

POSONS-NOUS TROP DE DIAGNOSTICS DE

TDAH

en Amérique du Nord ?

Depuis 25 ans, nous observons une forte croissance des diagnostics du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) tant chez les enfants que chez les adultes.



Au Québec, près de **23%** des adolescents ont reçu un diagnostic de TDAH en 2016-2017, alors que la prévalence à l'échelle internationale se situe à 7,2 %¹.

Sommes-nous plus outillés qu'avant pour identifier ce trouble ? Y a-t-il vraiment plus d'enfants atteints du TDAH ? Avons-nous plutôt tendance à poser trop souvent ce diagnostic ? Voici une revue critique de la littérature à ce sujet !

Nouveaux critères diagnostiques

Depuis 2013, les critères pour poser un diagnostic de TDAH stipulent que les symptômes doivent **interférer** ou **réduire la qualité** du fonctionnement social, académique ou professionnel.² Il n'est plus question d'une altération cliniquement significative du fonctionnement. Ces nouveaux concepts sont très vagues et donnent beaucoup de latitude aux cliniciens afin de poser ou non un diagnostic.

Recommandation : Une analyse en profondeur des critères diagnostiques est essentielle, voire un retour aux critères du DSM-IV. Les professionnels sont invités à s'assurer qu'il y a une détresse cliniquement significative chez l'enfant avant de conclure à un TDAH.

Efficacité des outils d'évaluation

Des chercheurs ont montré qu'en utilisant seulement une échelle de symptômes auto-rapportée, nous obtenons un taux de faux positifs très élevé.³ De leur côté, les outils d'évaluation neuropsychologiques ne permettent pas toujours de distinguer le TDAH des autres troubles psychiatriques.^{4,5}

Recommandation : Vu la complexité du diagnostic de TDAH, celui-ci nécessite une évaluation rigoureuse et systématique, réalisée selon une approche multidisciplinaire et multimodale (évaluation initiale des symptômes, entrevue clinique, évaluation neuropsychologique). Il est important d'éviter les diagnostics précipités.

Normes de productivité et de performance

Des chercheurs évoquent la possibilité que le **culte de la performance**, bien ancré en Amérique du Nord, contribue à augmenter le nombre de diagnostics de TDAH. Certains comportements indisciplinés en classe, autrefois perçus comme normaux chez les enfants, seraient maintenant médicalisés en raison des hautes attentes de performance. Par ailleurs, ces attentes apparaissent liées à l'augmentation des prescriptions de psychostimulants, mais aussi à leur usage illicite.

Entre 2006 et 2015, la proportion de jeunes québécois de 10 à 12 ans ayant reçu une prescription de psychostimulants est passée de **8,3% à 14,0%**.¹

Le **tiers** des étudiants universitaires ont déjà consommé un psychostimulant sans prescription, la plupart du temps dans le but d'augmenter leurs performances.⁶



Recommandation : Une réflexion collective sur le culte de la performance est nécessaire puisqu'il semble qu'en tant que société, nous cherchons parfois à obtenir un diagnostic afin de justifier des performances sous-optimales. Nous devrions aussi considérer des traitements alternatifs à la médication. La littérature montre qu'une intervention comportementale suivie d'une médication, si nécessaire, entraîne de meilleurs résultats chez les enfants.

Le TDAH chez les jeunes plus vulnérables

Les études montrent que les jeunes défavorisés sur le plan socioéconomique, de même que ceux ayant vécu des expériences de vie adverses (p. ex. : maltraitance) sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de TDAH.^{7,8,9}

Recommandation : Il ne s'agit pas d'éviter de poser un diagnostic de TDAH chez cette population, mais d'être attentifs aux enjeux sociaux et psychologiques affectant les jeunes plus vulnérables. Il est essentiel d'évaluer le contexte entourant les difficultés vécues par l'enfant afin d'éliminer d'autres causes pouvant expliquer l'inattention, l'hyperactivité ou l'impulsivité. Chez ces enfants, il y a un risque de confondre les symptômes du TDAH avec des réactions normales à un contexte anormal.

Références:

1. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (2017). *Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins*. Gouvernement du Québec.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
3. Parker, A., & Corkum, P. (2016). ADHD diagnosis: As simple as administering a questionnaire or a complex diagnostic process? *Journal of Attention Disorders*, 20(6), 478-486.
4. Pettersson, R., Söderström, S., & Nilsson, K. W. (2018). Diagnosing ADHD in adults: an examination of the discriminative validity of neuropsychological tests and diagnostic assessment instruments. *Journal of Attention Disorders*, 22(11), 1019-1031.
5. Wasserman, T., & Wasserman, L. D. (2012). The sensitivity and specificity of neuropsychological tests in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *Applied Neuropsychology: Child*, 1(2), 90-99.
6. DeSantis, A. D., Webb, E. M., & Noar, S. M. (2008). Illicit use of prescription ADHD medications on a college campus: A multimethod, longitudinal approach. *Journal of American College Health*, 57(3), 315-324.
7. Compton, C. A., Nigg, J. T., Stawicki, J. A., Rappold, M. D., & Von Eye, A. (2005). Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(7), 690-698.
8. Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(3), 440-458.
9. Brown, N. M., Brown, S. N., Briggs, R. D., Germán, M., Belamarich, P. F., & Oyeku, S. O. (2017). Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academic Pediatrics*, 17(4), 349-355.