



**INSTITUT DE
PÉDIATRIE SOCIALE
EN COMMUNAUTÉ**

FONDATION DR JULIEN

TDAH et médicalisation des difficultés des enfants : perspectives issues de la pédiatrie sociale en communauté et réflexions critiques

Marie-Eve Turcotte,

Institut de pédiatrie sociale en communauté, Fondation Dr Julien.

Anne-Sophie Munger,

Université de Sherbrooke.

Une démarche réalisée dans le cadre d'un projet pilote à l'IPSC :

- Trois stages d'exposition à la recherche ont été réalisés par des étudiantes (deux étudiantes en médecine, une en droit) entre 2023 et 2026.
- Objectif du projet pilote de stages d'exposition à la recherche :

Permettre à des étudiant·es issu·es des domaines d'expertises phares de la pédiatrie sociale en communauté (PSC) (sciences médicales, sciences sociales et droit) de se familiariser avec des approches et méthodes de recherche et d'évaluation, dans le cadre de projets portés par l'IPSC.

L'objectif du projet de stage qui sera présenté aujourd'hui :

Explorer les positionnements relatifs au diagnostic et à l'accompagnement transdisciplinaire du TDAH en PSC, en y conjuguant la perspective critique de la médicalisation des difficultés des enfants.



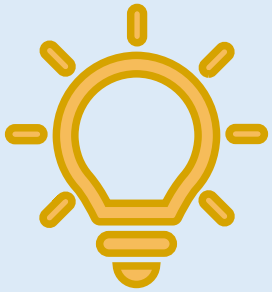
Une revue narrative de la littérature scientifique a été réalisée.



4 médecins de famille et pédiatres de la PSC ont été rencontrés afin de recueillir leur point de vue.

Qu'est-ce que la médicalisation?

« La médicalisation survient quand une situation ou une réaction de la vie quotidienne (tristesse, timidité, impulsivité, etc.) est prise en charge par la sphère médicale. C'est une action collective à laquelle participe une diversité d'acteur(-trices) (santé, famille, école, médias, etc.). »¹ (p.1).



La médicalisation renvoie à la prise en charge médicale de symptômes qui constituent des réactions valides de l'enfant dans un contexte donné, sans que des éléments objectifs ne justifient réellement un diagnostic médical.

Pourquoi est-ce important de s'en préoccuper?



La médicalisation a des conséquences négatives sur les enfants¹ parmi lesquelles on compte :

- La mise en place de solutions inappropriées aux difficultés réelles des enfants ;
- L'absence de détection et de prise en compte de vrais troubles ou de problèmes sociaux à l'origine des symptômes ;
- Une consommation non-justifiée de médicaments qui produisent pourtant des effets secondaires notables ;
- La mise en évidence des difficultés des enfants aux détriments de leurs forces ;
- L'impact identitaire du diagnostic (étiquetage et stigmatisation pouvant impacter l'estime de soi, par exemple).

Comment se pose l'enjeu de la médicalisation des difficultés des enfants en PSC?

En PSC, la médicalisation des difficultés des enfants est un enjeu qui s'avère intimement lié à la complexité des présentations cliniques des enfants issus de milieux vulnérables².

Ce n'est pas le TDAH qui est remis en question en tant que diagnostic médical possible, mais bien l'errance diagnostique pouvant conduire à centrer les problèmes sur l'enfant en diagnostiquant parfois trop rapidement un TDAH et à le médicamenter avant d'avoir envisagé d'autres options².

Le portrait statistique du TDAH :

- Les statistiques les plus récentes (2023-2024) situent la prévalence du TDAH au Québec à 3,9% (tous sexes réunis, 1-24 ans)³.
- La prévalence du TDAH à vie varie considérablement entre les régions du Québec, allant de 2,1 % dans la région de Montréal à 6,6 % dans le Bas-Saint-Laurent³.
- Au Canada, la prévalence du TDAH se situe entre 3 % et 9 % chez les enfants et les adolescent.es, et entre 3 % et 7 % chez les adultes⁴. Ces prévalences sont similaires à celles observées au plan international⁶.
- La prévalence du TDAH chez les 1 à 24 ans a quadruplé depuis le début des années 2000³.

Le TDAH chez les enfants en contexte de vulnérabilité :



On diagnostique plus souvent le TDAH chez les enfants et les adolescent·es issu·es de milieux vulnérables^{1,5-9}.

- Des méta-analyses indiquent que les enfants issus de familles à faible statut socio-économique (SSÉ) sont 1,85 à 2,21 fois plus susceptibles d'avoir un diagnostic de TDAH que leurs pairs de milieux favorisés⁹.
- Au Québec, la prévalence du TDAH est effectivement plus élevée chez les enfants issus de milieux socioéconomiques défavorisés⁶.
- Les enfants suivis en protection de la jeunesse affichent des taux de diagnostics de TDAH nettement supérieurs à la population générale, soit se situant entre 10% et 21%⁵.

Le TDAH chez les enfants en contexte de vulnérabilité :



Les enfants provenant de familles de SSÉ faible ont une probabilité moindre de prendre des psychostimulants¹⁰.

- L'impact du niveau de scolarisation des membres de la famille : On observe une plus grande préoccupation pour la performance scolaire dans les familles scolarisées, ce qui pourrait contribuer à un taux plus élevé de prise de médication chez ces enfants¹⁰.

D'autres variables que le SSÉ auraient avantage à être explorées, par exemple :

- Le placement : Les taux de prescription généraux des enfants placés en famille d'accueil ou en centre de réadaptation sont trois fois supérieurs à ceux des enfants vivant dans leur milieu naturel, atteignant jusqu'à 77 % dans certains milieux institutionnels^{7,8}.

Le TDAH : un diagnostic basé sur une association de symptômes

La spécificité du TDAH repose sur l'identification d'un ensemble cohérent de symptômes dont la récurrence et la stabilité permettent de définir un tableau clinique distinct¹. Il s'agit d'une approche descriptive qui consiste à observer les manifestations comportementales chez l'enfant pour conclure ou non au diagnostic.



Il n'existe pas de test infallible pour conclure à la présence du TDAH chez un enfant. Le diagnostic est posé à partir d'une interprétation de symptômes¹.

Le TDAH : un diagnostic basé sur une association de symptômes

Inattention ¹²		Hyperactivité/impulsivité ¹²
Difficultés à fixer l'attention, difficulté à s'organiser dans ses activités, oublis fréquents, etc.	ET / OU	Agitation motrice, parle excessivement, difficulté à attendre son tour, etc.

... les symptômes doivent être observables avant 12 ans ;

... la présence des symptômes doit être constatée dans au moins deux milieux de vie de l'enfant ;

... les symptômes doivent entraîner une altération réelle du fonctionnement ;

... les symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par d'autres troubles.

Un constat général de la revue de littérature :

La complexité diagnostique du TDAH



Il est important de distinguer les conditions qui peuvent imiter les symptômes du TDAH de celles qui se manifestent fréquemment en même temps que celui-ci.

Est-ce que les symptômes observés⁷:

- ... s'inscrivent dans une trajectoire normale de développement?
- ... constituent une réaction à une situation ou un contexte de vie?
- ... sont effectivement les manifestations d'un trouble?
- ... sont effectivement des manifestations d'un TDAH?

Affections souvent confondues avec un TDAH, par ordre décroissant de fréquence¹³ :

- Trouble d'apprentissage ;
- Trouble du sommeil ;
- Trouble oppositionnel avec provocation ;
- Trouble anxieux ;
- Handicap intellectuel ;
- Trouble du langage, trouble de l'humeur, tics, trouble des conduites ;
- Trouble du spectre de l'autisme ;
- Trouble développemental de la coordination.



On sait par ailleurs que le TDAH et le trauma complexe partagent des symptômes similaires¹⁴.

Les comorbidités du TDAH :



Elles sont fréquentes, soit concernent environ les deux tiers des enfants et adolescent·es ayant un TDAH¹⁵.

Comorbidités associées au TDAH (liste non-exhaustive)	Proportion
Troubles et/ou enjeux de santé mentale	64,4% ⁶
Trouble oppositionnel avec provocation et/ou des conduites	30% à 40% ¹¹
Troubles d'apprentissage	25% à 40% ¹¹
Retards de développement	28,3% ⁶
Troubles du sommeil	25% à 30% ¹¹

La démarche consultative réalisée :

- **4 entretiens semi-dirigés** d'une durée approximative d'une heure ont été réalisés auprès de 2 pédiatres et 2 médecins de famille de la PSC (désigné·es comme P1 à P4). *Note : Le petit nombre de participant·es représentait une contrainte du projet et non une absence de mobilisation des médecins de famille et pédiatres de la PSC.*
- **Les thématiques** suivantes ont été abordées :
 - 1) Le parcours professionnel des participant·es ;
 - 2) Leur approche médicale du TDAH dans leur pratique au centre de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) ;
 - 3) L'évolution de leurs pratiques en lien avec le TDAH à travers le temps ;
 - 4) Les voies possibles pour soutenir l'amélioration continue de la pratique en matière de lecture clinique, de traitement et d'accompagnement des enfants concernés par le TDAH et suivis en PSC.
- **Les entretiens** ont été réalisés par une étudiante en médecine, retranscrits par une professionnelle de recherche et analysés par la coordonnatrice scientifique de l'IPSC.

Perspectives de médecins de famille et de pédiatres de la PSC :

Les principaux constats

1. Le TDAH est perçu comme un concept évolutif et déterminé socialement.
2. Le contexte de vulnérabilité amène des particularités en ce qui concerne le diagnostic du TDAH.
3. Le processus décisionnel conduisant ou non à prescrire une médication prévient la médicalisation des difficultés des enfants.
4. L'accompagnement transdisciplinaire du TDAH en PSC prévient la médicalisation des difficultés des enfants.
5. Plusieurs pistes d'action et de recherche futures devraient être envisagées.

1. Le TDAH est un concept évolutif et déterminé socialement

- **Les attitudes et raisonnements cliniques vis-à-vis du diagnostic et de la prescription médicamenteuse ont évolué dans le temps et ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre** : Dans certains pays, le TDAH n'est pas reconnu et ses symptômes peuvent être interprétés autrement (P3, P4). On constate des « modes » qui varient dans le temps (P1, P2, P4). Actuellement au Québec, la tendance collective encourage le surdiagnostic et la médication inadaptée aux besoins réels des enfants (P2, P4).
- **Il y a absence de vision clinique intersectorielle commune** : Il existe des cultures et sous-cultures de pratique en ce qui concerne le TDAH. Les intervenant·es de la PSC n'ont pas nécessairement la même vision que tous leurs partenaires à propos des origines du TDAH et des actions à poser lorsqu'un enfant présente des symptômes (P1, P3).

2. Le contexte de vulnérabilité amène des particularités en ce qui concerne le diagnostic du TDAH

- **Le diagnostic du TDAH est particulièrement complexe à réaliser en contexte de vulnérabilité** : Il y a un chevauchement des symptômes avec d'autres troubles (P1, P2, P3, P4) et les TDAH « purs » sont rares en PSC (P4).
- **Les facteurs environnementaux sont prépondérants et influencent grandement l'expression des symptômes** : Chez les enfants suivis en PSC, on observe une forte influence des stress toxiques, des traumas complexes et de la maltraitance vécue au niveau de l'expression des symptômes du TDAH (P1, P2, P3, P4).

« (...) quand j'ai revu cet enfant-là, puis qu'on s'est assis, il ne dormait plus parce que la nuit, (...) ça grattait dans sa chambre. Puis quand il ouvrait ses yeux, il y avait des petits yeux rouges qui le regardaient. (...) Ce qui fait que cet enfant-là ne dormait pas, ça faisait 3 semaines. Il était complètement désorganisé. (...) Puis il en avait un, TDAH, là. Je peux bien changer sa médication 3 fois, mais tant que je n'enlève pas l'écureuil, je n'arrangerai pas les affaires. » (P1)

2. Le contexte de vulnérabilité amène des particularités en ce qui concerne le diagnostic du TDAH

- **Les critères énoncés par le DSM-5 pour diagnostiquer le TDAH présentent des limites importantes en contexte de vulnérabilité** : Le DSM-5 ne devrait pas être le seul outil permettant de poser un diagnostic de TDAH, car il ne prend pas en compte toute la complexité des situations cliniques des enfants vus en PSC (P2, P3, P4).
- **Il faut parfois considérer la redéfinition / le retrait d'un diagnostic** posé antérieurement à l'arrivée d'un enfant en PSC (P1, P3).

« Donc ça va avoir l'air d'un TDAH, mais finalement c'en n'est pas tout à fait un. Alors je trouve que c'est une étiquette que je porte avec beaucoup de discernement dans le sens que pour le moment, oui, tu remplis tous les critères. Tu sais si on se base sur les critères du DSM 5, oui tu les coches. Puis oui, tu remplis les critères. Mais ça peut évoluer dans le temps. » (...) Je trouve ça important de questionner le diagnostic, surtout en contexte de pédiatrie sociale ». (P3)

2. Le contexte de vulnérabilité amène des particularités en ce qui concerne le diagnostic du TDAH

- **Le diagnostic demande beaucoup plus de prudence et de temps d'observation (P2).**

« Donc, je trouve que dans nos cliniques, on a suffisamment d'observation puis tout ça pour mettre tout ça ensemble puis arriver à une forme de diagnostic ou pas de diagnostic encore, là. On peut attendre à la prochaine fois. Puis je trouve que les enfants sont mieux servis comme ça. » (P2)

- **Les lignes directrices générales ne s'appliquent pas toujours**, en particulier en ce qui concerne les expertises requises pour poser un diagnostic et cibler les bonnes cibles de traitement chez les enfants qui ont un vécu d'adversité (P1).

« La Société canadienne de pédiatrie nous dit : vous n'avez pas besoin de consultations, de faire des tests psychologiques, de faire des tests en neuropsychologie. Pour la clientèle en pédiatrie sociale, j'ai un petit bémol, là. » (P1)

3. Le processus décisionnel conduisant ou non à prescrire une médication prévient la médicalisation des difficultés des enfants.

Les médecins de famille et pédiatres rencontrés sont en faveur d'un usage :

- **Complémentaire à d'autres soutiens**, par exemple des environnements de vie réellement soutenant pour les enfants et investis par des adultes engagés en ce sens, un plan d'intervention qui mobilise des services spécialisés et personnalisés aux besoins (P3) ;
- **Temporaire**, par exemple pour à ouvrir la disponibilité de l'enfant au développement de stratégies alternatives avec l'aide d'adultes soutenant, pour ensuite considérer diminuer ou cesser la médication si possible (P3) ; de sorte à calmer une tension importante dans la famille ou dans un autre milieu de vie et/ou une situation de crise, notamment pour éviter des expériences imminentes d'instabilité et/ou d'exclusion chez l'enfant (P1, P4).

4. L'accompagnement transdisciplinaire du TDAH en en PSC prévient la médicalisation des difficultés des enfants.

- **L'intérêt supérieur de l'enfant est un principe phare qui doit soutenir le processus diagnostique, les décisions relatives à la prescription de médicaments et les interventions à mettre en place** : Ce principe implique notamment de répondre en priorité aux besoins des enfants et non aux injonctions et besoins des adultes confrontés par les comportements perturbateurs des enfants (P4).
 - « (...) Il vaut mieux éviter la surmédicalisation, puis de passer à côté d'enjeux réels pour cet enfant-là, c'est important, c'est son intérêt supérieur, donc il ne doit pas porter un diagnostic et toute la charge que ça implique. » (P4)
- **La transdisciplinarité soutient la rigueur du processus diagnostique et améliore l'accompagnement des enfants issus de milieux vulnérables et qui présentent des symptômes de TDAH** : La collaboration entre de multiples acteurs, incluant l'enfant et sa famille, permet une meilleure lecture de la situation clinique de l'enfant et permet de mettre en place un plan d'action adapté à ses besoins (P1, P4).

4. L'accompagnement transdisciplinaire du TDAH en en PSC prévient la médicalisation des difficultés des enfants.

- **Le traitement et l'accompagnement des enfants qui présentent des symptômes de TDAH devraient se déployer selon une approche écosystémique** : il faut prendre en compte l'ensemble des systèmes autour de l'enfant dans la lecture clinique de sa situation et la formulation de pistes de solutions adaptées à sa réalité. L'engagement des adultes auprès des enfants, afin de créer des environnements favorables à la réduction des symptômes, doit idéalement être activé avant même de considérer médicamenteusement l'enfant (P2, P3).
- **Une approche sensible aux traumatismes est préconisée** : dans la lecture clinique et le soutien aux enfants et aux parents, qui bien souvent sont porteurs de traumatismes complexes eux aussi (P1, P3, P4), et également au niveau du processus diagnostique :

« Ben, c'est sûr que je suis très à l'affût de... d'avoir un diagnostic ou une lecture clinique qui tienne compte du trauma complexe parce qu'on est dans ce contexte-là. Donc je suis consciente de l'interface des traumatismes complexes puis du TDAH. » (P4)

5. Plusieurs pistes d'action et de recherche futures devraient être envisagées

5.1 Modalités d'apprentissage et de standardisation des pratiques :

- La mise en place d'une ou de communautés de pratique (P1, P2)
- Investir en recherche et en formation de sorte à se donner des outils pour un meilleur encadrement de la pratique (P2)

5.2 Approches et outils cliniques à explorer :

- Les approches universelles, soit exemptes de biais culturels et accessibles de façon équitable à différents profils de personnes vulnérabilisées (P4)
- Le développement d'outils d'aide au diagnostic différentiel (distinction entre hypervigilance et hyperactivité, chevauchement entre trouble du spectre de l'autisme (TSA) et TDAH, distinction entre symptômes liés aux enjeux d'attachement VS TDAH) (P4)

5. Plusieurs pistes d'action et de recherche futures devraient être envisagées

5.3 Pistes de recherche futures (exemples) :

- Des données probantes portant sur l'impact de l'environnement et des habitudes de vie sur le cerveau (P3) ;
- Comment amener les parents à « prendre conscience de ce qu'ils peuvent faire pour apaiser les symptômes de l'enfant sans que ce soit menaçant pour eux? » (P4) ;
- Les moyens effectifs de sensibiliser les partenaires à une approche du TDAH s'inscrivant dans l'intérêt supérieur de l'enfant (P4) ;
- Les biais culturels qui conduisent influencent les tendances diagnostiques et prescriptives en lien avec le TDAH au Québec (P4) ;
- L'accompagnement et les traitements ciblés à la réalité particulière des enfants présentant à la fois des symptômes de TDAH et des traumatismes complexes : « *Les médecins, (...) est-ce qu'on va choisir une pharmacopée différente avec nos enfants qui ont des traumatismes complexes?* » (P1).

Limites de la démarche :



Les résultats doivent être interprétés avec prudence considérant les limites méthodologiques importantes de la démarche.

- La revue de littérature n'est pas systématique et les sources sélectionnées ne représentent conséquemment pas l'ensemble des constats scientifiques au sujet du TDAH et de la médicalisation des difficultés des enfants.
- Les résultats présentés reposent sur les témoignages de seulement quatre médecins de famille et pédiatres de la PSC. Les perspectives présentées ne sont donc pas nécessairement représentatives de l'ensemble des intervenant·es des CPSC du Québec. Rien n'indique par ailleurs qu'une vision commune soit partagée parmi l'ensemble des membres d'équipe des CPSC à travers le réseau.

Ce qu'on peut en retenir :



L'évaluation et l'accompagnement des enfants pour qui on suspecte un TDAH sont particulièrement complexes en contexte de vulnérabilité.

En PSC, les présentations cliniques sont complexes.

- Conséquemment, il faut redoubler de prudence au moment de poser le diagnostic du TDAH : **Le diagnostic différentiel est plus difficile à faire** et demande plus de temps d'observation : importance des **stress toxiques** et du **trauma complexe** dans l'expression des symptômes.
- Au-delà de la médication, l'accompagnement des enfants doit miser sur l'engagement des adultes significatifs des différentes sphères de leur vie. Cette **mobilisation collective prévient la médicalisation des difficultés des enfants** et permet une meilleure réponse à leurs besoins réels, **dans le respect de leur intérêt supérieur et de leurs droits fondamentaux.**

Références :

1 Brault, M.-C., Blais, M.-F., Blackburn, M.-E. & Dubois-Bouchard, C. La médicalisation des difficultés des enfants : le cas du TDAH. (2021).

2 Ben Amor, L., Collin-Vézina, D., Julien, G. & Livernoche, F. Les diagnostics en santé mentale. Comment bien définir les problématiques? , (Institut de pédiatrie sociale en communauté. Fondation Dr Julien, Montréal, 2023).

3 Institut national de santé publique du Québec. *Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)*, <<https://www.inspq.qc.ca/indicateur/developpement-des-jeunes/tdah>> (2026).

4 D'Auray, G., Guimond, A.-J., Roberge, S. & Lam Wai Shun, P. Interventions psychosociales chez les jeunes de moins de 18 ans qui présentent un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). (Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), Québec, 2024).

5 Barnett, E. R. & Zayas, M. C. High-risk psychotropic medications for US children with trauma sequelae. *Epidemiology and psychiatric sciences* **28**, 360–364 (2019).

6 Binta Diallo, F. *et al.* Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec. (Bureau d'information et d'études en santé des populations. Institut national de santé publique du Québec, 2019).

Références :

- 7 Lafortune, D. L'usage de médicaments psychotropes auprès d'enfants et adolescents ayant une histoire de maltraitance. (Symposium sur le trauma chez les enfants et les adolescents, Montréal, 2023).
- 8 Lafortune, D., Gagné, M.-P. & Blais, É. De l'usage rationnel à l'usage optimal des médicaments psychotropes auprès des enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* **60**, 69–76 (2012).
- 9 Russell, A. E., Ford, T., Williams, R. & Russell, G. The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development* **47**, 440–458 (2016).
- 10 Lapalme, M., Temcheff, C., Boutin, S. & Déry, M. Utilisation de stimulants du système nerveux central chez les élèves du primaire suivis à l'école pour des troubles du comportement. *Santé mentale au Québec* **43**, 123–143 (2018).
- 11 Farran, C. *Revue systématique de la littérature : Étiologie du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez l'enfant* Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en psychologie thesis, Université du Québec à Montréal, (2023).

Références :

- 12 Roberge, S., Guimond, A.-J. & D'Auray, G. Prise en charge des jeunes de moins de 18 ans qui présentent un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Rapport en soutien à l'outil d'aide à la prise en charge. 63 (Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), Québec, 2024).
- 13 Bélanger, S. A., Andrews, D., Gray, C. & Korczak, D. Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1: l'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. *Paediatrics & Child Health* **23**, 454–461 (2018).
- 14 Gris -Bolduc, M.-E. & Collin-Vézina, D. Trauma complexe et TDAH : Quels sont les liens? Centre for Research on Children and Families (2020).
- 15 Ajili-Jung, S. & Dubaut, G. L'incertitude diagnostique: une nécessité pour comprendre les enfants hyperactifs. *Sud/Nord* **29**, 95–103 (2020).