas-Saint-Laurent pour toutes les années illustrées;
- Les Basques, qui a maintenu une prévalence significativement moins élevée que dans le reste du Bas-Saint-Laurent pour toutes les années illustrées;
- Le Témiscouata, qui a connu une prévalence significativement moins élevée que dans le reste de la région pour 8 des 11 dernières années;
- La Matapédia, qui a vu sa prévalence augmentée de façon plus marquée dans les derniers 4 ans.

Figure 13 : Prévalence annuelle ajustée du TDAH pour la population de 1 à 24 ans, années financières 2013-2014 à 2023-2024, MRC du Bas-Saint-Laurent



Source : SISMACQ. Extraction Infocentre de santé publique janvier 2026. Traitement CTP. Notes :

- Prévalence ajustée selon la structure par âge (1 à 4, 5 à 9, 10 à 14, 15 à 17, 18 à 24), sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011.
- (+) (-) Valeur significativement plus élevée/plus faible que celle du reste du Québec, au seuil de 1 %.
- En 2016, la RAMQ a procédé à la modernisation de son système de facturation des services médicaux rémunérés à l'acte, ce qui a entraîné une diminution de la saisie des codes de diagnostic dans ce fichier. Par conséquent, les résultats de cet indicateur doivent être interprétés avec prudence à partir de l'année financière 2016-2017.
- La période pandémique (2020-2021 à 2022-2023) a influencé l'indicateur et il faut donc l'interpréter avec prudence (voir l'encadré 1).



**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent**

Québec

