

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À

**LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DANS LE CADRE
DU 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).**

PAR

Dr Benoît HAMMARRENGER, Ph.D.
Neuropsychologue,
Directeur des CERC,
Auteur, conférencier



**Fait à Laval, Québec, Canada
LE 6 NOVEMBRE 2019**

Table des matières

<i>Introduction et statistiques</i>	3
La situation au Québec	3
5 à 7 % dans tous les pays, à toutes les époques	3
<i>Réflexion sur les causes possibles du sur-diagnostic de TDAH au Québec</i>	4
Le rôle des médias	4
Les critères diagnostics non-spécifiques du TDAH	5
Le rôle des professionnels habilités à poser le diagnostic	6
1) Le rôle des médecins dans le sur-diagnostic du TDAH et la sur-prescription de psycho-stimulants	6
2) Le rôle des psychologues scolaires dans le sur-diagnostic du TDAH.....	7
3) Le rôle des neuropsychologues dans le sur-diagnostic du TDAH	8
L'absence de réévaluation	9
La méconnaissance des troubles qui imitent le TDAH	11
Une certaine banalisation du diagnostic de TDAH	11
<i>Références</i>	13

Introduction et statistiques

La situation au Québec

En janvier 2019, un groupe de 48 médecins, desquels 45 pédiatres, produisaient une lettre ouverte aux médias afin de sonner l'alarme sur le sur-diagnostic et conséquemment la sur-médication du TDAH au Québec.

Rappelons que l'Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux produisait effectivement dans son rapport sorti en 2018, des statistiques inquiétantes, voire alarmantes pour le Québec. Chez les pré-adolescents (10-12 ans), et chez les adolescents (13-17 ans), les taux de prévalence de l'usage de médication pour traiter le TDAH rejoignait 14% alors qu'il s'établissait autour de 4-5% pour l'ensemble des autres provinces du Canada sans le Québec.

Une autre étude a fait moins de bruit mais produit pourtant des statistiques tout aussi alarmantes, soit celle de l'Enquête Québécoise sur la Santé des Jeunes du Secondaire (produite par l'Institut de la Statistique du Québec - 2017). Dans un questionnaire remis aux jeunes du secondaire au Québec, non moins de 23% d'entre eux ont répondu avoir reçu un diagnostic de TDAH par un professionnel de la santé !

Ainsi, Près d'un adolescent sur quatre au Québec aurait reçu un diagnostic de TDAH par un professionnel de la santé, et près de trois adolescents sur vingt seraient médicamenteux pour ce trouble.

Pour comprendre l'aspect déraisonnable de ces chiffres, il faut comparer le Québec non pas seulement au reste du Canada, mais au reste de la planète.

5 à 7 % dans tous les pays, à toutes les époques

En 2007, *L'American Journal of Psychiatry* a publié la première grande méta-analyse sur la prévalence du TDAH à travers le mondeⁱ. L'ensemble des articles révisés par la méta-analyse offrait un échantillon de plus de 170 000 enfants et adolescents vivant dans sept grandes régions du monde (Afrique, Amérique du Nord, Amérique du Sud, Asie, Europe, Moyen-Orient et Océanie). Cette étude a permis de conclure à une prévalence mondiale de 5,3 % d'enfants et adolescents atteints du TDAH. Dans les régions plus industrialisées de la planète (Amérique du Nord, Europe, Asie, Océanie), les taux de prévalence étaient très similaires, oscillant entre 3 % et 7 %.

En 2012, une seconde grande méta-analyse, menée par Erik Willcutt sur un échantillon de plus de 160 000 enfants et adolescents propose un taux de prévalence universel de TDAH qui se situerait entre 6 % et 7 %ⁱⁱ.

Enfin, une troisième méta-analyse fut publiée plus récemment, en 2015, celle-ci couvrant tous les articles publiés au cours des 36 années précédentes dans tous les pays, publiés dans toutes les langues.ⁱⁱⁱ Attention, l'échantillon ainsi obtenu correspond à plus d'un million d'enfants et d'adolescents à travers le monde! Dans cette étude, le taux de prévalence suggère que le TDAH affecterait 7,2 % de la population mondiale. Les auteurs ne trouvent pas d'augmentation significative de la prévalence au fil des années et les taux sont relativement similaires dans les différentes régions du monde (prévalence un peu moins élevée en Europe et un peu plus élevée au Moyen-Orient par rapport à l'Amérique du Nord).

On peut donc maintenant conclure avec certitude que le TDAH est un trouble neurodéveloppemental affectant de 5 à 7 % de la population mondiale. Ce taux serait relativement stable dans toutes les régions du monde, toutes les cultures et toutes les époques. Puisque le TDAH est principalement transmis génétiquement, on peut donc poser l'hypothèse qu'il s'agit d'une forme de tare génétique, présente chez 5 à 7% des êtres humains. Cette tare génétique affecterait la programmation du développement des aires du cerveau responsables de l'attention et de l'autocontrôle de l'enfant.

Avec un taux de prévalence de 23% du diagnostic de TDAH chez les adolescents du Québec, nous sommes donc de trois à quatre fois au-dessus du taux de prévalence universel. Il faut nécessairement conclure qu'il y a de sur-diagnostic, et donc nécessairement, qu'il y a de faux diagnostics de TDAH. **En se basant sur les statistiques on peut même affirmer qu'il y a plus d'adolescents faussement diagnostiqués du TDAH que d'adolescents ayant reçu ce diagnostic avec justesse.**

Réflexion sur les causes possibles du sur-diagnostic de TDAH au Québec

Le rôle des médias

Au début de ma pratique il y a une quinzaine d'années, on parlait très peu du TDAH et des troubles d'apprentissage. Un précieux travail de sensibilisation a été effectué par les médias, ce qui fait que la population aujourd'hui est nettement mieux informée. Particulièrement en ce qui a trait au TDAH.

Le fait que des médicaments existent pour traiter ce trouble aura entraîné une certaine polémique au cours des dernières années. Doit-on médicamenter un enfant simplement pour le calmer? Est-ce acceptable de «droguer» nos enfants pour leur réussite scolaire? Ce genre de question m'apparaît avoir été un moteur de médiatisation, dirigeant du même coup toute l'attention du public, mais également des professionnels de la santé et de l'éducation, sur ce seul et unique trouble qu'est le TDAH.

Aujourd'hui cette surexposition du TDAH dans les médias m'apparaît avoir généré une vision biaisée des symptômes d'agitation et d'inattention des enfants, qui finissent maintenant tous par être attribuables au TDAH, sans tenir compte des autres explications possibles.

Les critères diagnostics non-spécifiques du TDAH

À la base, le diagnostic du TDAH n'est basé que sur une liste de symptômes observables. Ces symptômes sont établis par l'American Psychiatric Association et répertoriés dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5^e édition).

Symptômes d'inattention	Symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'inattention 2. A souvent du mal à maintenir son attention sur des tâches ou dans des jeux 3. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement 4. Ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses travaux scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles 5. A du mal à organiser ses travaux et ses activités 6. Évite, a en aversion ou est réticent à s'engager dans des tâches qui nécessitent un effort mental soutenu 7. Perd les objets nécessaires à son travail ou à ses activités 8. Est facilement distrait par des stimuli externes ou par des pensées non reliées à la tâche en cours 9. Fait des oublis fréquents dans la vie quotidienne 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège 2. Quitte souvent son siège dans des situations où il est supposé rester assis 3. Court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié 4. A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir 5. Demeure « sur la brèche », agit comme s'il était « monté sur des ressorts » 6. Souvent, parle trop 7. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée 8. A souvent du mal à attendre son tour 9. Interrompt souvent les autres ou s'immisce, fait irruption dans les conversations

Les symptômes sont considérés comme des critères diagnostics et lorsqu'un enfant présente six des neuf critères d'inattention et/ou d'hyperactivité, on peut poser le diagnostic de TDAH.

Le problème ici est le fait bien reconnu que ces critères ou symptômes ne sont absolument pas spécifiques au TDAH. Un enfant pourrait vivre de l'anxiété par exemple et 1) faire des fautes d'inattention parce que son attention est dirigée vers ses pensées anxieuses; 2) avoir du mal à maintenir son attention sur des tâches; 3) ne pas réellement écouter quand on lui parle; 4) avoir du mal à s'organiser; 5) avoir de la difficulté dans les tâches qui demandent un effort mental soutenu et 6) faire des oublis fréquents dans sa

vie quotidienne. Voilà, sur la base de ces symptômes, cet enfant anxieux rencontre les critères pour un diagnostic de TDAH, dans son versant «inattention».

Je donne ici l'exemple de l'anxiété, mais plusieurs autres conditions, troubles ou situations existent pouvant amener un enfant à rencontrer les critères du TDAH, sans qu'il ne s'agisse d'un TDAH. Ces conditions, troubles ou situations pourraient être qualifiés d'imposteurs du TDAH en ce qu'ils imitent très bien le trouble et se font passer pour lui, sans l'être réellement.

Le rôle des professionnels habilités à poser le diagnostic

Au Québec, le diagnostic de TDAH, comme celui des différents troubles mentaux, peut être posé par les médecins, les psychologues, les neuropsychologues et certain(e)s infirmier(e)s et conseiller(e)s d'orientation autorisés. Il est plutôt rare que le diagnostic soit posé par un(e) infirmier(e)s ou conseiller(e)s d'orientation, ce qui fait que je m'attarderai donc au rôle des médecins, psychologues et neuropsychologues.

Je précise à la base qu'il s'agit évidemment de professionnels compétents, dont la pratique est encadrée par un ordre professionnel. Par contre, les statistiques nous obligeant à conclure à un nombre alarmant de faux diagnostics, il faut se questionner sur les erreurs commises par les professionnels ayant posé ces diagnostics.

Les prochaines lignes ne se veulent ni accusations, ni blâmes envers mes collègues du réseau de la santé. Il s'agit de pistes de réflexion visant à prendre conscience de nos erreurs, pour ainsi ajuster nos pratiques dans le meilleur intérêt de la population qui nous consulte et nous fait confiance.

1) Le rôle des médecins dans le sur-diagnostic du TDAH et la sur-prescription de psycho-stimulants

Les médecins l'admettront eux-mêmes, ils ne possèdent aucune façon de mesurer l'attention chez l'enfant. Leur diagnostic est donc basé : (1) sur une série de questions posées aux parents, parfois sous forme de questionnaires structurés et (2) parfois et non systématiquement, sur un certain feedback des enseignant(e)s, parfois par questionnaire, parfois simplement par le biais des propos rapportés par les parents. Le médecin se base donc souvent sur l'unique perception des parents de différents symptômes et manifestations. Le médecin ne constate pas le TDAH chez l'enfant, il doit l'inférer en se basant sur ce qu'on lui dit. Il ne dispose d'aucun test à administrer à l'enfant, et souvent, d'aucune donnée tirée du patient lui-même. Il se base donc sur des symptômes rapportés par une tierce personne, symptômes qui nous l'avons vu, sont non-spécifiques au TDAH. Rappelons également que ces symptômes sont rapportés par des parents (et parfois des

enseignants) surexposés au TDAH dans les médias, et donc biaisés envers ce trouble pour expliquer les comportements et difficultés de leur enfant.

Le médecin dispose également d'un temps limité pour poser son diagnostic et décider d'un traitement. On parle ici en minutes, rarement en heures.

En recherche de solution, le médecin ne dispose que d'une seule catégorie de traitement dont il est dispensateur, et ce pour l'ensemble des difficultés comportementales et scolaires de l'enfant : la médication adressée au TDAH (les psycho-stimulants, le Strattera et l'Intuniv). Bien qu'il existe également des régulateurs de l'humeur pouvant par exemple soulager l'anxiété, ceux-ci ne sont que très très très rarement prescrits chez les enfants, tout comme dans la première moitié de l'adolescence. Aucun médicament n'existe pour traiter la dyslexie, les troubles d'acquisition du langage ou l'immaturation par exemple. Il peut donc être très tentant d'essayer un outil qui fonctionne (la médication adressée au TDAH) et de «voir si ça fonctionne».

Le médecin ne dispose que de très peu d'outils pour effectuer un diagnostic différentiel. Les symptômes (non-spécifiques) du TDAH ne seraient-ils pas mieux expliqués par un trouble d'apprentissage chez cet enfant? Par une perturbation émotionnelle importante? Par une limitation du langage qui fait que l'enfant ne comprend pas ce qui est expliqué en classe?

Ainsi, n'ayant que peu de temps à consacrer à chaque enfant; n'ayant que peu d'outils pour le diagnostic différentiel entre le TDAH et les autres troubles; ne disposant d'aucune façon de tester objectivement l'attention de l'enfant; et se basant sur des données subjectives provenant de parents biaisés par une sur-médiatisation, parents qui rapportent des symptômes non-spécifiques... Le médecin m'apparaît se retrouver dans une posture bien complexe pour poser à lui seul un diagnostic fiable.

2) Le rôle des psychologues scolaires dans le sur-diagnostic du TDAH

Les psychologues scolaires travaillant auprès d'enfants dans les écoles font certes un travail remarquable considérant l'importante charge de travail et les faibles ressources qui leur sont imparties.

Le/la psychologue scolaire effectue souvent des évaluations visant à se prononcer sur la présence d'un TDAH chez l'enfant. Ces évaluations déjà sont plus longues que celles effectuées dans le bureau du médecin et leur durée se compte en heures. Typiquement elles consistent en une évaluation intellectuelle, ainsi qu'une évaluation des fonctions attentionnelles de l'enfant à l'aide de tests

objectifs. Ces évaluations incluent souvent un questionnaire administré à distance aux parents et à l'enseignant(e) de l'enfant.

Par contre les évaluations en contexte scolaire couvrent rarement une évaluation de possibles troubles d'apprentissage chez l'enfant. Une dyslexie par exemple pourrait très bien expliquer l'absence de motivation, le désintérêt et l'absence d'attention d'un enfant en classe. Le langage n'est typiquement pas une fonction évaluée en psychologie scolaire, alors qu'une dysphasie réceptive explique également très bien le fait qu'un enfant ne comprenne pas les explications en classe et paraisse ainsi inattentif. Enfin, il est surprenant (et frustrant) de constater que trop souvent, les évaluations en psychologie scolaire négligent les aspects psycho-affectifs de l'enfant, soit l'anxiété, l'estime de soi, l'humeur, les traits de personnalité et les habiletés sociales. Ces aspects m'apparaissent centraux à la compréhension de l'enfant et de son fonctionnement.

Un problème qui m'apparaît majeur en ce qui concerne les évaluations en psychologie scolaire est l'absence de consultation des parents. Puisque l'évaluation a lieu en milieu scolaire, l'enfant est sorti de sa classe un beau jour et va faire son évaluation au bureau du/de la psychologue. Les parents n'en sont souvent que vaguement ou pas informés. Ils ne sont pas rencontrés par le/la psychologue et ne peuvent donc pas informer le/la professionnel/le sur le contexte familial, le sommeil de l'enfant, son état de santé général, et sur son histoire de développement. On passe ici à côté d'informations essentielles à un bon diagnostic, informations qui pourraient mettre en contexte certains symptômes d'agitation ou d'inattention et les expliquer mieux qu'un TDAH.

3) Le rôle des neuropsychologues dans le sur-diagnostic du TDAH

Les neuropsychologues, et j'en suis, font certes l'évaluation la plus complète et détaillée de l'enfant qui présente des difficultés familiales, comportementales, académiques ou sociales. La durée de l'évaluation neuropsychologique se compte également en heures (environ 6 heures) et couvre normalement l'ensemble des aspects de la cognition et des aspects psycho-affectifs.

Dans les faits, les neuropsychologues doivent également regarder leur rôle dans le sur-diagnostic du TDAH. Je constate souvent chez mes collègues une certaine peur à se mouiller dans l'évaluation des aspects psycho-affectifs de l'enfant. Les neuropsychologues aiment se replier sur des tests qui offrent des données objectives sur la cognition de l'enfant, mais sentent une certaine insécurité à se prononcer sur des éléments plus subjectifs comme l'estime de soi, l'humeur, et le vécu émotif de façon générale, des enfants. Ils peuvent ainsi passer à côté d'un trouble anxieux ou de traits de personnalité qui expliquent bien les symptômes perçus d'agitation ou d'inattention chez l'enfant.

Une autre sphère que les neuropsychologues hésitent à évaluer et sur laquelle ils se sentent mal à l'aise de se prononcer est la sphère du langage oral. Tel qu'expliqué plus haut, un trouble de langage réceptif (dysphasie) peut très bien imiter l'ensemble des symptômes d'inattention et le fait de ne pas considérer cet aspect de la cognition amène certainement de faux diagnostics de TDAH.

Enfin, plusieurs diagnostics de TDAH effectués par les neuropsychologues se font en pratique privée. Ce contexte met une certaine pression sur le professionnel, pression qu'il ne faut pas négliger. Le client payeur (souvent le parent), débourse de gros montants pour une évaluation neuropsychologique (entre 1500\$ et 2500\$). Certains parents arrivent à cette évaluation convaincus que leur enfant a un TDAH, avant même que l'évaluation ne débute. D'autres viennent expressément chercher ce diagnostic afin de pouvoir ensuite obtenir une médication pour leur jeune. Si le neuropsychologue doit annoncer à ces parents que leur enfant, en fait, ne présente pas de TDAH, il est possible qu'il soit confronté à des parents déçus ou fâchés qui auront l'impression d'avoir déboursé ce montant pour rien. Certains parents posent une pression au neuropsychologue en lui disant qu'il/elle n'est pas compétent(e) et menacent parfois même de signalement à l'Ordre des Psychologues du Québec. Il faut de fortes convictions et un sentiment de professionnalisme fort pour résister à ces pressions et éviter de modifier son rapport pour «satisfaire» les parents.

L'absence de réévaluation

La première grande méta-analyse sur la prévalence du TDAH à travers le monde, publiée en 2007 (Polanczyk et al.) démontrait que le taux de prévalence mondiale du TDAH chez les enfants était autour de 6 %, alors qu'il chutait autour de 3 % chez les adolescents. Une autre méta-analyse produite en 2009 montre un taux de prévalence de 2,5 % de TDAH chez les adultes^{iv} ce qui, encore une fois, correspond plus ou moins à la moitié du taux établi pour les enfants. On conviendra que les adultes et les adolescents ont déjà été des enfants! C'est donc dire que la moitié des enfants ayant un TDAH ne seraient plus symptomatiques à l'adolescence ou à l'âge adulte. C'est également ce que suggère une revue des études qui ont suivi les symptômes d'enfants ayant un TDAH jusqu'à l'âge adulte : on constate une rémission à l'âge adulte chez 40 à 60 % de ceux qui avaient reçu un diagnostic de TDAH dans l'enfance^v.

C'est bien de démontrer qu'il y a moins d'adultes que d'enfants atteints du TDAH. Mais le TDAH disparaît-il vraiment chez certains adolescents et adultes? N'est-il pas plus juste de penser que les adultes se seraient plutôt simplement adaptés à leur condition, en mettant en place des trucs et des stratégies pour ne plus être affectés par leurs symptômes au quotidien?

Pour réellement démontrer une « guérison » du TDAH, il faudrait pouvoir démontrer que des anomalies présentes dans le cerveau des enfants qui ont un TDAH, disparaissent chez les adultes qui n'en ont plus, mais restent présentes chez ceux qui conservent le trouble.

C'est exactement ce que Philip Shaw et son équipe ont réussi à faire^{vi}. En utilisant l'imagerie par résonance magnétique, ils ont mesuré l'épaisseur du cortex du cerveau chez un groupe d'enfants atteints du TDAH et chez un autre groupe d'enfants sans TDAH. Ils ont d'abord démontré que le groupe d'enfants ayant un TDAH, le cortex était plus mince (et comportait donc moins de connexions neuronales), principalement dans les régions préfrontales du cerveau, responsables de l'attention et de l'inhibition.

Shaw et son équipe ont suivi ces mêmes enfants jusqu'à l'âge adulte. Dans leur échantillon d'enfants atteints du TDAH, 60 % d'entre eux ne présentaient plus de symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité une fois devenus adultes. Comme s'ils étaient guéris! Mais ce qui est le plus impressionnant des résultats de cette étude, c'est que, seulement pour ce groupe d'adultes « guéris », l'épaisseur du cortex préfrontal avait rejoint l'épaisseur des adultes du groupe contrôle, soit ceux qui n'avaient pas de TDAH dans l'enfance! Il n'y avait donc plus de différence entre les deux groupes sur le plan neuronal. Par ailleurs, pour les adultes qui présentaient toujours des symptômes de TDAH, l'épaisseur corticale était toujours inférieure à celle des adultes appartenant au groupe contrôle.

C'est donc dire que chez les adultes qui ne présentent plus de symptômes, la disparition des symptômes est explicable par une normalisation des structures du cerveau responsables de l'attention et du contrôle, suggérant que le TDAH est attribuable à un délai de maturation de certaines parties du cerveau. Chez environ la moitié des jeunes atteints d'un TDAH, ces parties du cerveau sont simplement plus lentes à se développer, mais elles atteignent éventuellement la maturité, comme pour les enfants sans TDAH. Ou autrement dit, le cerveau affecté par un TDAH atteint la même maturation que le cerveau sans TDAH, mais cela lui prend plus de temps.

Or puisqu'on sait maintenant que plus ou moins 50% des enfants ayant un TDAH en «guériront» simplement par la maturation de leur cerveau, **cela implique qu'il faut IMPÉRATIVEMENT réévaluer périodiquement le TDAH chez un enfant diagnostiqué en bas âge!**

La méconnaissance au Québec du fait que le TDAH peut être en rémission par la maturation du cerveau entraîne le problème que plusieurs jeunes conservent leur diagnostic (et leur médication) pendant des années, alors que dans certain cas, le trouble n'est plus d'actualité, et la médication n'est plus nécessaire.

La méconnaissance des troubles qui imitent le TDAH

Plusieurs troubles, ou conditions jouent les imposteurs du TDAH. Ils imitent très bien le TDAH sans en être un. Il y a, j'ai l'impression, méconnaissance de ces différents troubles dans la population générale, mais également chez les professionnels de la santé et de l'éducation. Voici une liste non exhaustive de troubles ou conditions pouvant jouer les imposteurs et ressembler tout à fait au TDAH :

- 1) L'immatunité
- 2) L'anxiété et les perturbations psycho-affectives
- 3) La dysphasie réceptive
- 4) Les troubles d'apprentissage (dyslexie, dysorthographe...)
- 5) Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)
- 6) Le Syndrome de Gilles-de-la-Tourette (SGT)
- 7) Le Trouble d'Opposition et Provocation (TOP)
- 8) La douance intellectuelle
- 9) Le manque de sommeil, incluant les troubles du sommeil

J'insiste donc sur l'importance non pas seulement du diagnostic de TDAH, mais du diagnostic différentiel qui permet une investigation de toutes les causes possibles des symptômes non-spécifiques perçus et rapportés. Une évaluation longue, complète et exhaustive m'apparaît nécessaire afin d'éviter les faux diagnostics.

Une certaine banalisation du diagnostic de TDAH

Je termine cette section par une réflexion sur l'image véhiculée maintenant du TDAH. De plus en plus on véhicule l'idée qu'il s'agit en fait non plus d'un trouble, mais d'une différence. Que ces enfants en fait ont un ensemble de forces qui sont simplement différentes de celles requises par notre moule de société. Le TDAH est maintenant véhiculé comme une belle différence individuelle qu'il faudrait accueillir et célébrer.

Je ne suis pas de cet avis. Les jeunes correspondant à cette description, justement, n'ont selon moi, pas de TDAH. Avoir des forces différentes c'est très bien. Le TDAH ce n'est pas cela, c'est un trouble.

Un trouble c'est un handicap. Quelque chose qui nous empêche de progresser dans plusieurs sphères de notre vie. Les parents de vrais enfants TDAH vous le diront, ce n'est pas une simple différence ou une force à accueillir et célébrer. C'est difficile. Vraiment difficile. Les enfants qui traversent leur scolarité et qui tentent leur intégration auprès de leurs pairs avec un vrai TDAH vous le diront également. Il y a une réelle détresse aux vrais TDAH parce qu'il s'agit d'un trouble.

J'ai également l'impression qu'on a perdu la notion de faiblesse dans le cas des capacités d'attention et d'auto-contrôle. Vous savez certains enfants sont moins bons en maths alors qu'ils sont meilleurs en français. Cela apparaît tout à fait normal. Nous avons des forces, nous avons également des faiblesses. Certains enfants excellent en sports, mais peinent en arts, alors que pour d'autres c'est l'inverse. Il n'y a pas de trouble ici, que de la normalité. Alors pourquoi est-ce qu'un enfant qui serait moins bon pour porter attention ne pourrait pas simplement être plus faible dans cette capacité de son cerveau? Et ici on parlerait effectivement simplement de variabilité entre les enfants où chacun a ses forces et ses faiblesses. J'adhère personnellement à l'idée que, comme pour toute autre fonction du cerveau, l'attention peut être un peu plus faible chez un enfant par rapport à un autre, et qu'il ne s'agit pas là d'un trouble.

Cela laisse donc le diagnostic de TDAH uniquement aux enfants pour qui il s'agit réellement d'un handicap, ayant un impact fonctionnel significatif sur l'ensemble (ou une partie importante) de leur vie. Il s'agit alors réellement d'un TROUBLE et non pas d'une faiblesse ou d'une différence entre les individus.

J'ai l'impression que si on s'en tenait avec rigueur à cette définition du TDAH, le diagnostic serait beaucoup moins inclusif, et on s'approcherait davantage du taux de prévalence universel de 5 à 7 %.

Références

-
- ⁱ Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., & Rhode, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD : A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- ⁱⁱ Willcutt, E.G. (2012) The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder : A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.
- ⁱⁱⁱ Thomas, R., Sanders, S., Doust, J. Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder : A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001.
- ^{iv} Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211.
- ^v Faraone, S.V., Biederman, J. & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159–165.
- ^{vi} Shaw, P., Malek, M., Watson, B., Greenstein, D., de Rossi, P., & Sharp, W. (2013). Trajectories of cerebral cortical development in childhood and adolescence and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 74(8), 599-606.