

**Mandat d’initiative sur l’augmentation préoccupante de la
consommation de psychostimulants chez les enfants et les jeunes en lien
avec le trouble du déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité
(TDAH)**

Mémoire présenté par

Marie-Christine Brault, Ph.D.

Cotitulaire de la Chaire VISAJ

Professeure au Département des sciences humaines et sociales,
Université du Québec à Chicoutimi



**6 novembre 2019
Québec**

Table des matières

Biographie.....	3
Remerciements.....	4
Mise en contexte.....	5
Quel est le problème ?	6
Surdiagnostic, faux-positif et mauvais diagnostic de TDAH	6
Augmentation de la prévalence du TDAH	7
Inégalités territoriales dans la prévalence du TDAH	8
Probabilité accrue de diagnostic de TDAH et de consommation de médicaments chez les plus jeunes de la classe	8
Projet de recherche TDAH et consommation de psychostimulants : comparaisons d'écoles québécoises et flamandes	10
Participants et collecte de données	10
Constats tirés des réponses aux questionnaires	11
Comment expliquer les différences de prévalence entre le Québec et la Flandre?	11
Effet du mois de naissance – données québécoises	12
Constats tirés des entretiens individuels et de groupe.....	12
Premier constat : Médicalisation des difficultés scolaires	12
Deuxième constat : enseignantes et TDAH	13
Troisième constat : tâche, conditions de travail et rythme scolaire	14
Quatrième constat : contrer le retard scolaire.....	14
Cinquième constat : un problème qui ne relève pas uniquement de la santé	15
Sixième constat : participation des enseignantes à diverses étapes du processus diagnostique.....	16
Pistes d'action.....	17
Conclusion	17
Références.....	19
Annexe 1 – Qu'est-ce que le TDAH.....	20

Biographie

Marie-Christine Brault, PhD sociologie, est professeure agrégée au Département des sciences humaines et sociales de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) et cotitulaire de la Chaire de recherche sur les conditions de vie, la santé, l'adaptation et les aspirations des jeunes (VISAJ). Elle est également affiliée au Centre intersectoriel en santé durable et au Groupe de recherche sur les environnements scolaires et à l'Institut Universitaire Jeunes en Difficulté. Ses intérêts de recherche portent sur la médicalisation, les inégalités et les déterminants sociaux de la santé mentale chez les jeunes.

Après des études de premier cycle en psychologie, M.-C. Brault a poursuivi ses études supérieures en sociologie, où elle s'est spécialisée en sociologie de l'éducation, de la santé mentale et de la jeunesse. Elle étudie le diagnostic du Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), principalement les inégalités de prévalence et les aspects sociaux associés au trouble. Elle mène actuellement un projet de recherche intitulé *Étude détaillée des facteurs de l'environnement scolaire dans l'identification et l'étiquetage des élèves sous la catégorie Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH): comparaisons d'écoles québécoises et flamandes*. L'objectif est de comprendre comment les élèves du primaire sont identifiés par les enseignants comme manifestants des comportements d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité et par la suite, comment le milieu scolaire les étiquette dans la catégorie « TDAH ». Le volet A, mené dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, a été financé par le Fonds de recherche québécois sur la société et la culture (FRQSC). Le volet B, financé par le fond Développement savoir du Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH), implique une collaboration internationale avec des chercheurs belges de l'Université de Gand. La collecte de données est terminée, les analyses sont en cours et les nouvelles publications suivront bientôt.

Ses publications sur le thème du TDAH incluent:

- Brault, M.-C. (2019). Complexe TDAH. *Le Quotidien*, 9 juin 2019.
- Brault, M.-C. (2018). Diagnostic de Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : Pistes de réflexion au sujet des inégalités de prévalence entre établissements scolaires. *La nouvelle revue – Éducation et société inclusives*, 83-84 : 99-111.
- Brault, M. C., & Lacourse, É. (2012). Prevalence of prescribed Attention-Deficit Hyperactivity Disorder medications and diagnosis among Canadian preschoolers and school-age children: 1994-2007. *Can. J. Psychiatry*, 57(2), 93-101.
- Brault, M.-C. (2012). *Accroissement de la prévalence du TDA/H, de la consommation de psychostimulants et des symptômes dépressifs : l'importance du contexte social évaluée à partir des effets d'âge, de période et de cohorte*. Thèse de doctorat, Département de sociologie, Université de Montréal, 168 p.
- Brault, M.-C. (2007). *La conceptualisation et la mesure de l'inattention et de l'hyperactivité*, Examen Général de Synthèse, Université de Montréal, 35p.
- Brault, M.-C. (2007). *L'accroissement du recours au médicament psychotrope : le cas du Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité*. Examen Général de Synthèse, Université de Montréal, 28p.
- Brault, M.-C. (2007). Liens entre le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité et la réussite scolaire, Examen Général de Synthèse, Université de Montréal, 37 p.

Remerciements

Marie-Claude Clouston

Agente de planification, programmation et recherche
Direction de santé publique
Service surveillance de l'état de santé de la population
Saguenay-Lac-Saint-Jean

Emma Degroote

Candidate au doctorat en sociologie
Université de Gand, Belgique

Bonjour,

Je tiens à remercier sincèrement la Commission santé et service sociaux de m'avoir invitée à présenter mon point de vue sur le problème de l'augmentation de la consommation de psychostimulants pour le TDAH. Le mémoire que je vous partage vise trois points:

- 1) D'abord à présenter le problème tel que je le conçois;
- 2) Ensuite à présenter certains constats, tirés d'une étude que je mène sur le TDAH, qui pourront fournir quelques pistes d'explication au problème.
- 3) Finalement, à proposer des éléments à tenir en compte pour rétablir la situation.

Mise en contexte

Selon un rapport de l'INESSS publié en 2017, le Québec est LA province canadienne avec la prévalence la plus élevée de consommation de médicaments pour le TDAH au Canada chez les 6 à 25 ans (voir tableau ci-dessous). Ces résultats ont fait grandement réagir, d'autant plus que leur publication s'est inscrite dans un moment où plusieurs autres rapports chiffrant la prévalence du TDAH ont été publiés. Pensons par exemple aux résultats de l'Enquête sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) indiquant que 23% des jeunes québécois de 12 à 17 rapportent avoir reçu un diagnostic de TDAH par les professionnels de la santé (Traoré et collègues, 2018), ou encore aux données de l'INSPQ qui rapportent que la prévalence du diagnostic traité a augmenté au Québec (INSPQ, 2019). C'est en réaction à cette situation que les pédiatres ont publié des lettres ouvertes dans les journaux québécois.

Prévalence	Québec	Canada (sans Qc)
Globale	6.44 %	2.39 %
Garçons	8.28 %	3.30 %
Filles	4.58 %	1.44 %
6-9 ans	3.98 %	1.71 %
10-12 ans	13.97 %	5.08%

INESSS, 2017, page 5-8



45 pédiatres sonnent l'alarme contre le Ritalin

Ils dénoncent la surmédication

DAPHNÉE DION-VIENS
Jeudi, 31 janvier 2019 00:00
MISE À JOUR Jeudi, 31 janvier 2019 00:00

Près d'une cinquantaine de médecins ont des symptômes s'apparentant au trouble du Québec, où la consommation de psychostimulants pour le TDAH est en hausse.

TDAH et médicaments: sommes nous allés trop loin?

Jeudi, 31 janvier 2019 00:00
MISE À JOUR Jeudi, 31 janvier 2019 00:00

Les dernières études disponibles ont montré une consommation des médicaments en hausse. On pourrait dire la même chose de l'incidence des symptômes, pédiatres et autres professionnels de la santé, médecins prescripteurs (médecins de famille, psychologues ayant à évaluer ces enfants) retournent trop facilement vers une pilule.

Surconsommation de Ritalin: le cri du cœur des pédiatres prend de l'ampleur

DAPHNÉE DION-VIENS
Lundi, 29 avril 2019 00:00
MISE À JOUR Lundi, 29 avril 2019 00:00

Le cri du cœur lancé par une soixantaine de pédiatres préoccupés par la surconsommation de Ritalin chez les enfants québécois est maintenant partagé par plus de 700 pédiatres.

Quel est le problème ?

Surdiagnostic, faux-positif et mauvais diagnostic de TDAH

Le problème nommé par les pédiatres et auquel réfère le titre du présent mandat d'initiative est l'augmentation de la consommation de psychostimulants associés au diagnostic de TDAH. Cette consommation accrue de médicaments par les enfants et les jeunes québécois est effectivement un problème, toutefois, ce n'est à mon avis que la pointe de l'iceberg. **Le vrai problème est plutôt l'accroissement du nombre d'enfants et de jeunes qui reçoivent un diagnostic de TDAH: pour de mauvaises raisons.** Ce sont des jeunes qui reçoivent le diagnostic mais qui ne devraient pas le recevoir, cela pour une multitude de raisons: parce qu'ils ont un autre trouble qui prendra plus de temps à être identifié, parce qu'ils vivent des épreuves individuelles qui se traduisent par des comportements ressemblant aux symptômes du TDAH, parce que leur niveau de maturité n'est pas au même niveau que celui des autres enfants, parce qu'ils ne cadrent pas dans les normes sociales attendues, etc. Le problème réfère donc à la fois l'idée de surdiagnostic, de faux-positif et de mauvais diagnostic. Je précise d'abord ce que j'entends par ces termes et offrirai ensuite des constats liés au TDAH.

De manière générale, j'utilise la définition de Brodersen et al. (2018:1) :

« overdiagnosis means making people patients unnecessarily, by identifying problems that were never going to cause harm or by medicalising ordinary life experiences through expanded definitions of diseases. » [traduction personnelle: le surdiagnostic implique de transformer des individus en patients sans aucune nécessité, en identifiant des problèmes qui ne causeront jamais de dommage, ou en médicalisant des expériences de vie ordinaire suite à l'expansion des catégories diagnostiques].

Toujours selon Brodersen et al. (2018), le surdiagnostic se distingue :

- a) du concept de faux-positif, qui implique qu'une anomalie que l'on avait identifié comme une maladie s'avère n'être rien d'autre qu'une anomalie, voire une différence;
- b) du concept de faux diagnostic, qui stipule que le diagnostic posé est complètement erroné et qu'un autre diagnostic reflète mieux le problème.

Le surdiagnostic de TDAH est une question très débattue dans la communauté scientifique, car plusieurs chercheurs affirment qu'au contraire, des jeunes sont sous-diagnostiqués et sous-traités. À mon avis, il s'agit d'un faux débat, car le sur- et le sous-diagnostic peuvent exister de manière simultanée, tant qu'ils se distinguent sur le plan des sous-populations ciblées.

La médication, et le diagnostic, liés au TDAH peuvent assurément avoir des répercussions positives quand ils sont appropriés. Toutefois, plusieurs signes laissent penser que nous sommes en présence de surdiagnostic qui a des coûts sociaux très importants. Une étude américaine a estimé entre 320 et 500 millions US\$ les coûts de l'utilisation inappropriée de psychostimulants dans le cas d'un mauvais diagnostic de TDAH (Elder, 2010). Par ailleurs, sur le plan individuel, un faux diagnostic de TDAH peut mener à une consommation non nécessaire de médicaments, ainsi qu'à des effets secondaires (retards de croissance, perte d'appétit, trouble de sommeil), à une stigmatisation associée à une perte d'estime de soi, à des attentes plus faibles de la part des enseignants et à des expériences et des parcours scolaires moins positifs (Thomas et al. 2013). Ces conséquences ont des répercussions à long terme pour les jeunes et affectent autant leur cheminement personnel et professionnel, que relationnel (Thomas et al., 2013).

Il est difficile d'évaluer le nombre de faux-diagnostic et de surdiagnostics qui sont associés au TDAH, car poser le diagnostic de TDAH reste un processus subjectif. La tâche est d'autant plus complexe qu'il n'y a ni test sanguin, ni test biologique qui confirme le diagnostic de TDAH, ce qui ouvre davantage la porte aux mauvais diagnostics. On doit plutôt recourir à une évaluation clinique des comportements et des conséquences qu'ils ont (concept de

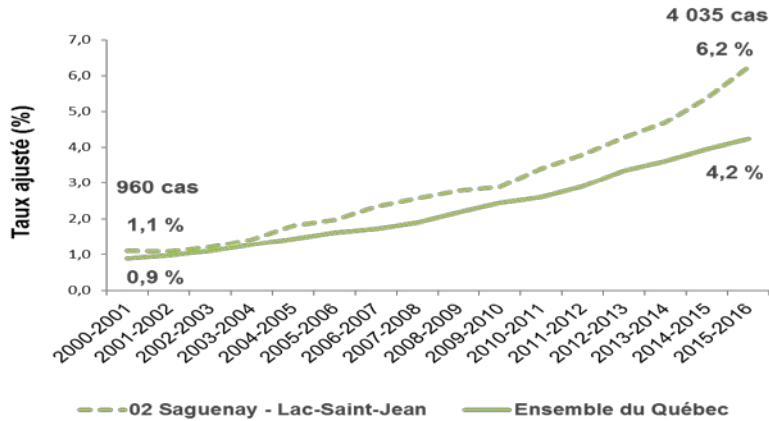
gène fonctionnelle). Les comportements d'hyperactivité, d'impulsivité et d'inattention sont communs chez les enfants, mais leur intensité et leur fréquence sont variables. À prime abord, la présence de ces comportements chez les enfants n'est pas pathologique : même chez ceux qui démontrent une activité plus forte que la moyenne, il ne s'agit que de différences individuelles. **D'un point de vue sociologique, c'est le contexte social et normatif qui transforme ces comportements en maladie et qui les désigne sous un registre de diagnostic pathologique** (Conrad et Schneider, 1992). Le processus menant au diagnostic implique, dans le cas du TDAH, des normes sociales qu'il nous faut comprendre : qu'est-ce qui est de l'hyperactivité/inattention normale? De l'hyperactivité/inattention pathologique? Les enfants qui transgressent ces normes ont-ils des caractéristiques particulières? Il semble que oui, puisque ce sont principalement les garçons et les jeunes issus de milieux défavorisés qui sont identifiés TDAH. Qui juge la transgression comme déviante, pathologique? Dans quel contexte? Comment s'effectue le processus? Le processus menant au diagnostic de TDAH est complexe, mais fait toujours appel au jugement d'un adulte (ou d'un groupe d'adultes) à l'égard d'un enfant. Ces adultes, qu'ils soient un parent, un enseignant, un éducateur, un intervenant, peu importe, identifient des comportements qui posent problèmes, puis y apposent l'étiquette (hyperactif, inattentif, TDAH, etc.), qui devient un diagnostic lorsqu'il est validé officiellement par un professionnel de la santé (médecin, psychologue, neuropsychologue).

Certains éléments permettent néanmoins de faire l'hypothèse d'un nombre trop élevé de diagnostic chez certaines sous-populations: d'abord, l'accroissement constant de la prévalence, ainsi que les distributions inégales du diagnostic de TDAH entre territoires ou au sein d'un même territoire; ensuite, les inégalités sur la base du mois de naissance de l'enfant.

Augmentation de la prévalence du TDAH

La prévalence mondiale du diagnostic de TDAH est réputée se situer entre 3 et 5% (Polanczyk et al. 2007; 2015). Au Canada, des études montrent que la prévalence du diagnostic de TDAH et de la consommation de médicaments pour le TDAH a augmenté depuis 1994, mais sous certaines conditions. Brault et Lacourse (2012) ont montré que la prévalence du diagnostic et de la consommation de médicaments pour le TDAH était faible entre 1994 et 2007 au Canada (< 3%), mais plus élevée pour les garçons (4%) et les enfants d'âge scolaire (5%). Chez les enfants d'âge préscolaire, la prévalence tant de la consommation de médicaments pour le TDAH, que du diagnostic de TDAH est restée stable entre 1994 et 2007, alors qu'elle a presque doublé chez ceux d'âge scolaire. Bien que la prévalence des garçons soit plus élevée que celle des filles, l'évolution de la prévalence s'est particulièrement accrue chez elles. Plus récemment, Vasiliadis et ses collègues (2017) ont montré que la prévalence du diagnostic de TDAH avait augmenté entre 1999 et 2012 dans toutes les provinces étudiées (Manitoba, Ontario, Québec et Nouvelle-Écosse). Par contre, le rythme de cet accroissement, ainsi que l'accroissement du nombre de nouveaux diagnostics (incidence) étaient variable d'une province à l'autre. La prévalence des garçons était 3 fois celle des filles et un plus grand nombre de diagnostics s'observait chez les enfants âgés de 10 à 14 ans. Au Québec, des données produites par la santé publique à l'aide des données administratives (SISMACQ) montrent bien que la prévalence annuelle du TDAH traité a augmenté au cours des dernières années, passant de moins de 1% en 2000 à 4.2% en 2016. Pour la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, qui se classe parmi les régions québécoises ayant les plus hauts taux de diagnostics de TDAH, on constate que la prévalence s'accroît davantage que la moyenne québécoise et que l'écart se creuse d'année en année.

Prévalence annuelle ajustée (%) de TDA/H traité chez les personnes âgées de 1 à 24 ans

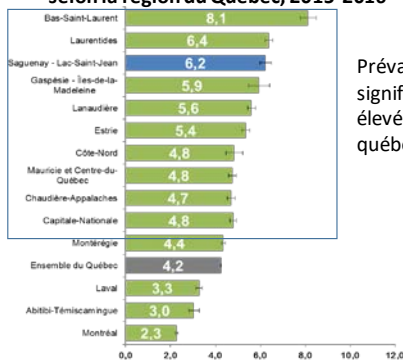


Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec.

Inégalités territoriales dans la prévalence du TDAH

La prévalence du diagnostic de TDAH n'est pas distribuée également d'un territoire à l'autre. Aux États-Unis notamment, les états du Sud ont une prévalence beaucoup plus élevée que les états de la Côte Ouest (Cox et al., 2003). La situation n'est pas différente au Canada (voir par exemple l'étude de Vasiliadis et collègues, 2017, discuté à la page précédente), ni au Québec. Des chiffres compilés par l'Institut national de santé publique démontrent d'abord que la région de Montréal (2,3%) a une prévalence significativement moins élevée que la moyenne québécoise (4,2%) et qu'elle se distingue de toutes les autres régions québécoises. Une raison pouvant expliquer cette différence est la présence plus importante de minorités linguistiques et ethniques dans la région de Montréal, comparativement au reste du Québec, populations qui sont moins diagnostiquées (Morgan et al. 2013). La majorité des régions montrent une prévalence significativement plus élevée que la moyenne québécoise. Le tableau de droite montre qu'à l'intérieur d'un même territoire, p.ex. le Saguenay-Lac-Saint-Jean, il existe de grandes disparités de prévalence. Les raisons de ces différences territoriales sont encore méconnues, toutefois certaines raisons sont soulevées, telles qu'un accès différencié aux services de santé associés au TDAH, une offre particulière de services de santé associés au TDAH ou encore des services psychosociaux en milieux scolaires qui peuvent avoir des répercussions au niveau territorial.

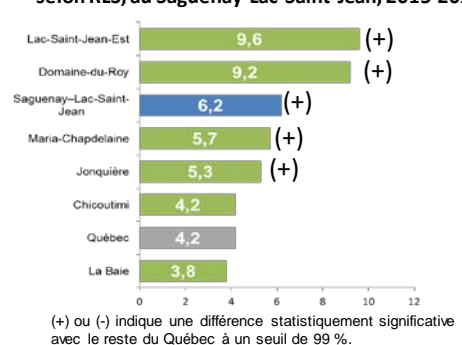
Prévalence annuelle ajustée (%) de TDA/H traité chez les personnes âgées de 1 à 24 ans selon la région du Québec, 2015-2016



Prévalence significativement plus élevée que la moyenne québécoise

Source : Institut national de santé publique du Québec, Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec.

Prévalence annuelle ajustée (%) de TDA/H traité chez les personnes âgées de 1 à 24 ans selon RLS, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2015-2016



(+) ou (-) indique une différence statistiquement significative avec le reste du Québec à un seuil de 99 %.

Probabilité accrue de diagnostic de TDAH et de consommation de médicaments chez les plus jeunes de la classe

Plusieurs études démontrent un même fait: les plus jeunes de la classe (ceux nés de 1 à 3 mois avant la date butoir de début de scolarité) ont un risque accru d'obtenir le diagnostic de TDAH comparé à leurs collègues plus vieux

(nés 1 à 3 mois après la date butoir). Ces résultats s'observent dans plusieurs régions du monde, notamment en Amérique du Nord, en Europe, au Proche-Orient, en Asie et en Australie (Chen, 2016; Whitely, 2019; Elder, 2010; Morrow, 2012; Chen, 2015; Evans, 2010; Layton, 2018; Halldner, 2014 ;Librero, 2015; Zoega, 2012 ; Schwandt, 2016; Sayal, 2017; Bonati, 2018; Hoshen, 2016). Seule une étude danoise ne trouve pas d'effet, mais cela peut s'expliquer par les pratiques parentales et scolaires qui retardent l'entrée à l'école des élèves qui sont les plus jeunes et jugés immatures (pratique nommée « redshirting » en anglais ») (Pottergard et al., 2014).

Le Canada et le Québec ne font pas figure d'exception. Une étude publiée en 2012 (Morrow et collègues) et menée en Colombie-Britannique montre que les plus jeunes de la classe (nés en décembre) comparés aux plus vieux (nés en janvier) ont une probabilité plus élevée d'avoir un diagnostic de TDAH et de consommer des médicaments associés. Comparés aux plus vieux de la classe:

- Les garçons plus jeunes avaient 30% plus de risques de diagnostic de TDAH et 41% plus de risques de consommer du Ritalin
- Chez les filles plus jeunes, elles avaient 70% plus de risque d'avoir un diagnostic et 77% plus de consommer du Ritalin

Ces inégalités sur la base du mois de naissance de l'enfant soulèvent des questions intéressantes qui valent la peine d'être explorées davantage dans le futur. Il faudrait à tout le moins comprendre l'effet de l'âge relatif et déterminer si on diagnostique et médicamente l'immaturité développementale des enfants, ou si plutôt, les enfants les plus jeunes subissent plus de pression à cause de leur immaturité ce qui fait en sorte que les comportements d'hyperactivité et d'inattention ressortent plus. Plusieurs soulèveront aussi la question du sous-diagnostic des enfants plus vieux (Morrow et al. 2012). Bref, ce phénomène de l'âge relatif est très important et il a notamment été discuté par le Conseil supérieur de l'éducation (2017, p.20). Bien que leurs recommandations aient été émises pour un phénomène différent du TDAH, le contexte est similaire et les recommandations s'avèrent néanmoins pertinentes au sujet qui nous intéresse ici:

Le dépistage précoce peut parfois poser problème quand on sait que la maturité des enfants est inégale d'un individu à l'autre et qu'elle peut se manifester de façon non linéaire. Plus l'enfant est jeune, plus les écarts sont visibles. Le MELS le soulignait dans son projet de programme pour l'éducation préscolaire des 4 ans :

Si tous les enfants passent par les mêmes étapes de développement, ils le font chacun à leur façon et à leur rythme. Aussi n'est-il pas rare de constater des écarts de six à huit mois dans l'apparition de certaines capacités chez deux enfants différents, ce qui est tout à fait normal. Il peut cependant arriver que ces écarts s'accroissent dans les milieux ciblés par les maternelles 4 ans. (MELS, 2013, p. 12.)

Des enseignantes et des enseignants observent que ces écarts sont également visibles, au moment de l'apprentissage de la lecture, entre les élèves les plus jeunes (nés en septembre) et les plus vieux d'une cohorte (nés en octobre de l'année précédente).

Cela ne veut pas dire qu'il faut renoncer aux interventions préventives, mais bien qu'il importe de se garder de porter des jugements définitifs. Le risque associé au dépistage précoce dans un système qui continue à privilégier une approche médicale est d'accorder plus d'importance à la détection du manque qu'à l'utilisation des forces de l'élève pour l'aider à surmonter les obstacles et à entrer de plain-pied dans la culture scolaire.

Projet de recherche TDAH et consommation de psychostimulants : comparaisons d'écoles québécoises et flamandes

En reconnaissant certains symptômes associés au TDAH et en fournissant des évaluations comportementales aux médecins, l'école et l'enseignant participent activement à l'identification et à l'étiquetage des élèves sous la catégorie TDAH. Pourtant, très peu d'études se sont attardées à ce diagnostic en tant qu'inégalité pouvant être créée par l'école. Par conséquent, le rôle des écoles et des enseignants dans l'accès au diagnostic et à son traitement pharmacologique est encore peu compris (Conrad & Singh, 2018). Une manière de comprendre et d'éventuellement réduire les faux-diagnostic, de même que le surdiagnostic de TDAH est d'étudier le contexte scolaire, d'où semblent émerger des variations de catégorisation entre les établissements et les enseignants. C'est dans ce contexte que je mène un projet de recherche sur ce sujet.



Projet de recherche

Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) et consommation de psychostimulants en milieu scolaire:
Comparaisons d'écoles québécoises et flamandes

Chercheure principale: Marie-Christine Brault

OBJECTIF PRINCIPAL :

- Étudier les facteurs scolaires associés à l'étiquetage des élèves sous la catégorie TDAH et au recours aux traitements pharmacologiques pour le TDAH, et ce, au sein de deux systèmes scolaires distincts (Québec et Flandre).

TROIS OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Évaluer le nombre d'élèves avec un diagnostic de TDAH et consommant des psychostimulants dans les écoles primaires;
- Identifier la manière dont les facteurs de l'environnement scolaire sont liés au TDAH;
- Comprendre les logiques enseignantes concernant l'identification des élèves sous la catégorie TDAH.

Participants et collecte de données

Les données du projet ont été collectées en 2018, à l'aide de questionnaires et d'entretiens individuel et de groupe avec des acteurs du milieu scolaire et de la santé. Il s'agit d'une étude internationale comparative, dont le volet québécois a été financé par le Fond de recherche québécois sur la société et la culture (FRQSC) et le volet comparatif Québec-Flandre par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).

Participants aux questionnaires

35 écoles primaires
17 au Québec et 18 en Flandre
191 enseignantes
130 au Québec, maternelle à 6^e année primaire
61 en Flandre, 1^{ère} à 3^e année primaire
2601 élèves
1797 au Québec, maternelle à 6^e année primaire
804 en Flandre, 1^{ère} à 3^e année primaire

Participants aux entretiens individuels ou de groupe

Au Québec
10 entretiens individuels
5 entretiens de groupe
Participants
Direction scolaire et enseignantes (n=20)
Personnel scolaire (n=4)
Professionnels de la santé (n=5)
En Flandre
5 entretiens de groupe
23 enseignantes

Constats tirés des réponses aux questionnaires

Les résultats aux questionnaires indiquent que les participants québécois ont une prévalence du TDAH et de la consommation de médicaments beaucoup plus élevée que ceux de la Flandre. C'est aussi au Québec que l'on retrouve plus d'enfants suspectés TDAH par les parents et les enseignants, par contre, tant en Flandre qu'au Québec, la suspicion du TDAH est davantage rapportée par les enseignants que par les parents.

- Au Québec, 21% des élèves de l'échantillon ont obtenu un diagnostic de TDAH auprès d'un professionnel de la santé et 19% (près de 90% de ceux ayant reçu un diagnostic) consomment des médicaments associés.
- Chez les 1^{ère} à 3^e année de l'échantillon québécois, 17,5% ont obtenu un diagnostic de TDAH et 16,3% (près de 90% de ceux ayant reçu un diagnostic) consomment des médicaments associés au TDAH, alors qu'en Flandre, ces proportions sont respectivement de 2,5% et 1,2%! À noter que près de 32% des jeunes qui ont reçu un diagnostic de TDAH consomment aussi des médicaments pour le TDAH. La majorité des jeunes belges de l'échantillon consomment donc des médicaments hors indication principale (i.e. sans diagnostic associé).
- Au Québec, les garçons et les jeunes issus de milieux défavorisés sont plus à risque d'avoir un diagnostic de TDAH et de consommer des médicaments; alors qu'en Flandre seuls les garçons ont un risque plus élevé de recevoir un diagnostic, et non pas de médication.
- Parmi les élèves n'ayant pas reçu de diagnostic de TDAH par un professionnel de la santé, plusieurs restent néanmoins suspectés par leurs parents ou par leurs enseignants d'avoir un TDAH.
 - o Au Québec, chez les jeunes de maternelle à la 6^e année : 14,3% des jeunes québécois sont suspectés par les parents et 18,3% par les enseignants
 - o Chez les jeunes de 1^{ère} à 3^e année primaire, 14,5% des jeunes québécois sont suspectés par les parents et 21,5% par les enseignants, alors que cette proportion est respectivement de 3,3% et de 5,2% en Flandre.

Comment expliquer les différences de prévalence entre le Québec et la Flandre?

- Différences dans la composition des échantillons: Au Québec, la collecte de données a été menée au Saguenay-Lac-Saint-Jean, où l'immigration et la présence de minorités culturelles est très faible. En Flandre, nous observons plutôt l'inverse, il y a une forte proportion d'élèves immigrants et issus d'une grande diversité culturelle. Cet effet de composition est reconnu comme un facteur important par des études qui ont démontré que la prévalence du TDAH est plus faible chez les jeunes issus de groupes ethniques minoritaires (Morgan et al. 2013).
- Il existe ensuite des différences entre les deux pays dans la prise en charge médicale du TDAH.
 - o En Flandre, seuls les médecins sont autorisés à diagnostiquer le TDAH et à prescrire des médicaments associés, alors qu'au Québec, en plus des médecins, les psychologues et neuropsychologues sont autorisés à poser un diagnostic de TDAH, sans toutefois pouvoir prescrire un traitement pharmacologique.
 - o En Flandre, les écoles n'accueillent pas de professionnels de la santé (p.ex psychologues). Pour avoir un diagnostic les jeunes doivent donc consulter à l'externe. Au Québec, des psychologues travaillent en milieu scolaire et sont autorisés à faire une évaluation psychologique de l'enfant si les parents acceptent.
- Il existe aussi des différences dans la nature des problèmes jugés importants et valant la peine d'être ciblés. Au Québec par exemple, les enseignantes semblent être d'abord préoccupées par les troubles du comportement, alors qu'en Flandre les enseignantes nomment d'emblée les problèmes d'apprentissage et linguistiques (une forte population issue de l'immigration ne maîtrise pas la langue néerlandaise). Par ailleurs,

l'inclusion scolaire est très investie par les enseignantes qui s'attardent davantage aux troubles d'apprentissage, qu'au TDAH.

- Au niveau des politiques scolaires, le système d'éducation flamand ne met aucunement l'accent sur les diagnostics médicaux. L'inclusion scolaire qui est au cœur de la mission scolaire exige une prise en charge des problèmes par les enseignants, dans le contexte de la classe. Ainsi, les enseignantes mettent l'accent sur les problèmes concrets qu'elles peuvent régler en classe et font tout en leur pouvoir pour trouver des manières d'aider les enfants. Ce n'est que lorsque les enseignantes sont arrivées au bout de leurs ressources et qu'elles prouvent qu'elles ont tout essayé, qu'elles peuvent bénéficier de l'aide du *Center for Student Counseling*. Ce centre évalue les actions prises par les enseignantes et lorsqu'il constate que tout a effectivement été mis en place dans le contexte de la classe, ils parlent alors aux parents et suggèrent un suivi médical pour l'enfant.

Effet du mois de naissance – données québécoises

Les résultats aux questionnaires indiquent que le mois de naissance est également un facteur qui prédit la présence du diagnostic de TDAH et la consommation de psychostimulants, voire même la suspicion de TDAH.

D'abord, l'effet du mois de naissance ne se remarque pas chez les 1 mois plus jeunes (septembre) comparés aux plus vieux (octobre): les deux groupes ont une probabilité comparable d'être diagnostiqué et de consommer des médicaments pour le TDAH. Par contre, il y a une différence significative quand on compare les 3 mois plus jeunes et les 3 mois plus vieux: les premiers ont 1.5 fois plus de risques d'avoir un diagnostic et de consommer des médicaments. Ainsi, les professionnels de la santé semblent faire attention à ne pas méprendre l'immatunité développementale pour des symptômes de TDAH chez les très jeunes élèves, i.e. ceux nés en septembre. Par contre, ils ne semblent pas être au courant que les élèves nés dans les trois mois précédant la date butoir de début de scolarisation ont eux aussi plus de risques que les trois mois plus vieux d'avoir un diagnostic et de consommer des médicaments pour le TDAH.

Mon étude s'est aussi penchée sur la perception des comportements d'hyperactivité et d'inattention et sur la suspicion du TDAH. Il ressort que les parents suspectent de manière équivalente les plus vieux et les plus jeunes. Les enseignants pour leur part suspectent davantage les enfants plus jeunes que les plus vieux (1 mois = 3.75 fois plus de risques; 3 mois = 2.4 fois plus de risques) et ils ont également tendance à percevoir de plus haut niveaux de comportements d'hyperactivité et d'inattention chez les plus jeunes. Sachant que les perceptions des enseignants et leur suspicion du TDAH chez les élèves peuvent jouer un rôle dans le processus diagnostique, il est intéressant de constater que les professionnels de la santé au Québec font attention de ne pas confondre l'immatunité développementale et symptômes de TDAH chez les plus jeunes de la classe (1 mois).

Constats tirés des entretiens individuels et de groupe

Les informations collectées lors des entretiens individuels et de groupe avec les enseignants et les professionnels de la santé au Québec sont en cours d'analyse. Il est néanmoins pertinent de présenter ici **6 constats préliminaires**.

Premier constat : Médicalisation des difficultés scolaires

La réussite scolaire est au cœur de la problématique du TDAH. En plus de la manifestation des comportements associés au TDAH (hyperactivité, inattention, impulsivité), un jeune qui est difficulté scolaire sera plus encouragé à continuer le processus diagnostique qu'un jeune qui est en réussite scolaire. C'est comme si la dimension scolaire était un indicateur de la sévérité du TDAH... Par ailleurs, un jeune qui a de faibles résultats scolaires ou un potentiel sous-utilisé que l'on ne réussit pas à expliquer sera aussi davantage encouragé à débiter un processus diagnostique. Les enseignantes se sentent redevables de faire réussir l'élève, notamment face aux parents de qui elles

appréhendent les réactions et des accusations de n'avoir rien fait... Nous sommes ici en plein devant une situation de médicalisation des difficultés scolaires, où une réponse médicale est offerte à un problème non-médical.

« Parce que moi j'en ai déjà eu des élèves que je soupçonnais d'avoir un TDAH, les parents aussi et c'était vraiment par rapport à plein de choses : impulsivité, l'agitation, le manque de concentration, tout ça. Mais le fait que l'élève était en réussite, bien ça allait pas plus loin dans les évaluations, parce que... bon, bien cet élève-là, peu importe s'il présente plusieurs signes qui nous interrogent ou qui peuvent... bien **il est en réussite scolaire, donc on poussera pas plus loin.** » EG#4

« OK. Peut-être rajouter aussi que la réussite est vraiment un facteur important, [...] **quand l'élève n'est plus en réussite**, on se doit de faire un plan d'intervention selon les lois. Donc aussitôt que l'élève est à risque de ne plus être en réussite, bien il faut s'asseoir et il faut fixer des objectifs. Alors c'est sûr qu'à ce moment-là s'il y a un élève qu'on a un soupçon peut-être d'un trouble de l'attention, bien de toute façon il faut quand même se concerter, parce qu'il est à risque. » EG#4

Ce processus est reconnu et discuté depuis plusieurs années, au Québec par exemple, un récent avis du Conseil supérieur de l'éducation (2017, p.65) explique bien le processus et ses conséquences. Les résultats de mon étude renforcent l'hypothèse que le TDAH est associé à une médicalisation des difficultés scolaires.



CHAPITRE 2 DES ENJEUX DIGNES D'ATTENTION ET DES VOIES À EXPLORER

Quels sont les principaux enjeux soulevés par la diversité des apprenants? Existe-t-il des pistes permettant de les dépasser? Si oui, quelles sont les voies à explorer? Pour répondre à ces questions, nous présenterons à la fois les obstacles persistants et quelques-unes des voies prometteuses visant à les surmonter.

2.1 LA MÉDICALISATION DES DIFFICULTÉS SCOLAIRES

« Le phénomène de médicalisation peut se définir comme un processus par lequel des problèmes non médicaux se qualifient et se traitent comme des problèmes médicaux, en décontextualisant les situations et en détournant l'attention de l'environnement social vers les individus. »

(Kawachi et Conrad cités dans Commission de l'éthique, de la science et de la technologie [CEST], 2009.)²¹

2.4 CE QUE LE CONSEIL RETIENT

La médicalisation des difficultés scolaires

La volonté exprimée dans les encadrements de système, soit de s'affranchir de l'approche catégorielle, peine à se concrétiser sur le terrain. Les critères sur lesquels s'appuient le dépistage des élèves en difficulté, les processus d'attribution des ressources de soutien et les critères d'admissibilité à celles-ci, pour ne citer que quelques-uns des mécanismes en vigueur dans les milieux scolaires, contribuent à l'alimenter.

De plus, la rareté des ressources disponibles ainsi que les modalités d'organisation des services ont pour conséquence de réduire la portée des interventions et de mettre l'accent sur l'atteinte du seuil de réussite plutôt que sur le développement du plein potentiel de chaque élève.

Par ailleurs, l'examen des écueils observés met au jour un risque de dérive de plus en plus important vers une médicalisation des difficultés scolaires et une externalisation des interventions.

Des approches qui prennent en considération une lecture écosystémique de la situation des élèves ou une vision sociale du handicap ou encore qui s'appuient sur le développement des capacités sont prometteuses. En effet, chacune à sa façon vise à optimiser les ressources disponibles au profit de la réussite de l'élève. Elles placent le devenir de celui-ci (du développement de ses capacités à l'étendue de sa liberté) au cœur des préoccupations.

Deuxième constat : enseignantes et TDAH

Il existe une grande variabilité dans la manière dont les enseignantes réfléchissent au problème, gèrent les comportements et prennent des actions liées à l'évaluation diagnostique du TDAH. Certaines sont plus critiques envers le diagnostic, se questionnent sur la validité du diagnostic et la vitesse à laquelle il est suggéré, mais en

même temps décident tout de même de contribuer au système principalement pour aider les jeunes. De manière générale, les enseignantes se sentent bien formées en gestion de classe, mais peu informées sur le TDAH. Elles font preuve de bienveillance à l'égard des élèves et espèrent vraiment que les jeunes se développent à leur plein potentiel. Elles sont sensibles à préserver l'estime de soi des élèves et leurs relations sociales, alors quand ces sphères sont touchées par les comportements d'hyperactivité et d'inattention elles souhaitent contribuer à faire changer la situation et se tournent souvent vers une suspicion du TDAH.

« si la psychologue était là elle m'haïrait là.
Moi je dis des fois y a des vrais TDAH pis y
a des TDAH d'éducation » (ens. mat EG1)

Troisième constat : tâche, conditions de travail et rythme scolaire

Au travers la discussion sur l'expérience des enseignants à l'égard du TDAH, les enseignantes ont rapporté des conditions de travail difficiles, qui se sont accrues ces dernières années. D'abord, le rythme scolaire s'est intensifié, par une augmentation des savoirs à transmettre, par un temps scolaire compté, surtout au préscolaire. Ensuite, elles manquent de ressources et de soutien pour bien accueillir les enfants qui ont été intégrés « sauvagement » dans leurs classes. Elles constatent aussi devoir faire de plus en plus de gestion de comportements et sont plusieurs à rapporter des épisodes de violence en classe et des marques d'épuisement. Elles trouvent que leur travail d'enseignant a évolué et est désormais plus près de l'adaptation scolaire. Finalement, elles trouvent difficile que leur autorité soit de plus en plus remise en doute par les parents, ce qui fait diminuer le respect de plusieurs personnes à leur égard, enfants inclus. Les enseignantes n'ont presque pas de temps pur avec leurs élèves, c'est à dire un temps sans intervenant, juste avec leur groupe, un temps où elles font de la pédagogie et de l'enseignement. Elles sont déçues que ce temps de qualité ne soit pas là plus souvent et trouvent qu'elles ont trop de tâches autres.

« Euh je me sens prof d'adaptation scolaire! Pis j'en suis pas un, pis si y'avait fallu que je sois ça là, je serais pas devenue enseignante! » (G1)

« on aime enseigner, on aime être avec nos élèves, mais il y a de plus en plus de tableaux d'observations, faut les identifier faut savoir c'est qui tsé... on peux-tu enseigner? » (ens 1ere, EG1)

« Oui, on se rappelle des fois, on faisait des... bricoler, un après-midi pour bricoler ou passer un après-midi à colorier en catéchèse, juste colorier avec de la musique. Maintenant chaque période est rentabilisée, est... Chaque minute est comptée.

« Ben moi c'était de la pédagogie que j'aimais faire. Tsé se questionner pour comment je vais faire pour que tu sois un bon lecteur ou un bon scripteur. » (G2)

Quatrième constat : contrer le retard scolaire

Les enseignantes sont souvent revenues sur le fait que les enfants doivent être prêts pour l'année à venir, qu'ils doivent faire certains apprentissages dans un ordre précis, à un âge précis, selon un rythme prescrit. Les enfants doivent suivre le rythme, mais ce sont les enseignantes qui ont le devoir de faire respecter ce rythme. Cela semble être un élément qui contribue au problème, car un retard est perçu par les enseignantes comme un problème très sérieux qu'il faut à tout prix limiter. L'idée de retard dans les apprentissages qui peuvent notamment survenir quand l'accès aux services ou à une évaluation diagnostique prend trop de temps est perçu très négativement. Les enseignantes savent que les délais peuvent être très longs, dus tant à des contraintes du milieu scolaire que du milieu de la santé. Pour ces raisons, elles préfèrent débiter plus tôt les demandes de services pour qu'il y ait une évaluation diagnostique, que de risquer d'attendre trop et que l'écart entre l'élève et les autres se creusent davantage. À cet égard, il est intéressant de constater que les consultations médicales pour le TDAH se font à certains moments-clé dans l'année. Également le partage par les enseignants des premiers soupçons aux parents

s'effectue souvent lors de la première communication et le premier bulletin. Ce sont des moments scolaires où se cristallisent certaines perceptions.

« Habituellement c'est très rare qu'on va voir ces enfants-là durant l'été. On les voit pas. Et très peu en début d'année scolaire. Pour nous il y a vraiment un cycle ici qu'on connaît très très bien : après la première étape, à la fin octobre-début novembre ça commence. On commence à avoir une augmentation de fréquentations à l'urgence par les enfants, après ça recommence à la fin janvier et là ça baisse, là [en mai] ça va commencer à baisser. » (prof. santé)

« on donne des stratégies, des trucs, etc. mais un moment donné on voit que malgré tout ça. et l'enfant souvent va prendre un retard académique, et c'est là que toute s'enclenche. »

« On veut, ben moi, je veux qu'ils soient prêts pour la 1^{er} année. Faque c'est souvent ça qui va m'interpeller plus. »

« on veut avoir un diagnostic prêt, pour quand ils vont aller en 5^e année, parce qu'il y a déjà des manifestations qui nous questionnent, fait que là on se dit, à 60% on est à risque, donc peut-être faire une évaluation précoce pour quand il arrive en 5, pas de niaisage, on perd pas de temps. Encore une fois c'est une question de temps, parce qu'en 5 pis 6 là les résultats sont importants, ça va être leur choix [pour le secondaire]. »

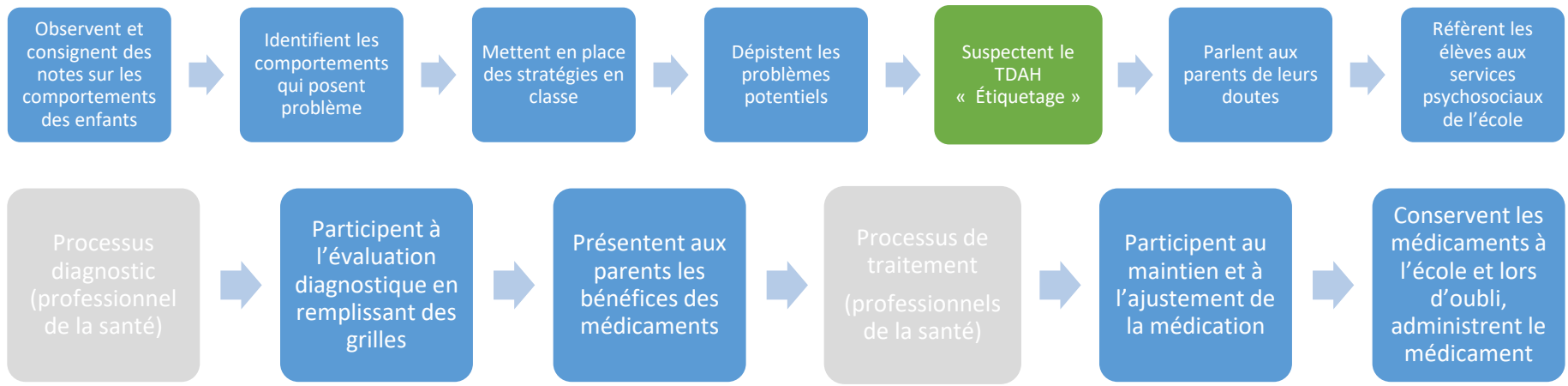
Cinquième constat : un problème qui ne relève pas uniquement de la santé

En aucun cas, il ne faut associer la situation actuelle à la seule sphère scolaire. Trois institutions sont concernées : la famille, l'école et le système de santé. On assiste à une « lutte à 3 » (parents, école, professionnels de la santé) dans le problème du TDAH. D'abord les pratiques parentales sont souvent montrées du doigt pour expliquer les comportements des enfants. Ensuite, l'école est perçue comme mettant beaucoup de pression pour diagnostiquer et médicamenter les enfants. Finalement, certains professionnels de la santé sont « accusés » de voir le TDAH partout, d'autres de ne pas faire de suivi avec l'école et de ne pas tenir en compte son expertise au niveau du bien-être des enfants. D'autres affirment ne pas toujours vouloir ou pouvoir se battre pour ne pas poser le diagnostic.

Sixième constat : participation des enseignantes à diverses étapes du processus diagnostique

La majorité des enseignantes ont déjà participé au processus diagnostique du TDAH. Bien qu'elles ne puissent pas poser le diagnostic, elles participent à plusieurs étapes pré-, péri- et post-diagnostiques, certaines étapes qui font partie de leur description de tâches, d'autres non.

« je pense que notre rôle c'est vraiment de livrer les faits, livrer les observations et...Nommer les choses. Nommer les choses et de peut-être... aller vers peut-être des fois une évaluation, des choses comme ça. Suggérer des services, mais on impose rien. (G4)



« souvent je donne l'exemple du diabète tsé si tu prends de l'insuline pour le diabète mais tu te bourres de chips, de pâtes alimentaires, de riz pis de patates ben le diabète ne se règlera pas, si tu fais attention à ton alimentation mais que ton corps y manque d'insuline ben t'auras beau avoir la meilleure alimentation au monde, ça va s'améliorer mais ça sera pas le succès, si tu t'alimentes bien, que tu fais attention pis que en plus tu as de la médication bien c'est là qu'on va voir probablement de meilleurs résultats. Alors suite à ça ben la psychologue elle va regarder, souvent oui c'est souvent question de médication »

« Oui, la médication. Quand ils arrivent dans mon groupe, souvent c'est une période où est-ce que la croissance est rapide et quand ça fonctionne moins bien là, je fais un petit appel et souvent les parents retournent chez le médecin, vont vérifier et... »

« On appelle à la maison, est-ce qu'il l'a pris aujourd'hui? Non ok, on va lui donner une dose» (G2)

Pistes d'action

À partir des constats que je viens de vous présenter, je me permets de proposer quelques pistes d'action, ou plutôt de réflexion, qui permettront de soutenir l'action et à tout le moins de débiter la discussion. Il va sans dire que cette liste n'est pas exhaustive. Ces cinq éléments me semblent plus importants et plus près du problème.

1. **Décloisonner le problème.** En aucun cas, il ne faut que seule la santé soit impliquée dans une stratégie pour réduire la surconsommation de médicament. La situation actuelle est causée par l'intersection de trois sphères (famille, santé et école) dans lesquelles les regards des adultes se posent sur les enfants. Il faudra notamment prendre en compte des politiques et des pratiques qui ont cours dans la sphère de la santé, de l'éducation et de la famille.
2. **Circonscrire le rôle des enseignantes** quand vient le temps pour l'école de contribuer au dépistage des problèmes des enfants et des jeunes, mais aussi **mieux les former aux écueils d'un étiquetage hâtif** des problèmes, et en amont, améliorer les conditions de travail des enseignantes et fournir aux écoles (et aux enseignantes) les ressources dont elles ont de besoin pour réellement mettre en place un système inclusif;
3. **Améliorer les pratiques diagnostiques**, notamment pour réduire les risques que l'immaturation développementale soit confondue avec les symptômes du TDAH et donc que les plus jeunes de la classe voient s'accroître leur probabilité d'obtenir un diagnostic de TDAH et de consommer des psychostimulants;
4. **Contre la médicalisation des difficultés scolaires**, à cet égard, les recommandations de l'avis du Conseil supérieur de l'éducation (2017) sont pertinentes;
5. **Reconsidérer l'importance des résultats scolaires dans le cheminement scolaire** (surtout au primaire) et donner la chance à tous les élèves d'avoir accès à un programme stimulant au secondaire;

Conclusion

Quand plusieurs individus partagent une situation commune, quand le nombre de ces individus ne cesse d'augmenter, quand le phénomène en question ne peut plus s'expliquer seulement par des facteurs individuels et biologiques : on doit faire preuve d'imagination sociologique et regarder ce qui se passe dans le contexte sociétal.

Un diagnostic psychiatrique reste tributaire du contexte et des normes sociales et culturelles dans lequel il émerge et dans lequel il est posé. Thomas Armstrong, en 2006, se demandait si les enfants ayant un TDAH étaient les canaries dans la mine, c'est-à-dire le signal d'alarme d'un problème plus profond qui touche la société entière... En 2019, la question se pose d'autant plus que ces canaries ne sont pas seulement les jeunes ayant un TDAH, ce sont tous ceux qui ont un problème de santé mentale (anxiété, dépression, trouble de personnalité limite, etc.).

Au lieu d'individualiser le problème et en somme de ne regarder que l'arbre qui cache la forêt, il faut garder en tête que le problème actuel de l'accroissement de la consommation de médicaments pour le TDAH est un problème complexe qui a des causes multiples. Ce problème n'est pas nouveau et il s'inscrit dans le contexte social contemporain qui s'est mis en place tout au long du 20e siècle. Ainsi, la médicalisation des comportements déviants (Conrad & Schneider, 1992), les valeurs contemporaines qui valorisent l'autonomie, l'initiative et la responsabilité individuelle (Ehrenberg, 1998), et la valorisation de la performance (Ehrenberg, 1991), ont sans aucun doute facilité le recours aux diagnostics psychiatriques et aux médicaments psychotropes. Du moins, ils ont renforcé les interventions visant directement le corps, son côté biologique et transformé le patient en le rendant compétent et autonome dans l'administration de ses traitements (Otero, 2003; Otero, 2005). C'est dans cette conjoncture qu'a débuté le 21e siècle. Des indices laissent croire que le contexte social des années 2000 au Canada était particulièrement propice à l'accroissement du diagnostic de TDAH et de la consommation de psychostimulants. L'utilisation et les dépenses associées aux médicaments pour le TDA/H dans les pays

industrialisés, incluant le Canada, ont augmenté plus rapidement au début des années 2000 que durant les années 1990 (Scheffler, Hinshaw et al., 2007). De plus, plusieurs nouveaux médicaments – Concerta, Adderall XR, Strattera –, ayant l’avantage d’avoir une durée d’action plus longue que celle de leurs prédécesseurs, ont fait leur entrée sur le marché canadien à partir de 2003 (Health Canada, 2005; Collège des médecins du Québec, 2006; Hosenbocus & Chahal, 2009; Health Canada, 2010). Ces éléments ont pu favoriser le recours aux médicaments pour traiter le TDA/H et par le fait même renforcer la nécessité d’avoir un diagnostic. Durant cette période, les médecins et les parents ont également été grandement sensibilisés à la problématique du TDAH, grâce à la publication et à la mise à jour de guides de pratique (Collège des médecins du Québec, 2001; Collège des médecins du Québec, 2006; Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance CADDRA, 2011).

Nous avons désormais le pouvoir de faire changer cette situation. En reconnaissant que nous sommes face à trop de jeunes qui consomment des psychostimulants pour le TDAH et trop de jeunes diagnostiqués, une première étape est franchie. Il ne reste plus qu’à avoir le courage de mener des actions concrètes pour contribuer à rendre justice à la complexité des êtres humains et à leur unicité (Erlandsson et Punzi, 2017). Il faut à tout prix diminuer la médicalisation des problèmes des jeunes dans leur globalité et pas uniquement celle liée au TDAH.

Références

- Conrad, P. [1975] (2006). *Identifying Hyperactive Children. The Medicalization of Deviant Behavior*. Expanded edition, Ashgate Classics in Sociology. 159 p.
- Conrad, P. & Potter, D. (2000). From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories, *Social Problems*, 47(4), 559-582.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. [1980] (1992). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Expanded edition, with a new afterword. Temple University Press, Philadelphia.
- Conseil supérieur de l'éducation (2017). Pour une école riche de tous ses élèves. S'adapter à la diversité des élèves de la maternelle à la 5e secondaire. Avis au Ministre de l'éducation, du loisir et du sport, Québec, 155p.
- Erlandsson, S. I., & Punzi, E. (2017). A biased ADHD discourse ignores human uniqueness. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 12(sup1), 1319584. doi :10.1080/17482631.2017.1319584
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2017). Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les canadiens de 25 ans et moins. Portrait rédigé par Éric Tremblay et Jean-Marc Daigle Québec, Qc : INESSS; 21p.
- Diallo et collègues (2019). Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec. Institut national de santé publique (2019) https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2535_surveillance_deficit_attention_hypercentivite.pdf
- Morgan, P. L., Staff, J., Hillemeier, M. M., Farkas, G., & Maczuga, S. (2013). Racial and ethnic disparities in ADHD diagnosis from kindergarten to eighth grade. *Pediatrics*, 132(1), 85–93. doi:10.1542/peds.2012-2390
- Prud'homme, Julien (2018). *Instruire, corriger, guérir? Les orthopédagogues, l'adaptation scolaire et les difficultés d'apprentissage au Québec, 1950-2017*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 200 p).
- Rafalovich, A. (2004). *Framing ADHD Children. A Critical Examination of the History, Discourse, and Everyday Experience of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*. Lexington Books.
- TRAORÉ, Issouf, Dominic JULIEN, Hélène CAMIRAND, Maria-Constanza STREET et Jasline FLORES (2018). Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, Tome 2, 189 p. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/adaptation-sociale/sante-jeunes-secondaire-2016-2017-t2.pdf]
- PICA, Lucille A., Issouf TRAORÉ, Hélène CAMIRAND, Patrick LAPRISE, Francine BERNÈCHE, Mikaël BERTHELOT, Nathalie PLANTE et autres (2013). L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale, Tome 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 141 p.

Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité



Diagnostic psychiatrique Classifié sous les Troubles neurodéveloppementaux

« ... ensemble d'affections qui débutent durant la période de développement. [...] caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. »
(APA, 2015, p. 33)

Cette classification met l'accent sur les causes individuelles, notamment biologiques et neurologiques du TDAH.

mcbraun@uqac.ca

29

Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

- Le DSM-5 définit 9 comportements démontrant des symptômes d'inattention et 9 symptômes d'hyperactivité-impulsivité;
- Les symptômes doivent persister depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles.
- Plusieurs symptômes et présents avant l'âge de 12 ans
 - Avant 2013, date de parution du DSM-5, on mentionnait « avant l'âge de 7 ans », il y a donc eu une expansion de la catégorie diagnostique TDAH.
- Dans au moins 2 contextes (p.ex. école et maison)

mcbraun@uqac.ca

30

Symptômes d'inattention (DSM-5)

6/9

- a) souvent, **ne parvient pas à prêter attention** aux détails, ou fait des **fautes d'étourderie** dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- b) a souvent du **mal à soutenir son attention** au travail ou dans les jeux
- c) semble souvent **ne pas écouter** quand on lui parle personnellement
- d) souvent, **ne se conforme pas aux consignes** et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles
- e) a souvent du **mal à organiser** ses travaux ou ses activités
- f) souvent, **évite**, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent **un effort mental soutenu**
- g) **perd** souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités
- h) souvent, se laisse **facilement distraire** par des stimuli externes
- i) a des **oublis fréquents** dans la vie quotidienne

mcbrault@uqac.ca

31

Symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité (DSM-5)

Hyperactivité

6/9

- a) **remue** souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
- b) **se lève** souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- c) souvent, **court ou grimpe partout**, dans des situations où cela est inapproprié
- d) Est souvent incapable de **se tenir tranquille** dans les jeux ou les activités de loisir
- e) Est souvent "**sur la brèche**" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts"
- f) **parle souvent trop**

Impulsivité

- a) laisse souvent **échapper la réponse** à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- b) a souvent du **mal à attendre son tour**
- c) **interrompt souvent** les autres ou impose sa présence

32

Absence de marqueurs biologiques

Il n'existe pas de marqueurs biologiques permettant le diagnostic du TDAH. Pris dans leur ensemble, en comparaison avec leurs pairs, les enfants ayant un TDAH présentent une augmentation des ondes lentes à l'électroencéphalogramme (Barry et al. 2003), un volume total du cerveau réduit à l'imagerie par résonance magnétique (Castellanos et al. 2002) et possiblement un retard de maturation corticale dans le sens postérieur-antérieur (Shaw et al. 2007), mais ces constatations ne participent pas au diagnostic. Dans les cas rares où il existe une cause génétique connue (p. ex. syndrome de l'X fragile, syndrome de délétion 22q11), la présence d'un tableau clinique de TDAH devra aussi faire poser le diagnostic de ce trouble. DSM-5, p.70