

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

Rédigé par :

Marie-Ève Turcotte (Institut de pédiatrie sociale en communauté, Fondation Dr Julien)

Anne-Sophie Munger (Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke)

Joelle Arcand (Institut de pédiatrie sociale en communauté, Fondation Dr Julien)

Table des matières

1. Mise en contexte du projet	3
2. Survol des représentations cliniques et statistiques du TDAH	5
2.1 Les différentes conceptualisations du TDAH	5
2.1.1 Les représentations historiques du TDAH	5
2.1.2 La définition du TDAH	6
2.1.3 Les contributeurs possibles aux symptômes du TDAH	8
2.2 La médicalisation des difficultés des enfants au Québec : le cas du TDAH	11
3. La démarche méthodologique	14
3.1 Méthodes.....	14
3.2 Profil des participant-es.....	15
4. Les perspectives partagées par les médecins de la PSC	15
4.1 Le TDAH en tant que concept évolutif et déterminé socialement.....	16
4.2 Diagnostiquer et traiter le TDAH en contexte de vulnérabilité.....	19
4.2.1 Des indicateurs de vulnérabilité à prendre en compte	19
4.2.2 Les aspects distinctifs de la trajectoire d'accompagnement du TDAH en PSC.....	23
4.3 Perspectives sur l'amélioration continue de la pratique	36
4.3.1 Modalités d'apprentissage et de standardisation des pratiques	36
4.3.2 Approches et outils cliniques à explorer ou à développer	37
4.3.3 Pistes de recherches	38
5. Diagnostic et accompagnement du TDAH en PSC : constats et perspectives	38
6. Conclusion	42
Références	44

1. Mise en contexte du projet

Le trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental englobant des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité qui peut être diagnostiqué dès l'enfance (American Psychiatric Association, 2022 Dans : Roberge et al., 2024). Sur le plan clinique, il se caractérise par un versant psychique (difficultés à fixer l'attention, manque de constance dans les activités, impulsivité) et un versant moteur (hyperactivité ou agitation motrice) (Welnarz, 2011). La complexité associée à l'évaluation du TDAH et à l'accompagnement des enfants qui font l'objet de ce diagnostic est renforcée par l'éventail de comorbidités associées (Ajili-Jung & Dubaut, 2020; Barnett & Zayas, 2019). Cette réalité est particulièrement parlante en pédiatrie sociale en communauté (PSC), où on estime qu'une proportion élevée, quoique non quantifiée d'enfants présentent une constellation de symptômes pouvant évoquer différents troubles à la fois, incluant le TDAH (Ben Amor et al., 2023).

Plusieurs acteurs des services à l'enfance et à la jeunesse, de même que des milieux politiques et académiques, dénoncent la rapidité avec laquelle le diagnostic de TDAH est parfois posé. Un regroupement de pédiatres québécois a lancé, en 2019, une mise en garde contre la croissance élevée des diagnostics et de la prescription de médicaments pour le TDAH chez les enfants (D'Auray et al., 2025). La Commission de la santé et des services sociaux du Québec (Commission de la santé et des services sociaux, 2020) a souligné la nécessité de mieux encadrer le diagnostic pour éviter le surdiagnostic et a dénoncé l'augmentation préoccupante de la consommation de psychostimulants (D'Auray et al., 2024; Roberge et al., 2024). L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) note que certains diagnostics pourraient être posés trop rapidement en raison d'un manque de temps et de ressources consacrés à l'évaluation du diagnostic différentiel (Roberge et al., 2024; Tremblay & Daigle, 2017).

À la lumière de ces constats, des chercheur-es universitaires ont récemment soulevé la problématique de la médicalisation des difficultés des enfants, sous l'angle des tendances diagnostiques et prescriptives québécoises associées notamment au TDAH, mais également aux diagnostics de santé mentale au sens large (Brault et al., 2021; Farran, 2023; Lafortune, 2023). La médicalisation désigne le processus par lequel des expériences ou comportements de la vie quotidienne sont interprétés et traités comme des enjeux relevant du domaine médical (Brault et al., 2021). Elle 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.

Au-delà de l'attrait et des pressions actuelles en faveur de la prescription médicamenteuse (Barnett & Zayas, 2019; Ben Amor et al., 2023; Lapalme et al., 2018), les symptômes des enfants vus en PSC surviennent en réaction à des contextes et situations de vie difficiles qui demandent à être reconnus, qu'il soit question d'évaluer adéquatement leur état de santé globale ou de les accompagner de façon compréhensive dans le cadre de trajectoires de soins et de services centrées sur leur besoins réels (Ben Amor et al., 2023).

À l'occasion des Journées de la PSC 2023, une table ronde a abordé les enjeux associés aux diagnostics en santé mentale chez les enfants et les adolescents suivis en PSC, incluant le TDAH (Ben Amor et al., 2023). Les participant·es ont exprimé des défis, des préoccupations et des questionnements et les conférencier·ères ont émis des recommandations pour la pratique. Les recommandations centrales qui ont été mises de l'avant étaient de travailler la base de sécurité de l'enfant avant de procéder à son évaluation diagnostique, considérer médicamenteusement l'enfant lorsque cela répond à son besoin réel (ex. pour améliorer la disponibilité aux interventions, pour l'apaiser), privilégier les interventions non-pharmacologiques aux interventions médicamenteuses lorsque possible et se donner beaucoup de temps pour apprivoiser la famille et comprendre la situation et l'histoire de l'enfant avant de statuer sur un diagnostic (Ben Amor et al., 2023). Trois ans plus tard, ce rapport s'inscrit dans la prolongation de ces réflexions. Il aborde les principaux constats issus d'une revue de littérature narrative exploratoire et de la consultation de médecins de famille et de pédiatres de la PSC.

Le projet a pour objectif d'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. Il s'inscrit dans la trajectoire d'apprentissage d'une résidente en pédiatrie ayant réalisé un stage d'exposition à la recherche. Dans cette optique, ce rapport ne décrit pas un processus de recherche en bonne et due forme. Il s'appuie sur une recension non-systématique de la littérature scientifique et de perspectives cliniques d'un nombre insuffisant de participant·es pour prétendre à une généralisation possible des résultats. Il ouvre cependant la voie à différents projets susceptibles de permettre une exploration plus fine du positionnement clinique de la PSC auprès des enfants et des familles concernés par le TDAH.

2. Survol des représentations cliniques et statistiques du TDAH

Afin de bien situer l'accompagnement transdisciplinaire du TDAH en PSC, il est essentiel de poser au préalable les bases historiques du concept, de l'ancrer dans sa spécificité et d'aborder l'étiologie de ses symptômes telle que décrite dans la littérature scientifique. Un portrait statistique de la prévalence et de l'incidence du TDAH chez les enfants au Québec est également réalisé, et un bref survol des données probantes est effectué en regard de l'accompagnement des enfants pour qui un TDAH est présumé ou confirmé, incluant la prescription pharmacologique et les pratiques non-pharmacologiques. Finalement, le concept de la médicalisation des difficultés des enfants est décrit plus en détail.

2.1 Les différentes conceptualisations du TDAH

2.1.1 Les représentations historiques du TDAH

Le concept d'hyperactivité, développé en France dans la seconde moitié du 19^e siècle, tire ses fondements à la fois des connaissances issues de la neurologie et la psychiatrie (Ajili-Jung & Dubaut, 2020), avec pour origine le constat d'enfants perçus comme difficiles du point de vue des adultes, voir « ingérables » en classe (Ajili-Jung & Dubaut, 2020, p.95 ; Welniarz, 2011). Après la Seconde Guerre mondiale, une scission s'établit entre la vision française, axée sur la psychodynamique et la lecture psychologique de l'instabilité, et la vision anglo-saxonne, qui s'ancre dans la neurobiologie et les causes organiques de l'agitation (Welniarz, 2011). En 1937, Charles Bradley, un psychiatre américain investi de cette approche biomédicale, réalise des travaux qui mettent en valeur l'efficacité des amphétamines pour réduire les symptômes d'enfants agités en contexte scolaire, et introduit le concept de « lésion cérébrale a minima », qui deviendra le TDAH dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-3) en 1980 (Ajili-Jung & Dubaut, 2020; Welniarz, 2011).

On peut ainsi distinguer l'école de pensée américaine, à l'origine de la conception neurobiologique du TDAH décrite dans le DSM, de l'école de pensée européenne, influencée par le développement de la pédopsychiatrie, qui met plutôt de l'avant les origines psychologiques du TDAH (Ajili-Jung & Dubaut, 2020). Depuis les années 2000, ce débat offre toutefois des voies d'intégration, « *reconnaissant une origine polyfactorielle complexe ayant des déterminants neurobiologiques et environnementaux et impliquant des moyens thérapeutiques multiples* », qui ferait de plus en plus consensus en recherche et en pratique (Ajili-Jung & Dubaut, 2020, p.96).

2.1.2 La définition du TDAH

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des symptômes persistants d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité (American Psychiatric Association, 2013 Dans : Farran, 2023). Pour établir un diagnostic, les symptômes doivent persister pendant au moins six mois, apparaître avant l'âge de 12 ans et induire une altération fonctionnelle dans au moins deux milieux de vie, généralement la maison et l'école (American Psychiatric Association, 2022 Dans : Roberge et al., 2024). Le TDAH se décline en trois sous-types qui évoquent des présentations cliniques distinctes : inattentive prédominante, hyperactive-impulsive prédominante ou combinée (American Psychiatric Association Dans : Roberge et al., 2024).

Figure 1 : Le TDAH ; un diagnostic basé sur une association de symptômes (Roberge et al., 2024)

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

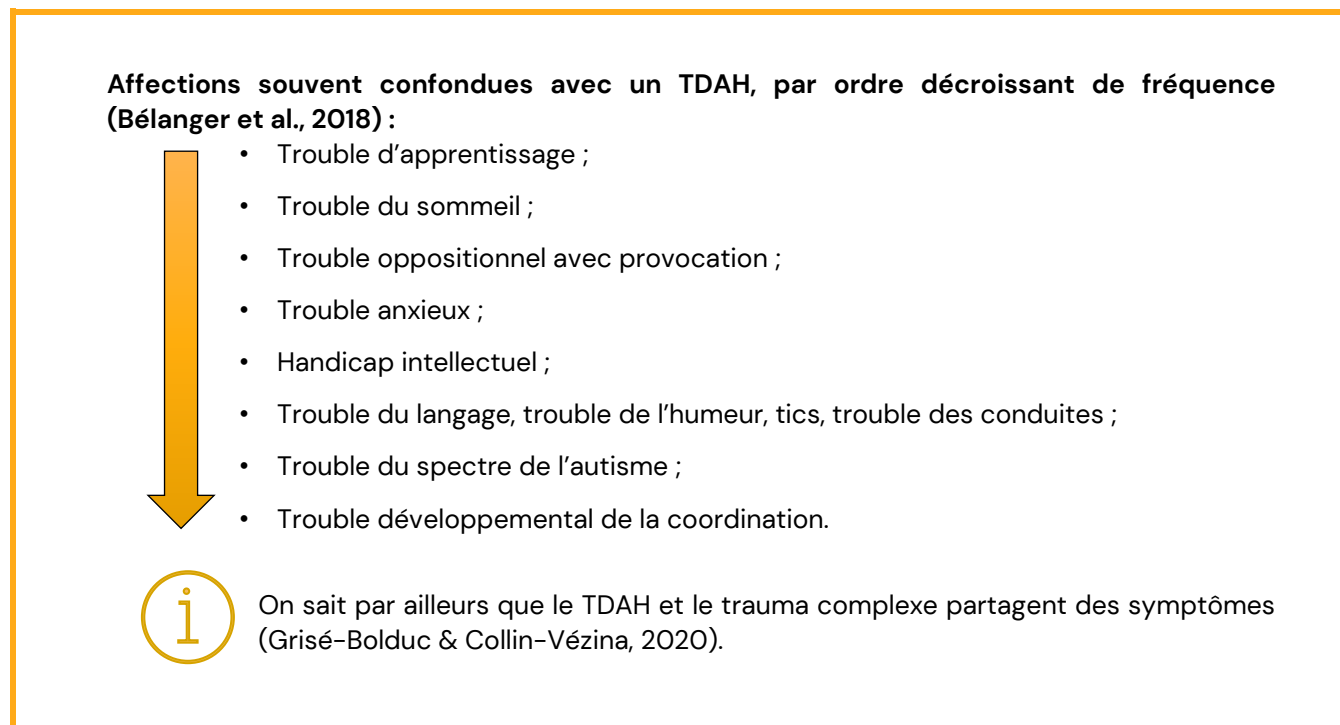
- ... les symptômes doivent être observables avant 12 ans ;
- ... la présence des symptômes doit être constatée dans au moins deux milieux de vie de l'enfant ;
- ... les symptômes doivent entraîner une altération réelle du fonctionnement ;
- ... **les symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par d'autres troubles.**

Le diagnostic différentiel et les comorbidités du TDAH

Lafortune (2023) note que les distinctions entre une manifestation comportementale s'inscrivant dans une trajectoire normale de développement, une réaction temporaire et isolée à une situation de vie ou les premières manifestations d'un trouble sont parfois difficiles à faire. Au-delà de ces considérations, il faut également être en mesure de confirmer que les symptômes observés sont effectivement les manifestations d'un TDAH. Dans cette perspective, 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. Dans la pratique clinique, cette distinction est complexe car les symptômes se chevauchent souvent (Ajili-Jung & Dubaut, 2020; Roberge et al., 2024). Plusieurs troubles ou situations peuvent donner lieu à des manifestations d'inattention, d'agitation ou d'impulsivité chez les enfants, sans qu'il ne s'agisse d'un TDAH, notamment des troubles de la santé mentale, des troubles du spectre de l'autisme, des troubles de l'attachement, des traumas

interpersonnels, des contextes environnementaux défavorables et des conditions médicales (Ajili-Jung & Dubaut, 2020; Ben Amor et al., 2023; Roberge et al., 2024).

Figure 2 : Troubles qui partagent des symptômes communs avec le TDAH



Le TDAH peut aussi s'observer de façon concomitante à d'autres conditions, ce qui peut complexifier le diagnostic. Les comorbidités sont fréquentes, touchant environ deux tiers des jeunes ayant un TDAH (Chagnon, 2006 Dans : Ajili-Jung & Dubaut, 2020). Elles incluent le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et les troubles des conduites (30% à 40% des cas) (Schmidt & Petermann, 2009 Dans : Farran, 2023), les troubles de l'apprentissage (dans 25% à 40% des cas) (Noel et al., 2013 Dans : Farran, 2023) et du développement, les troubles de la santé mentale, les troubles liés à l'usage de substances, les troubles neurodéveloppementaux et les problèmes de santé physique. Les personnes ayant un TDAH sont plus à risque de souffrir de troubles du sommeil (25% à 30% des cas) (Schmidt & Petermann, 2009 Dans : Farran, 2023) et d'obésité (Binta Diallo et al., 2019). Un traumatisme craniocérébral (TCC) peut aussi entraîner l'apparition d'un TDAH dit « secondaire » ou « acquis » (Roberge et al., 2024).

En 2015-2016 au Québec, il était estimé que la proportion de personnes présentant plus d'un trouble à la fois était plus importante parmi les personnes ayant un diagnostic de TDAH, comparativement à la population générale sans TDAH. Les indicateurs présentant les différences les plus importantes étaient les troubles

mentaux de manière générale (64,4% contre 24,0%), les troubles anxiodépressifs (30,9% contre 11,1%), le retard du développement (28,3% contre 6,6%) et les traumatismes (77,6% contre 62,8%)(Binta Diallo et al., 2019). Environ un tiers des enfants ayant un TDAH rencontreraient aussi une difficulté langagière (Bélanger et al., 2018). Une étude américaine récente (Yerys et al., 2025) indique que les adultes faisant l'objet d'un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) ont des taux de TDAH dix fois plus élevés que la population générale. Notamment pour les enfants avec un TDAH et un TSA concomitant, le diagnostic de TSA peut venir jusqu'à trois ans plus tard (Clark & Bélanger, 2018). Cela laisse suspecter que le diagnostic de TDAH puisse être posé plus rapidement que d'autres diagnostics dans la trajectoire développementale d'un enfant.

2.1.3 Les contributeurs possibles aux symptômes du TDAH

À l'issue d'une revue systématique de la littérature, Farran (2023) identifie quatre modèles pouvant expliquer l'origine des symptômes du TDAH, soit le modèle biomédical, le modèle développemental, le modèle psychodynamique et le modèle des relations parents-enfants. Ce cadre nous servira d'outil pour représenter différents modèles issus de la littérature scientifique, sans supposer à l'avance que le PSC se réclame de l'un ou de l'autre. Nous ne visons pas par cette démarche à être exhaustives, soit à documenter l'ensemble des variables associées à la survenue de symptômes compatibles avec un TDAH, mais simplement à offrir une vue d'ensemble des perspectives documentées sur le sujet. Farran (2023) dénote tout d'abord en Amérique du Nord une « *domination culturelle des explications génétiques et développementales* » (p.16), qui correspondent aux deux premiers modèles qui seront décrits (Farran, 2023).

Le modèle biomédical

Ce modèle conçoit l'origine du TDAH sous un angle principalement organique et biologique. Il s'appuie sur quatre éléments, soit la génétique (i.e. les hypothèses des déficits de dopamine ou de noradrénaline), la structure du cerveau (p.ex une réduction globale du volume cérébral et des particularités au niveau du cortex préfrontal et du cervelet chez les enfants ayant un TDAH), la neurotransmission et l'interaction biologie-environnement (i.e. la malléabilité des gènes (plasticité) en fonction des expériences vécues par les enfants, qui prédisposeraient au TDAH).

Les hypothèses génétiques et biomédicales ne décrivent pas de relation de cause à effet entre les facteurs étudiés et la survenue d'un TDAH (Farran, 2023). Les évidences les plus robustes en appui à ces modèles concernent l'héritabilité du TDAH. Par exemple, lorsqu'un membre de la famille présente un TDAH, la probabilité qu'un parent du premier degré présente aussi un TDAH est augmentée de cinq fois (Kotte et al.,

2013 Dans : Farran, 2023). Toutefois, la neurobiologie du TDAH demeure encore mal connue et la recherche doit se poursuivre pour arriver à valider scientifiquement bon nombre d'hypothèses émises en ce sens, notamment à propos des liens multiples et complexes entre les fonctions cérébrales, les mécanismes inflammatoires, la plasticité cérébrale, le stress oxydatif et le TDAH (Farran, 2023).

Le modèle développemental

Ce modèle se concentre sur les facteurs environnementaux et les risques externes présents tout au long du développement de l'enfant, tels que la qualité de la nutrition, l'exposition aux écrans, les agents toxiques, les facteurs périnataux, l'adversité sociale et le développement socio-affectif des enfants.

Le TDAH serait lié aux maladies atopiques telles que l'asthme, l'eczéma et les rhinites allergiques (Van des Shans et al., 2017 Dans Farran, 2023). Les enfants présentant ces maladies sont de 30% à 50% plus à risque de développer un TDAH que les autres. En ce qui concerne l'exposition aux écrans, plus d'études seraient requises, afin de préciser la force de l'association statistique avec l'expression des symptômes du TDAH. Farran (2023) reconnaît la vraisemblance du lien entre le développement du TDAH et l'exposition à des agents polluants, tels que le mercure et les polluants atmosphériques, sans toutefois avoir recensé suffisamment d'études pour établir des liens de causalité avec le TDAH. Concernant les multiples facteurs périnataux ayant fait l'objet d'études (prise de médicaments durant la grossesse, exposition à la cigarette et à l'alcool, surpoids de la mère, naissance prématurée, processus d'allaitement, etc.), les relations causales avec l'apparition du TDAH ne sont pas non plus démontrées scientifiquement, quoique des associations statistiques aient été observées.

Farran (2023) note aussi dans la littérature scientifique la fréquence généralement plus élevée de symptômes de type émotionnel chez les enfants présentant un TDAH, par exemple des crises de colère, de la labilité ou de l'irritabilité, avec pour hypothèse explicative une régulation émotionnelle dépendante d'un contrôle exécutif affecté par le TDAH (Barkley, 1997 ; Purper-Ouakil et Franc, 2011 Dans : Farran, 2023). Graziano et Garcia (2016) (Dans Farran, 2023) relèvent que plusieurs domaines de dysrégulation des émotions sont plus souvent altérés chez les enfants qui présentent un TDAH, par exemple la reconnaissance et la compréhension des émotions, la régulation des émotions et l'empathie.

Le modèle psychodynamique

Ce modèle se penche sur les conflits intrapsychiques d'ordre affectif et le développement de la personnalité des enfants. Il est développé suivant une méthode d'analyse différente des autres modèles recensés, sous forme de rubriques narratives, expliquant l'absence d'associations statistiques permettant d'appuyer les propositions théoriques recensées (Farran, 2023). Tel que nous l'avons relevé précédemment, il s'inscrit en rupture historique avec le modèle biomédical investi par l'approche médicale du TDAH, et ne présente pas un niveau équivalent de preuves scientifiques, du moins en termes de preuves quantifiables. Si le modèle psychodynamique n'est pas universellement reconnu en Amérique du Nord, il constitue néanmoins un point de repère intéressant pour admettre qu'il puisse exister différentes perspectives culturellement situées face à l'interprétation des symptômes associés au diagnostic du TDAH.

Encore ici, la littérature est particulièrement vaste et ne sera pas couverte dans toute son étendue par souci de synthèse. Parmi les théories psychodynamiques les plus connues pour expliquer l'émergence du TDAH, Farran (2023) mentionne les travaux de Levet (2007 ; 2011) sur l'impact des structures familiales sur le développement de l'enfant qui présente un TDAH. Ce modèle s'intéresse plus précisément aux impacts de la relation fusionnelle de l'enfant à la mère, qui freine l'autonomie et l'individuation de l'enfant. Dans les familles où le père est disqualifié ou absent, l'enfant aurait plus de difficulté à intérioriser les limites et les autres formes d'autorité, conduisant à des comportements externalisés qui se lient aux symptômes du TDAH. Courtois et al. (2007) (Dans Farran, 2023) appréhendent tant qu'à eux la symbolique des apprentissages en contexte scolaire. Ils décrivent le portrait d'enfants en symbiose avec leur mère, pour qui le processus de séparation d'avec elle s'avère particulièrement angoissant, de sorte à générer des symptômes d'hyperactivité. Selon Bergès (2005) (Dans Farran, 2003), l'agitation motrice des enfants peut aussi être liée à la dépression maternelle post-natale, à titre de mécanisme compensatoire.

Le modèle des relations parents-enfants

Ce modèle accorde une importance centrale à la qualité du lien et à la dynamique familiale dans laquelle évoluent les enfants. Il concerne l'influence l'attachement, de la santé mentale des parents et des pratiques parentales sur les manifestations des symptômes compatibles avec un TDAH. Pour Farran (2023), « *l'articulation entre le TDAH et le thème de l'attachement soulève la question du diagnostic différentiel, ce qui renforce à nouveau l'hypothèse d'un trouble multifactoriel* » (p.26). De nombreuses études ont en effet établi des liens entre le TDAH et les perturbations de l'attachement (Franc et al., 2008 ; Dutray, 2010 ; Wertz et al., 2012 Dans : Farran, 2023), étant donné que les troubles de l'attachement amèneraient chez les enfants

des difficultés de régulation interne (Cassidy, 1994 Dans : Farran, 2023) associées à une labilité des émotions et à des troubles de la conduite fréquents chez les enfants présentant un TDAH. À l'inverse, la qualité des soins parentaux représenterait un facteur de protection contre la survenue de complications évolutives du TDAH, incluant les troubles du comportement.



Le TDAH : une entité diagnostique stable dans le temps?

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 distinct (Farran, 2023). Cette approche par association de symptômes consiste à observer les manifestations comportementales chez l'enfant pour conclure ou non au diagnostic. Il n'existe pas de test infaillible pour conduire à la présence du TDAH chez un enfant. Or, l'état actuel des connaissances scientifiques permet de conclure que l'expression des symptômes est vraisemblablement impactée par la nature du contexte familial et social. Si l'on admet que les symptômes du TDAH ne trouvent pas toujours leur origine dans la neurobiologie de l'enfant, est-ce adéquat de poser des diagnostics trop rapidement et sans qu'ils ne fassent l'objet de réévaluations dans le temps, sachant que les contextes familiaux et sociaux sont potentiellement évolutifs? Et comment aborder alors la question du diagnostic différentiel en contexte de vulnérabilité?

2.2 La médicalisation des difficultés des enfants au Québec : le cas du TDAH

Pour mieux comprendre le contexte dans lequel se situe notre réflexion critique à propos de la médicalisation des difficultés des enfants et des adolescent·es sous l'angle du TDAH, il est important de prendre en compte le portrait statistique du diagnostic et de la prescription médicamenteuse au Québec et ailleurs dans le monde. La prévalence du TDAH chez les 1 à 24 ans a quadruplé au Québec depuis le début des années 2000 (Institut national de santé publique du Québec, 2026). Les statistiques les plus récentes (2023-2024) situent la prévalence du TDAH au Québec à 3,9% (tous sexes réunis, 1-24 ans) (Institut national de santé publique du Québec, 2026). 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-Laurent (Institut national de santé publique du Québec, 2026). Ces différences interrégionales pourraient être liées à la disponibilité inégale des ressources professionnelles et aux trajectoires de soins propres à chaque territoire (Binta Diallo

et al., 2019). Au Canada, la prévalence du TDAH se situe entre 3 % et 9 % chez les enfants et les adolescents, et entre 3 % et 7 % chez les adultes (D'Auray et al., 2024). Ces prévalences sont similaires à celles observées au plan international (Binta Diallo et al., 2019). Près de deux fois plus de garçons que de filles sont atteints de TDAH (Institut national de santé publique du Québec, 2026). Le fait que les garçons soient plus diagnostiqués et diagnostiqués plus tôt que les filles pourrait s'expliquer par davantage de comportements extériorisés observés chez les garçons (Binta Diallo et al., 2019). L'effet de l'âge en milieu scolaire influence également les taux : les enfants nés en septembre, qui sont les plus jeunes de leur classe, ont 35 % plus de risques de recevoir un diagnostic que leurs pairs plus âgés nés en octobre (Haeck et al., 2023 Dans : Roberge et al., 2024). La prévalence du TDAH est également plus élevée chez les enfants issus de milieux socioéconomiques défavorisés (Binta Diallo et al., 2019; Russell et al., 2016). Des méta-analyses indiquent que les enfants issus de familles à faible statut socio-économique sont 1,85 à 2,21 fois plus susceptibles d'avoir un diagnostic de TDAH que leurs pairs de milieux favorisés (Russell et al., 2016). 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% (dosReis et al., 2001; Zeanah et al., 2004; Oswald et al., 2010 Dans : Barnett & Zayas, 2019).

Il n'existe pas de traitement curatif pour le TDAH. Les lignes directrices des associations professionnelles préconisent une approche multimodale qui combine la pharmacothérapie et les interventions non pharmacologiques (D'Auray et al., 2024). Pour les jeunes de moins de 18 ans, les interventions comportementales, qui visent à enseigner l'adoption de comportements appropriés tout en réduisant les comportements problématiques dans divers milieux, et l'entraînement aux habiletés parentales (pour les parents d'enfants de moins de 12 ans) sont les pratiques psychosociales les mieux appuyées par les données probantes (D'Auray et al., 2025; Roberge et al., 2024). L'activité physique régulière est également reconnue comme une pratique prometteuse pour réduire les symptômes du TDAH (D'Auray et al., 2025). En ce qui concerne l'efficacité d'autres approches comme le neurofeedback, l'entraînement des fonctions cognitives ou les régimes alimentaires restrictifs, leurs impacts sur la réduction des symptômes du TDAH ne sont pas clairement démontrés à ce stade (D'Auray et al., 2024).

Les prescriptions de médicaments spécifiques au TDAH ont connu une hausse importante dans les dernières décennies, passant de 1,9 % à 7,7 % entre 2000 et 2020 chez les 24 ans et moins inscrits au Régime public d'assurance médicaments (Binta Diallo et al., 2022). La prescription de médicaments pour TDAH a varié de 3,2 % à 14,4 % d'une région à l'autre en 2019-2020 (Binta Diallo et al., 2022). Par ailleurs, on assiste à un accroissement de la polypharmacie chez les jeunes (D'Auray et al., 2024; Lafortune, 2023;

Lafortune et al., 2012; Roberge et al., 2024). On constate moins de prescriptions pour les personnes vivant dans des milieux très favorisés économiquement ainsi que dans des milieux défavorisés sur le plan social (Binta Diallo et al., 2022). La médication semble donc plus prévalente parmi les milieux allant de moyennement favorisés à favorisés. Selon l'INESSS, pour 2017-2018, 4 % des 25 ans et moins prennent la médication pour le TDAH au Canada, comparativement à 8,1 % au Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2026).

Or, malgré un ensemble de voies thérapeutiques disponibles, il a été observé que le principal traitement utilisé pour le TDAH au Québec demeure la prise de médication (Brault et al., 2021). Pour Lafortune (2023), le médicament représente un objet social, au sens où il prend une valeur symbolique qui dépasse ses propriétés pharmacologiques. Pour les patients, le médicament peut avoir des représentations variées, par exemple être associé à un soin bénéfique ou au contraire à une forme de contrainte. Du point de vue des médecins et des intervenant·es, la prescription médicamenteuse peut donner le sentiment d'agir sur la situation et de contribuer à la guérison, sans toutefois que son usage ne soit dans les faits nécessaire ou précisément indiqué sur le plan médical. Face à ces constats, des chercheur·es universitaires ont récemment dénoncé la problématique de la médicalisation des difficultés des enfants au Québec (Brault et al., 2021; Farran, 2023; Lafortune, 2023).

« 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.). » (Brault et al., 2021, p.1).

Brault et al. (2021) soulignent les conséquences multiples de la médicalisation des difficultés des enfants en lien avec le diagnostic du TDAH. Elles évoquent la mise en place de solutions inappropriées aux difficultés réelles, 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) et d'autres répercussions à long terme. En bref, la médicalisation des difficultés des enfants a pour conséquence de centrer les problèmes sur eux·elles. Les problèmes sont alors perçus comme individuels, et essentiellement portés par l'enfant, ce qui enlève beaucoup de responsabilités aux adultes.

Les principaux éléments qui favorisent une interprétation médicale des symptômes pouvant évoquer un TDAH sont l'adhésion aux explications biomédicales du TDAH, des expériences professionnelles ou personnelles positives à l'égard du diagnostic ou de la médication, une méconnaissance du TDAH, un sentiment d'impuissance face aux comportements de l'enfant et ses conditions de vie, le manque de temps, de services et des conditions de travail difficiles (en particulier en contexte scolaire) et une valorisation de la performance scolaire (Brault et al., 2021).

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 vulnérables (Ben Amor et al., 2023). Adopter une perspective critique en relevant le problème de la médicalisation des difficultés des enfants ne conduit pas à remettre en question le TDAH en tant que diagnostic médical possible. C'est plutôt 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 options qui est dénoncée ici (Ben Amor et al., 2023).

3. La démarche méthodologique

3.1 Méthodes

Un guide d'entretien semi-dirigé a été développé à l'intention des médecins de famille et pédiatres de la PSC, par une résidente en médecine, sous la supervision de la coordonnatrice scientifique de l'IPSC. Il a été conçu pour soutenir la conduite d'entretiens qualitatifs individuels d'une durée approximative d'une heure. Les entretiens ont été réalisés par la résidente en médecine. Ils ont eu lieu en ligne, par vidéoconférence. Ils ont été enregistrés et retranscrits afin d'en faciliter l'analyse thématique. Celle-ci a été complétée par la coordonnatrice scientifique à l'aide du logiciel NVivo 11 et suivant un arbre de codification semi-ouvert afin de prendre également en compte les thématiques qui ont émergé des entretiens sans attente préalable.

Les thèmes abordés en cours d'entretien étaient les suivants :

1. Le parcours professionnel des participant·es ;
2. Leur approche 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 suivi·es en PSC.

3.2 Profil des participant·es

Deux médecins de famille et deux pédiatres ont participé aux entretiens semi-dirigés. Trois d'entre eux-elles ont été impliqués dans la fondation d'un centre de pédiatrie sociale en communauté (CPSC). Deux participant·es pratiquent en région et deux participant·es à Montréal. Sans représenter une liste exhaustive, les participant·es cumulent une expérience de travail collective qui s'est étendue, au fil des ans, à une grande diversité de milieux de pratique et de champs d'expertises, notamment la pratique :

- Pédiatrique (n=4) ;
- Au près de populations défavorisées (n=4) ;
- En CLSC (n=3) ;
- À domicile (n=3) ;
- À l'urgence (n=1) ;
- En soins palliatifs (n=1) ;
- En néonatalité (n=1) ;
- En obstétrique (n=1) ;
- Dans les écoles (n=1) ;
- Dans les organismes communautaires (n=1) ;
- En région éloignée (n=1).

4. Les perspectives partagées par les médecins de la PSC

Sans disposer de statistiques précises, les médecins de famille et pédiatres rencontrés estiment que plus de la moitié des enfants vus en PSC font l'objet d'un diagnostic de TDAH. Ils-elles abordent quatre points centraux en cours d'entretien pour décrire les enjeux liés à l'évaluation, au diagnostic et à l'accompagnement médical du TDAH, soit (4.1) le TDAH en tant que concept évolutif et déterminé socialement, (4.2) la réalité particulière des enfants en situation de vulnérabilité, (4.3) les aspects distinctifs de l'accompagnement du TDAH en PSC et (4.4) les perspectives sur l'amélioration continue de la pratique de PSC en matière de TDAH. Des perspectives critiques à propos des retombées négatives de la médicalisation des difficultés des enfants sont exprimées de manière transversale par les participant·es, à travers l'exploration de chacune de ces thématiques.

4.1 Le TDAH en tant que concept évolutif et déterminé socialement

Alors que les manuels diagnostiques présentent une vision arrêtée des critères diagnostiques du TDAH, les médecins de famille et pédiatres consulté-es notent qu'il s'agit d'un concept qui a évolué dans le temps, et dont les représentations ont entre autres été façonnées au gré des progrès scientifiques, de même que par la culture et les normes sociales. Des participant-es évoquent un temps de leur pratique où le TDAH était désigné par l'appellation « dysfonction cérébrale minime » (P2) ou « minimal brain damage » (P4), ce qui correspond, comme nous l'avons précisé plus tôt, à une grille d'analyse essentiellement biomédicale des troubles neurodéveloppementaux.

« Un enfant qui était agité puis qui brassait un peu, surtout les gars de toute façon au début, les filles, on n'en voyait pas beaucoup, étaient étiquetés dysfonction cérébrale minime, boum, médication. (...) Sauf que c'était très médical et très peu environnemental, expliquant les TDAH vrai ou faux, là. » (P2)

« En fait, dans ma formation, on disait que le TDAH faisait partie des Minimal Brain Damage, et que ça se présentait dans des contextes où un enfant avait eu de l'adversité au niveau périnatal, tu sais, des événements, des antécédents périnataux, ou une méningite en bas âge, ce que ne je nommais tantôt, ou un trauma en bas âge, ou tout ça, qui avait amené des dommages minimaux, mais qu'on n'était pas capable de diagnostiquer d'une façon précise. » (P4)

Des participant-es expriment que les attitudes et raisonnements cliniques vis-à-vis du diagnostic et de la prescription médicamenteuse observés dans leurs milieux de pratique ont évolué dans le temps. Ils-elles expliquent comment les cultures de pratique en viennent à influencer les grandes tendances diagnostiques et prescriptives. Un-e participant-e évoque une époque où la prescription de psychostimulants était perçue négativement par les acteurs du milieu scolaire. Un-e autre participant-e explique que quelques années plus tard, il était mal vu de dénoncer le surdiagnostic du TDAH au Québec.

« (...) c'est comme s'il y avait un retour au diagnostic TDAH rapide, assez impressionnant. (...) Mais les enseignants se plaignaient. Il y avait des discussions dans les médias. Et ils disaient que c'était, au début, une drogue dangereuse pour les enfants, (...). Mais tranquillement, ça a évolué, puis ils en sont venus éventuellement à en demander (...) sans considérer l'environnement. » (P2)

« Puis ça a pris du temps avant que la société dise oui, c'est vrai qu'on surdiagnostique puis qu'on surtraite le TDAH. Maintenant, on le dit, mais avant ça, c'était comme tabou. On ne pouvait pas dire ça. » (P4)

Des participant-es notent également une variabilité dans la façon dont le TDAH est perçu entre les cultures, qui interpelle le rapport entre les normes sociétales et la conceptualisation du TDAH.

« (...) notre lecture du développement de l'enfant, elle est biaisée culturellement parlant (...). » (P4)

Des participant-es relèvent que dans certains pays, le TDAH n'est pas reconnu et ses symptômes peuvent être interprétés, par exemple, comme la conséquence de troubles d'apprentissages ou encore de difficultés d'origine psychosociale. Une participant-e souligne que l'« enfant qui dérange » (P3), est perçu et accompagné différemment selon la culture d'appartenance.

« C'est fou comme ce diagnostic-là n'est pas mis de l'avant tant que ça en Europe. On va parler d'un enfant qui a des enjeux d'apprentissage, puis on va mettre des choses en branle pour aider cet enfant-là. Mais, tu sais, on est très, très, très loin du nombre d'enfants traités avec des psychostimulants par rapport au Québec. (...) Puis même, il y a quelques années, le TDAH, ce n'était même pas un diagnostic tant connu en Europe. (...) Mais je trouve qu'au niveau du soutien communautaire, le tissu social me semble plus solide en Europe qu'ici. (...) Donc tout ça va avoir des impacts sur la façon de voir, justement, l'enfant qui dérange. » (P3)

« Il y a deux pédiatres immigrants qui sont venus pratiquer dans les bureaux à côté de moi (...). Puis ils sont arrivés et n'avaient aucune espèce d'idée du TDAH. Ça n'existait pas dans leur pays. Ils ne traitaient pas ça. En Tunisie, là, eux-autres, ben c'était une histoire de... Occupez-vous de l'enfant. C'était : il y a d'autres choses à regarder, là. C'est psychosocial, ce n'est pas médical, ça. Donc ils sont arrivés, puis il a fallu qu'ils se forment à ça. Mais ils étaient estomaqués de voir que... Ben voyons, qu'est-ce que c'est ça? » (P4)

Remarquant les tendances diagnostiques et prescriptives à la hausse et notant que le TDAH est actuellement plus fréquemment diagnostiqué au Québec comparativement à ailleurs dans le monde (P2, P4), des participant-es évoquent l'influence de « modes » (P1, P2) qui incitent au surdiagnostic et à la médication inadaptée aux besoins réels des enfants.

« On suit des modes. C'est des modes, là, TDAH, TSA... » (P2)

« La Risperidone est un peu à la mode. Et même dans les guidelines, tu regardes les articles de la Société canadienne de pédiatrie pour des enfants qui ont des grands troubles du comportement. Donc ça, ça ne tient pas compte des traumas. » (P1)

Le discours des participant-es converge donc à l'effet que les tendances diagnostiques et prescriptives évoluent en fonction de facteurs qui ne sont pas exclusivement liées aux besoins des enfants (P3, P4). Il-elles notent un intérêt des compagnies pharmaceutiques à exploiter un marché dans un but essentiellement lucratif, sans nécessairement considérer l'intérêt supérieur des enfants.

« Les compagnies pharmaceutiques poussent-elles plus ici qu'en Europe? » (P3)

« Puis moi, j'en veux aux compagnies pharmaceutiques parce que, écoute, ils sont rentrés dans un créneau avec une subjectivité diagnostique, puis ils en ont profité. C'est mon opinion personnelle. On a manqué de rigueur scientifique. (...) Ils ont été formés eux-mêmes les médecins, les intervenants. Puis ils envoyaient des infirmières dans les GMF pour former les gens au TDAH. (...) 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)

Un-e participant-e souligne qu'au Québec en particulier, les conditions sont favorables pour que les compagnies pharmaceutiques tirent profit de la situation, en raison de la couverture offerte par l'assurance-médicaments.

« Au Québec en particulier, puis ma lecture personnelle de ça, c'est que à partir du moment où on a eu l'assurance-médicament, c'est devenu complètement un autre tableau. Parce que tous les médicaments du TDAH, ben, pas tous... Au début, il n'y en avait pas autant que maintenant. Donc le Ritalin, le Concerta étaient gratuits, étaient payés. Ça a été la folie furieuse. » (P4)

Les participant-es à la consultation évoquent également d'autres « enjeux sociétaux » (P3), plus précisément la « surstimulation » des enfants (P3), incluant la surexposition aux écrans, ainsi que la pression de performance imposée aux enfants en contexte scolaire (P3, P4), qui contribuent ensemble à une prévalence plus élevée de symptômes pouvant évoquer le TDAH et à la prise en charge médicale de problématiques d'origines sociales.

« Il y a une surstimulation continue que je me demande jusqu'à quel point cette espèce d'effervescence, d'émergence des diagnostics de TDAH, ce n'est pas aussi un petit peu un reflet de nos enfants tout le temps, tout le temps en stimulation. Je veux dire, j'ai des parents qui arrivent là, puis ils me disent : le mardi soir il a ses cours de mandarin, le mercredi soir, il y a 2 h de karaté, là. Il a même plus une demi-heure à lui dans sa semaine pour juste être capable de se poser, puis de partir dans son petit imaginaire. Il est tout le temps bombardé de 3 millions de choses. » (P3)

« Mais je pense que la société met la barre très haute dans la performance scolaire aussi, et que ça, ça contribue à augmenter la nécessité de la maintenir [la médication]. » (P4)

En somme, bien au-delà des contributeurs qui pourraient trouver leur source dans la neurobiologie de l'enfant, le discours des participant-es donne de l'importance aux éléments macrosociaux qui influencent les tendances diagnostiques du TDAH et la prescription de médicaments en conséquence. Elles-ils constatent également que les critères diagnostiques du TDAH ont évolué dans le temps, ce qui met en évidence la fluidité du concept. Leurs témoignages décrivent comment la construction du TDAH en tant qu'entité clinique reste influencée par les normes sociétales, ici comme ailleurs dans le monde.

4.2 Diagnostiquer et traiter le TDAH en contexte de vulnérabilité

Du point de vue des participant-es, diagnostiquer et traiter le TDAH adéquatement en contexte de vulnérabilité implique de prendre en compte à la fois les séquelles et symptômes des « environnements toxiques » (P2) / « stress toxiques » (P1) et des « traumatismes complexes » (P1, P2, P3, P4). Ces éléments sont explicités dans la section 4.2.1., qui traite globalement de la complexité diagnostic du TDAH en PSC. Les implications pour le traitement et l'accompagnement du TDAH, toujours du point de vue des participant-es, sont décrites dans la section 4.2.2.

4.2.1 Des indicateurs de vulnérabilité à prendre en compte

Les participant-es mettent en évidence deux indicateurs de vulnérabilité qui sont largement, voir systématiquement observés chez les enfants vus en PSC, soit les « environnements toxiques » (P2) / les « stress toxiques » (P1) et les « traumatismes complexes » (P1, P2, P3, P4). Dans les deux cas, la chronicité du stress vécu par les enfants en l'absence de soutien adéquat des adultes significatifs pour y pallier est en cause.



Le stress toxique

« Un stress toxique peut apparaître lorsque l'enfant est confronté à une situation oppressante chronique entraînant une réponse prolongée au stress. On observe ainsi un stress toxique chez des enfants qui se sentent en insécurité sur une longue période et ne bénéficient pas de l'effet tampon procuré par la présence d'adultes qui prennent soin d'eux et les soutiennent. » (UNICEF, 2026)

Du point de vue des participant·es, le stress toxique représente effectivement un fondement théorique phare qui oriente les pratiques cliniques en PSC :

« (...) on a amené la notion de l'environnement toxique. (...) beaucoup des cas de TDAH ont une comorbidité environnementale. » (P2)

Les enfants et les membres de leur famille qui sont rejoints par les services de PSC vivent ou ont vécu, à des degrés divers, un cumul de conditions de vie adverses, par exemple de la maltraitance, de la précarité économique et de la violence au sein de leur communauté. Du point de vue des participant·es, ces éléments, qui affectent le développement global des enfants, sont mis en relation avec la symptomatologie qu'ils présentent et deviennent le point de départ pour déployer la lecture clinique de leur situation. Il ne s'agit donc pas d'évaluer les symptômes de l'enfant simplement pour ce qu'ils sont, en dehors d'une prise en compte des contextes de vie et des réalités qui s'y rattachent. Toutes les participant·es notent d'entrée de jeu qu'en PSC, que le TDAH se présente rarement de façon isolée, sans autres comorbidités associées (P1, P2, P3, P4).

« C'est parce qu'en pédiatrie sociale, des TDAH purs, on n'en a pas beaucoup. » (P4)

« Mais beaucoup des cas de TDAH ont une comorbidité environnementale. Donc je ne suis pas contre le Ritalin, mais je suis contre le fait qu'on néglige la comorbidité environnementale (...). Les Américains parlaient des 3 A's : autism, ADHD, anxiety. Et tous nos enfants entrent dans ces catégories-là. Puis ils ont effectivement tous de l'anxiété, mais elle n'est pas primaire, elle est habituellement secondaire à des environnements morbides. Ce qui vaut pour le TDAH vaut aussi pour le TSA. » (P2)

« Tu sais, t'avais des médecins qui étaient très, très... Qui regardaient la chose vraiment de façon très isolée. Le TDAH, on traite ça de même, on fait ça de même. Puis les autres, il y en avait qui se questionnaient. » (P4)

Un-e participante exprime que les difficultés attentionnelles s'expriment plus intensément sous l'effet du stress environnemental, pouvant laisser croire à la présence d'un TDAH alors que ce n'est pas le cas.

*« (...) on doit vraiment mettre l'emphase sur l'environnement dans lequel cet enfant-là vit ou a vécu, même à partir de la grossesse. (...) Est-ce qu'il y a eu des stress importants?
(...) Je pense qu'il y a des moments dans la vie où oui, t'as peut-être des fragilités attentionnelles de base, mais elles vont s'exprimer beaucoup plus intensément si t'es dans un stress, t'es dans un moment où ton papa est malade puis que tu deviens un peu en hyper vigilance parce que t'es plus capable d'être complètement attentif et disponible aux apprentissages. Donc ça avoir l'air d'un TDAH, mais finalement c'en n'est pas tout à fait un. (...) » (P3)*

Un-e autre participant-e témoigne de plusieurs histoires de cas tirés de sa pratique médicale, où les symptômes d'agitation et les problèmes attentionnels étaient renforcés par des environnements toxiques, en l'occurrence l'insalubrité des logements des enfants concernés.

« (...) quand j'ai revu cet enfant-là, puis qu'on s'est assis, il ne dormait plus parce que la nuit, il y avait des petits... 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)

« Même chose, on a des enfants qui ont des TDAH, mais qui vivent dans des milieux très insalubres qui stimulent leurs adénoïdes, leurs amygdales, ce qui fait qu'ils se bouchent les oreilles. Ils deviennent sourds. Ce qui fait que j'ai un TDAH qui ne va plus parce que dans le fond, je n'entends plus rien. Quand Madame Gisèle, elle dit : sort ton cahier bleu, bien, ce n'est pas tant de l'opposition, c'est que je ne l'ai pas entendue, tu comprends? » (P1)

Les participant-es à la consultation soulignent par ailleurs qu'une majorité d'enfants vus en PSC présentent des traumatismes complexes.

Le trauma complexe

« Le trauma complexe est une condition qui résulte de l'exposition prolongée à des traumas interpersonnels. Ces événements impliquent généralement le parent ou la personne qui prend soin de l'enfant et surviennent lors de périodes sensibles, où l'influence de l'environnement sur le développement neurobiologique est très importante. (...) Les traumas de nature interpersonnelle incluent notamment l'abus, la négligence, l'abandon, le vécu en institution, l'exposition à la violence conjugale et l'expérience en tant que réfugié. » (St-Pierre, 2022) (p.1).

Si les stress toxiques vécus par les enfants ne sont pas nécessairement accompagnés de trauma complexe, les participant·es témoignent à l'effet que ces deux indicateurs de vulnérabilité co-existent souvent chez les enfants qu'ils-elles voient dans leur pratique. Dans les deux cas, il est noté que la surexposition cérébrale chronique à des niveaux de cortisol élevés impacte les fonctions exécutives des enfants et les prédisposent au TDAH.

*« On sait que les traumas complexes, (...) via les hormones des stress qui sont toxiques pour le cerveau, des enfants, vont affecter le cortex préfrontal. Donc ces enfants-là, plus que les voisins, auront des TDAH, donc des fonctions exécutives moins performantes, d'une part. (...) comme ces enfants-là ont des cerveaux qui ont été atteints par beaucoup trop de cortisol, ben, c'est sûr qu'ils ont plus de troubles d'apprentissage que les voisins. »
(P1)*

Que le trauma complexe coexiste ou non dans les faits avec un diagnostic confirmé de TDAH, les participant·es observent que certains symptômes sont les mêmes, notamment une difficulté à se concentrer, un enfant qui se montre facilement distrait, désorganisé, hyperactif, agité ou encore qui présente des difficultés de sommeil (P1). De la même façon que pour les environnements de vie toxiques, cela pose des enjeux pour le diagnostic différentiel.

« [Ces enfants] Auront aussi des symptômes parfois sans avoir de TDAH, qui vont un peu mimer un TDAH parce qu'il y a des symptômes qui sont pareils. Être dans la lune, ça peut être un symptôme de TDAH, mais ça peut être un symptôme de dissociation qui est relié au trauma complexe, et bien malin qui peut faire la différence. » (P1)

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

4.2.2 Les aspects distinctifs de la trajectoire d'accompagnement du TDAH en PSC

Les perceptions des participant-es à la consultation convergent vers une représentation du processus diagnostic du TDAH qui prend en compte la complexité des situations cliniques rencontrées en PSC. Le traitement et l'accompagnement des enfants et de leur famille suivant le modèle de la PSC est décrit dans ses dimensions écosystémique, transdisciplinaire, sensible aux traumas et respectueuse des droits des enfants.

A) Le diagnostic du TDAH en PSC

« Pour moi, le grand, grand, grand défi, c'est un défi diagnostic. » (P1)

Le diagnostic différentiel du TDAH en PSC est décrit par les médecins de famille et pédiatres rencontrés comme un défi important, en raison de la complexité inhérente à la réalité des enfants en contexte de vulnérabilité et des implications pour les enfants et leur famille.

« (...) on a des situations qui sont complexes pour le diagnostic. On va aller plus loin que pour un enfant qui n'est pas porteur de traumas. » (P1)

« Surtout chez les enfants en difficulté où je voyais que ça n'avait pas d'allure de juste regarder le TDAH. Fait que c'est un peu pour ça que je suis allée en pédiatrie sociale finalement. (...) soyons plus objectifs, ayons une méthode plus rigoureuse. » (P4)

Les participant-es expliquent qu'il est parfois difficile de déterminer si les symptômes observés ont pour cause principale un TDAH ou autre chose, particulièrement pour les enfants ayant vécu un cumul d'adversités. Également, les ils-elles soulignent que plusieurs symptômes sont communs à plusieurs diagnostics potentiels, qui coexistent souvent dans les faits.

« On parle de comorbidités bien sûr, mais c'est au-delà de ça. Il y a aussi des symptômes qui sont les mêmes. Donc notre enjeu, c'est un peu de faire la différence. » (P1)

« (...) ce n'est pas toujours facile, qu'est-ce qui est un vrai TDAH, qu'est-ce qui est un trouble réactionnel du comportement, quel rôle viennent jouer les comorbidités là-dedans, les traumas complexes? » (P2)

Ainsi, les « vrais » TDAH se manifesteraient en l'absence d'éléments issus de l'environnement social pouvant être à l'origine des symptômes observés (P2) et/ou lorsque les symptômes ne correspondent pas clairement aux critères diagnostiques d'un autre trouble (P4). Les médecins de famille et pédiatres rencontrés utilisent par ailleurs l'expression TDAH « pur » (P1, P2) pour décrire les situations où le TDAH se présente seul, sans comorbidités associées, qu'elles soient environnementales ou autres, en spécifiant que dans ces cas : « on n'a pas de doute qu'il y a un contrôle neurologique qui manque » (P2).

Les médecins de famille et pédiatres rencontrés soulignent à quel point le diagnostic du TDAH chez les enfants suivis en PSC est complexe à réaliser. La figure suivante regroupe un ensemble de réalités cliniques qui résultent en des symptômes qui peuvent « mimiquer » (P3) ou « mimer » (P1) ceux du TDAH. La liste ne se veut pas exhaustive, mais témoigne néanmoins des multiples aspects à considérer avant d'arrêter un diagnostic de TDAH lorsqu'on accompagne un enfant issu d'un milieu vulnérable.

Figure 3 : Exemples de réalités cliniques dont les symptômes et séquelles peuvent mimer un TDAH

A) Un contexte social et des habitudes de vie à l'origine de symptômes pouvant évoquer le TDAH :

- Surstimulation des enfants et pression de performance (P3)
- Surutilisation des écrans (P3)

B) Une histoire de vie marquée par de l'adversité vécue dans l'enfance, qui peut prendre différentes formes :

- Environnements et stress toxiques : précarité résidentielle et itinérance (parfois vécue directement par les enfants) (P1), insalubrité du logement (P1), stressseurs chroniques portant atteinte au développement global de l'enfant, incluant les fonctions exécutives (P1, P2).
- Traumas : traumas complexes (P1, P2, P3, P4), stress post-traumatique (P4), traumas physiques (ex. crâniens, séquelles d'une méningite) (P4).
- Maltraitance : exposition à de la violence conjugale (P2), négligence (P3).

Ces réalités entraînent des séquelles dont les symptômes peuvent laisser croire à un TDAH, parmi lesquelles on peut compter :

Des enjeux d'attachement :

- Anxiété de séparation (P4)
- Attachement insécuré (P4)

Des problèmes de santé :

- Problèmes de santé physiques : difficultés auditives (P1), manque de sommeil (P1, P2, P3), parfois secondaire à un problème de santé physique (P3) ou psychologique (P2).
- Problèmes de santé psychologiques : stress aigu en période d'instabilité (ex. séparation conjugale, placement) (P4), dissociation (P1).

D'autres troubles :

- Troubles neurodéveloppementaux : trouble d'apprentissage (P1, P4), déficience intellectuelle (P4), trouble du langage (P1), trouble d'acquisition de la coordination (P1), dyslexie (P1), syndrome de Gilles de la Tourette (P2).
- Troubles du comportement (P1, P2) : trouble réactionnel du comportement (P2), trouble de la conduite secondaire au trauma (P1).

Du point de vue des médecins de famille et pédiatres rencontrés, le TDAH se caractérise par des critères diagnostiques non-spécifiques qui évoquent essentiellement une constellation de symptômes.

« On n'a jamais eu des gros détails diagnostiques pour le TDAH. C'étaient toujours des associations de symptômes qui égalaient un TDAH. (...) Pour moi, ce ne sont pas vraiment des critères, ce sont des grands symptômes qui, quand ils sont associés, produisent un diagnostic de TDAH. » (P2)

Les participant·es relèvent que les critères diagnostiques du TDAH sont à la fois subjectifs et non contextualisés. Deux participant·es dénotent une subjectivité dans les tests diagnostiques utilisés, car ceux-ci se basent essentiellement sur les perceptions situées de certaines personnes de l'entourage de l'enfant.

« Puis j'essaie de sensibiliser, dans la mesure du possible aussi, au fait qu'un diagnostic de TDAH, ce n'est pas basé sur des tests diagnostiques très objectifs. On est face à des observations des gens et que ça, ben ça peut... ça n'a pas la même valeur scientifique aussi. Fait que faut rester toujours dans une ouverture de dire : ben, tu sais, est-ce que c'est vraiment ça, le TDAH en ce moment, qui explique le comportement de l'enfant? » (P4)

« Ce sont des critères un peu subjectifs. » (P2)

Un·e participant·e explique avoir éventuellement pris conscience, par le biais d'une formation, que l'utilisation du DSM en tant que repère unique pour poser le diagnostic contribue au surdiagnostic du TDAH et des troubles de la santé mentale en général en raison d'un manque d' « objectivité » (P4).

« (...) il y avait eu une formation spécifiquement sur le surdiagnostic en santé mentale, en fait. Puis il y avait toute une démarche, là, qui nous démontrait à quel point le DSM était un outil de recherche pour standardiser la recherche, mais n'avait jamais été fait à la base comme un outil clinique. Donc il fallait être très prudent parce que ce n'était pas objectif, c'était de la description. Et ça, ça, ça m'avait parlé beaucoup et ça avait un peu jeté sur le derrière tout le monde. » (P4)

Il est relevé que de multiples nuances dans l'évaluation des critères diagnostiques sont possibles, notamment au regard des contextes dans lesquels ils sont observés.

« Le critère attentionnel est intéressant aussi parce que, tu sais, si l'enfant est capable d'attention quand il fait des choses qu'il aime, puis qui demande effectivement une attention très spécifique, mais que c'est juste quand il va à l'école qu'il ne comprend rien, qu'il est agité puis qu'il n'écoute plus, tu sais... On va explorer ces grands symptômes-là. » (P2)

Les participant·es déplorent que le processus diagnostique du TDAH ne soit pas toujours diagnostiqué avec toute la rigueur qu'il demande, en particulier lorsqu'il concerne des enfants issu·es de milieux vulnérables.

« (...) soyons plus objectifs, ayons une méthode plus rigoureuse. » (P4)

« Tu sais, ça a été tellement diffusé de façon large, le TDAH, puis on a tellement mis d'emphase là-dessus dans les écoles, dans les milieux de la santé, sur : ben, allez donc voir chez le médecin d'un coup que ça serait ça, mais sans nécessairement faire une vraie démarche de diagnostic différentiel pour vraiment étayer les autres aspects. Ben il faut rester rigoureux, je pense. Puis il faut aussi le nommer, ça, aux parents que comme scientifique, on veut quand même avoir une démarche rigoureuse pour pas étiqueter un enfant. » (P3)

La considération des médecins de famille et pédiatres rencontrés pour la prise en compte du contexte de vie des enfants est particulièrement importante lorsque ceux-ci se trouvent en situation de vulnérabilité, en raison des comorbidités et des symptômes pouvant s'expliquer mieux par d'autres réalités cliniques, tel qu'évoqué précédemment.

« (...) il faut faire une histoire complète, faut vraiment ouvrir. Mais encore plus large, je dirais que quand je travaillais, mettons, dans un contexte de familles qui vivent moins d'adversité, ben, on n'a souvent pas cette préoccupation-là (...). (...) Puis quand on est dans des contextes où l'enfant est dans une instabilité, OK, ça ne va pas bien à la maison, il est question peut-être d'un placement ou il vient d'être placé, ou il vient d'être déplacé. Il y a une séparation conjugale, il y a de la violence conjugale, il y a tout ça. Comment on peut évaluer de façon juste un enfant dans ce contexte-là et comment on peut ajuster une médication dans ce contexte-là? Faut aussi réaliser ça, tu sais? » (P4)

Dans cette optique, les deux prochaines sous-sections décrivent les perspectives amenées par les participant·es à propos de la temporalité du diagnostic et la singularité du processus diagnostique en PSC.

i) La temporalité du diagnostic

Les médecins de famille et pédiatres rencontrés évoquent deux aspects relatifs à la temporalité du diagnostic, soit le temps à leur disposition pour le préciser et la nature plus ou moins figée du diagnostic dans le temps. D'abord, un·e participant·e souligne que le diagnostic du TDAH auprès d'enfants issus de milieux vulnérables demande beaucoup plus de temps d'observation comparativement aux enfants qui présentent un « TDAH pur » (P1), sans comorbidités environnementales.

« (...) j'allais dans les écoles, il y avait une crise, j'y allais. Et c'est là qu'on réévaluait l'environnement puis après ça, on allait à domicile avec les groupes communautaires, puis on voyait tout ce qui se passait. Puis on pouvait mieux distinguer, tu sais, un diagnostic de vraie neurodysfonction. » (P2)

Les participant·es expliquent faire preuve de beaucoup de prudence au moment de poser le diagnostic. Un·e participant·e explique qu'il faut prendre le temps de bien observer l'enfant avant de poser un diagnostic. Du point de vue d'un·e participante, le diagnostic du TDAH n'est pas définitif, au sens où il peut évoluer dans le temps. Un·e autre participant·e insiste sur l'importance de réévaluer la situation de l'enfant au fil du temps, même lorsqu'un diagnostic a été posé préalablement.

« 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)

« Donc ça 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 requestionner le diagnostic, surtout en contexte de pédiatrie sociale ». (P3)

« Fait qu'on a, en pédiatrie sociale, on est fort de ces connaissances-là. Toujours, il faut réévaluer. » (P1)

Un·e participant·e soulève que cette volonté de faire preuve de davantage de rigueur et de « prendre le temps » (P3) se bute parfois à des pressions des partenaires en faveur d'un diagnostic rapide.

« Puis du personnel du CLSC aussi, qui disent : ben voyons donc, c'est évident, c'est un TDAH! Oui mais... » (P3)

ii) La singularité du processus diagnostique en PSC

Un·e participant·e mentionne que les lignes directrices générales visant à encadrer le diagnostic du TDAH ne devraient pas s'appliquer intégralement aux enfants en situation de vulnérabilité, plus spécifiquement en ce qui concerne la nature des expertises spécialisées requises. Un·e autre participant·e souligne la pertinence de mobiliser des expertises diversifiées autour de l'enfant et de les articuler dans une approche transdisciplinaire du diagnostic.

« 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)

« Et c'est là que s'est construit l'idée d'une équipe transdisciplinaire où on ne considérerait pas juste le côté neuro. » (P2)

Un-e participant-e exprime que le diagnostic a une fonction particulière en pédiatrie sociale, soit permettre une meilleure réponse aux besoins de l'enfant, en prenant en compte son propre point de vue sur ce qui le rend heureux et épanoui. Cette visée n'a donc pas comme considération première l'adaptation de l'enfant dans des systèmes à partir de la perspective et des besoins des adultes.

« On est formé pour faire un diagnostic puis on est pogné avec ça. Et ce n'est pas ça, l'enjeu. L'enjeu, c'est : est-ce que l'enfant est bien? Est-ce qu'il est heureux? Est-ce qu'on peut prévenir s'il vit des traumatismes? C'est ça, l'enjeu. » (P2)

B) Le traitement et l'accompagnement du TDAH en PSC

La singularité du traitement et de l'accompagnement des enfants qui présentent des symptômes de TDAH est discutée à partir de deux thématiques complémentaires, soit la prescription médicamenteuse et l'accompagnement global des enfants pour qui un TDAH est suspecté ou confirmé.

i) La prescription médicamenteuse

En cohérence avec la perspective tout juste présentée, qui implique que le diagnostic doit venir en réponse aux besoins réels des enfants et y inclure leur perspective, les participant-es indiquent que la prescription médicamenteuse n'a pas pour fonction première de permettre une meilleure adaptation de l'enfant aux exigences posées par les adultes. Plutôt, les médecins de famille et pédiatres rencontrés sont en faveur d'un usage :

- **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) ;
- **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) ;
- **Soutenant une image de soi positive chez l'enfant**, par exemple pour éviter à l'enfant que son estime de soi soit altérée alors qu'il ne rencontre pas les exigences posées par les adultes dans un ou plusieurs milieux de vie (P3).

« En fait, il y a 2 choses qui vont me faire prescrire. La première, c'est si tout le reste a été mis en place. Tu sais, il a un plan d'intervention, il a l'aide dont il a besoin, il a de l'orthopédagogie, il a un bon sommeil, il est bien entouré, on lui permet de faire du sport s'il a un TDAH, justement. Tu sais, tout ça. » (P3)

Je te dirais que la goutte souvent qui va faire déborder mon vase pour une médication, c'est quand l'enfant commence à avoir une mauvaise estime de lui-même par rapport à la situation. Le jour où l'enfant entre dans mon bureau en disant : « Mais Dre X, moi, je suis un pas bon, puis je ne réussirai rien », puis tout ça, là, ça ne va plus. Là, à ce moment-là, on commence à parler médication. » (P3)

« Je pense que c'est ça, c'est que la médication pour moi, c'est juste un petit coup de pouce pour que tu puisses développer des stratégies pour qu'un jour tu n'aies plus besoin de ta médication. Tu sais, c'est pas une fin en soi, c'est pas quelque chose de miraculeux, c'est juste quelque chose qui va faire en sorte que ça te permet d'être juste assez disponible pour que tu puisses développer ces stratégies-là. » (P3)

« (...) on n'est plus capable et qu'il faudrait encore redéplacer l'enfant. Là, je suis prête à dire : OK, est-ce qu'on peut apaiser cet enfant-là qui a un besoin parce qu'il est en pleine adaptation à tous les niveaux, là, il est dans une nouvelle famille, nouvelle école, c'est dur pour lui, son plan de vie n'est pas encore mis clair. Il ne sait pas s'il va retourner dans sa famille ou pas. » (P4)

Un·e participant·e évoque une inversion de la séquence habituelle où le diagnostic est posé avant la prescription d'un médicament, et mentionne la possibilité d'effectuer un « test au Ritalin » (P2), question d'évaluer la valeur ajoutée réelle du médicament dans la vie de l'enfant et de permettre de préciser des hypothèses diagnostiques.

« Ça ne veut pas dire qu'on ne peut pas faire un essai médicamenteux, là, mais ça veut dire qu'il faut être prudent puis qu'il faut bien évaluer l'environnement avant de conclure à un TDAH. » (P2)

De l'avis des médecins de famille et pédiatres rencontrés, la médication ne devrait pas se poser comme une solution immédiate et/ou automatique, car elle n'est pas toujours la solution la plus appropriée.

« La solution médicamenteuse arrive trop vite. » (P2)

« Je pense que de manière collective, la profession médicale et paramédicale est peut-être un petit peu plus sensible au fait que la médication n'est pas toujours la bonne

solution. Fait que ça, ça a, oui, ça a fait en sorte que je trouve que dans les dernières années, ça a un petit peu changé notre façon de prendre en charge un enfant avec des symptômes de TDAH. » (P3)

ii) L'accompagnement global des enfants pour qui un TDAH est suspecté ou confirmé

Face à un TDAH suspecté ou confirmé, les participant-es s'entendent sur l'importance de prendre en compte la réalité particulière des enfants en contexte de vulnérabilité au moment de planifier et de mettre en œuvre leur accompagnement. Si les traitements habituellement recommandés ne sont pas toujours applicables, en raison notamment des comorbidités observées, un défi majeur semble être de prioriser les cibles de traitement.

On va faire le diagnostic, puis après ça, on va fixer des cibles de traitement, puis ça, c'est l'autre défi. (P1)

Il y a des guidelines avec lesquels on est d'accord, mais on a une sous-population d'enfants qui ont des particularités. (P1)

Or, les médecins de famille et pédiatres rencontrés réfèrent à différents fondements de la PSC représentent des façons adaptées de faire face à ces défis en contexte de vulnérabilité, soit l'approche écosystémique, transdisciplinaire, sensibles aux traumatismes et respectueuse des droits des enfants.

Une approche écosystémique

De l'avis des médecins de famille et des pédiatres rencontrés, la lecture clinique, le traitement et l'accompagnement des enfants qui présentent des symptômes de TDAH devraient se déployer selon une approche écosystémique, c'est-à-dire en prenant 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. Il ne s'agit donc pas de situer le problème précisément dans l'enfant, suivant une approche strictement neurobiologique, mais de porter davantage attention à comment les différents systèmes autour de l'enfant (famille, école, services de santé et sociaux offerts, environnement communautaire) et leurs interactions peuvent contribuer au problème et aux solutions à apporter. Un-e participant-e mentionne que la lecture clinique de la situation de l'enfant se doit d'être « globale » (P3) et qu'elle doit commencer par la recension de son histoire de vie. Un-e autre participant-e exprime l'importance de porter une attention prioritaire aux « grands enjeux qui provoquent le TDAH ». (P2)

« Je pense que si tu fais une super bonne histoire, que tu regardes un petit peu comment s'est développé cet enfant-là, que tu regardes l'environnement, le contexte social dans lequel il a vécu, que tu regardes les... Puis, tu sais, pis que tu communique comme il faut avec l'école, que tu fais une bonne histoire avec... vraiment, là, que tu prends le temps de bien faire le portrait global de cet enfant-là. » (P3)

« Mais je te le dis, c'est impressionnant quand tu vas dans les centres la quantité de TDAH qui arrivent. Ils le sont à peu près tous, mais c'est souvent une comorbidité. Donc tu la traites avec ou sans médicament, mais tu t'attaques surtout aux grands enjeux qui provoquent le TDAH, mais qui provoquent beaucoup d'autres morbidités, là. » (P2)

Dans cette optique, des participant·es relativisent le potentiel de la médication à produire des effets significatifs indépendamment des autres stratégies à mettre en place, notamment le plan d'intervention.

« Donc que ce soit en pédiatrie sociale ou que ce soit en pédiatrie générale, le plan d'intervention doit y être. Tu sais, on ne peut pas juste comme dire : il a un TDAH, t'as ton Concerta and that's it, là. Je veux dire, le gros, gros, gros du traitement du TDAH, c'est toutes les stratégies qui vont être mises autour, là, c'est... Je veux dire, le médicament, pour moi, c'est une goutte d'eau dans l'océan de l'accompagnement. » (P3)

« Fait que la différence est là aussi, là. La pharmacopée, c'est comme si on peut... on a moins... Comment je pourrais dire ça? J'ai moins d'attentes, j'ai pas... En pédiatrie sociale, j'ai rarement l'attente que 100% des symptômes vont disparaître si on se dit qu'il y a des troubles d'apprentissage associés. » (P1)

Un accompagnement des partenaires par les équipes de PSC est jugé nécessaire afin de « changer le paradigme » (P1) dominant, qui place la source du problème dans l'enfant et qui donne en conséquence à la médication un rôle central dans le traitement et l'accompagnement du TDAH.

« La première chose, je te dirais, c'est que ça change la vision que les écoles ont de l'enfant. On change, on est capable vraiment de changer le paradigme de : tu es enfant, tu es le problème, c'est quoi ton problème, à : enfant magnifique, que t'est-il donc arrivé pour que tu ne puisses répondre à mes attentes? (...) Les médecins, notre bout à nous autres, c'est de sensibiliser les partenaires pour dire : Tu sais, on n'aura pas un effet 100% sur l'ensemble de l'œuvre. » (P1)

Une approche transdisciplinaire

Dans la continuité de ces réflexions, l'approche transdisciplinaire caractéristique de la PSC ressort du discours des médecins de famille et pédiatres rencontrés comme une méthode particulièrement adaptée à la lecture de la complexité des réalités cliniques des enfants issus de milieux vulnérables qui présentent des symptômes évoquant un TDAH. La transdisciplinarité implique de prendre en compte la complexité par la mise en commun des expertises professionnelles, académiques et expérientielles, de sorte à arriver à une compréhension nouvelle de la situation, qui dépasse la simple addition de compétences à propos d'un sujet.

« Des équipes qui travaillent, puis le mot qu'on utilise, c'est en transdisciplinarité parce que ça veut dire, de un, d'être... de posséder bien mes compétences, mais de pouvoir rendre ma frontière poreuse entre ma compétence, ta compétence, puis qu'on puisse jouer ensemble pour que, au final, il y ait un produit nouveau qui apparaisse, tu sais, qui soit produit par notre compétence commune et non pas juste ma compétence plus ta compétence. Faut arriver avec quelque chose de nouveau, là, qui serait pas là si on ne travaillait pas dans cette porosité-là, je vais nommer ça comme ça, là. » (P1)

Les participant-es insistent sur le rôle central de la mobilisation des partenaires dans la mise en œuvre de la transdisciplinarité, de sorte à amener une lecture globale, cohérente et intégrée de la situation de l'enfant. Un-e participant-e souligne que cette façon de procéder retire un poids des épaules des médecins de famille, qui seraient autrement seul-es pour aborder ces situations cliniques complexes.

« Puis on le voit, nos belles histoires de succès, c'est quand tous les partenaires, on se met autour de l'enfant et qu'on agit de façon concertée et cohérente et intégrée. Tu sais, je te re parle des frontières poreuses, ça veut dire... Tu sais, par exemple, d'avoir des intervenants qui parlent de... je donne des exemples, là, d'avoir des intervenants, c'est sûr, qui viennent du CLSC, de l'école, peut-être de l'équipe de santé mentale pour adultes. Peut-être qu'on a à développer, certainement, des complicités plus grandes avec nos partenaires en dépendance, etc., pour venir vraiment supporter mieux nos familles. » (P1)

« Mais oui, c'est ma lecture de pédiatrie sociale du trauma complexe qui m'amène à avoir conscience de l'importance de le voir de façon globale. Et puis que tout le monde puisse participer à la lecture clinique et aider ce médecin-là à pas être tout seul. » (P4)

Une approche sensible aux traumatismes

Dans le cadre des entretiens réalisés, la conjugaison de l'approche sensible aux traumatismes et de l'accompagnement des enfants avec un diagnostic de TDAH suspecté ou confirmé est évoquée de deux façons complémentaires, soit :

1. La prise en compte de la co-occurrence du trauma complexe et du TDAH chez une grande partie des enfants vus en PSC, qui influence la lecture clinique de la situation de l'enfant, les traitements envisagés et le plan d'action (nous avons traité de cette question dans les sections précédentes de ce rapport) ;
2. La prise en compte des traumatismes complexes vécus par les parents et de leur impact potentiel sur l'accompagnement des enfants en situation de vulnérabilité présentant des symptômes de TDAH (nous nous attarderons dans la présente section sur ce deuxième aspect qui n'a pas encore été décrit).

Un-e participant-e note tout d'abord la nécessité de tenir compte, dans l'accompagnement des familles, de la réalité de la transmission intergénérationnelle des traumatismes complexes et de leurs séquelles. Il-elle souligne que si les enfants vus en PSC présentent pour la plupart des traumatismes complexes, leurs parents ont aussi été marqués par des expériences d'adversité dans l'enfance.

« Ce sont des familles qui, de façon transgénérationnelle, ont vécu des situations qui ont engendré des stressors qui sont si forts et chroniques que ça a même modifié l'expression génétique de leur ADN. Tu sais, un coup que tu comprends ça, on est ailleurs que dans la simple prescription d'un psychostimulant. » (P1)

Du point de vue des participant-es, les différentes formes d'adversité vécues par les familles se posent également en obstacle à leur adhésion aux traitements et aux plans d'actions proposés, que ce soit en réponse au TDAH ou à d'autres diagnostics. Cela se traduit entre autres par une difficulté de plusieurs parents à s'ouvrir aux interventions qui interpellent leur rôle face aux difficultés vécues par leur enfant.

« Juste diminuer les écrans, l'hygiène de sommeil, tout ça. Déjà, c'est beaucoup plus difficile que quand je suis en pédiatrie générale avec des gens qui ont un petit peu plus de facilité à mettre des cadres. Dans la compliance au traitement aussi, c'est, ouf! En pédiatrie sociale, c'est beaucoup des familles éclatées. Papa n'est pas d'accord avec la médication, maman veut plus de médication, ça fait qu'une semaine, il l'a, et une semaine, il ne l'a pas. Ça fait que finalement, ce qui arrive, c'est qu'à l'école, ça ne va pas tant mieux. Puis là, quand il est chez maman puis qu'il prend sa médication, il se trouve en conflit de loyauté parce qu'il se sent mal. En pédiatrie générale (...), c'est plus facile de mettre un

cadre, il y a plus de compliance, il y a plus de compréhension aussi, puis y a plus de confiance. » (P3)

Cette difficulté observée chez les parents serait dans certains cas associée à une altération des capacités de mentalisation, soit les capacités à comprendre leur comportement et celui des autres en termes d'état mentaux, qui constitue une séquelle documentée du vécu de maltraitance des parents dans l'enfance :

« On a des parents qui sont dans... tu sais, c'est ça ils n'ont pas une grande capacité à développer leur mentalisation des problématiques. Fait que comment on peut les amener à comprendre l'importance de ce qu'on apporte à l'enfant en dehors de la médication? » (P4)

Du point de vue des médecins de famille et pédiatres rencontrés, cette réactivité des parents, couplée à une méfiance envers le système de soins et de services, nécessite une approche sensible et personnalisée de la part des médecins de famille, pédiatres et de l'ensemble des membres d'équipe des CPSC. Des participant-es notent aussi que beaucoup de temps est requis pour bien poser les bases du plan d'action, de concert avec l'enfant et la famille :

« C'est très délicat parce qu'on vient requestionner l'adversité de la famille, comment ça peut avoir un effet. Puis ce n'est pas toujours facile pour les parents d'aborder ça. Donc il faut y aller avec beaucoup de doigté. Il faut prendre notre temps, il ne faut pas arriver avec des gros sabots non plus. » (P4)

« Tu sais, la clientèle en pédiatrie sociale, d'abord, faut gagner leur confiance. C'est beaucoup plus difficile qu'en pédiatrie générale. C'est une population très méfiante. C'est une population qui croit peu au système. Donc, c'est sûr que ça va me prendre beaucoup plus d'investissements en temps et en énergie pour, tu sais, le faire adhérer à un certain plan. » (P3)

Une approche respectueuse des droits des enfants

La PSC est présentée comme une approche respectueuse des droits des enfants et mobilisée dans leur défense (P4). Le droit à la participation des enfants est pleinement intégré dans l'approche clinique qui est mise en œuvre dans les CPSC (P2).

« (...) pour la défense des enfants, pour la défense du droit des enfants à évoluer à leur rythme, à être compris dans leurs difficultés, à être... et à arrêter d'être comparé à des jalons, mais de dire comment on peut t'aider, puis comment on peut s'adapter à ce dont a besoin. » (P4)

« (...) inspirer la pratique de l'enfant participatif, au centre des décisions et au sens de la précision diagnostique. » (P2)

Les médecins de famille et pédiatres rencontrés placent l'intérêt supérieur de l'enfant comme un principe phare des décisions cliniques qui sont prises. Un·e participant·e explique que la surmédicalisation du TDAH contrevient à l'intérêt supérieur des enfants.

(...) 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)

Un·e autre participant·e mentionne qu'au-delà des approches qui peuvent différer entre les organismes et établissements qui offrent des services aux enfants, le point de jonction permettant de déterminer la direction commune à prendre demeure l'intérêt supérieur de l'enfant.

« On aura toujours une lunette un peu différente. Tu sais, mon partenaire de la protection de la jeunesse puis moi, on ne voit pas la même chose, on voit deux facettes d'une famille, mais il faut s'entendre sur l'intérêt supérieur. Puis ça, ben, si on a une formation commune en traumatisme, en attachement, si notre équipe connaît bien les lois, mieux, ben on est capable d'agir mieux ensemble. » (P1)

4.3 Perspectives sur l'amélioration continue de la pratique

Les médecins de famille et pédiatres rencontrés se sont finalement exprimés à propos de modalités d'apprentissage et de standardisation des pratiques qui seraient jugées pertinentes, d'approches et d'outils cliniques à explorer ou développer et de thématiques qu'il serait pertinent d'investiguer au moyen de la recherche.

4.3.1 Modalités d'apprentissage et de standardisation des pratiques

Des participant-es mentionnent que les modalités suivantes seraient susceptibles de soutenir l'amélioration continue de la pratique de PSC en matière d'accompagnement global des enfants et des familles concernés par le TDAH :

- **La mise en place d'une ou de « communautés de pratique »** (P1, P2) : « (...) on pourrait s'appuyer les uns sur les autres. » (P1) ;
- **« Investir en recherche et en formation » (P2) de sorte à se donner des outils pour un meilleur « encadrement de la pratique » (P2) de PSC** en matière de diagnostic, de traitement et d'accompagnement des enfants présentant des symptômes de TDAH.

4.3.2 Approches et outils cliniques à explorer ou à développer

Au nombre des approches et outils cliniques à explorer ou à développer pour favoriser un meilleur accompagnement des enfants qui présentent des symptômes de TDAH et leurs parents, les participant-es mentionnent :

- **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** permettant de mieux « (...) faire la distinction entre quelque chose qui est plus affectif, puis quelque chose qui est plus de l'ordre du neurodéveloppement. » (P4). Plus spécifiquement, il serait jugé utile que ces outils encadrent l'observation de l'enfant, de sorte à préciser :
 - La « distinction entre l'hypervigilance et l'hyperactivité » (P4) ;
 - Le « chevauchement entre le TSA » et le TDAH (P4) ;
 - La distinction entre l' « agitation » associée aux enjeux d'attachement VS le TDAH (P4).

L'idée centrale n'est pas ici de développer des modes d'emploi ou des listes à cocher, mais bien d'appuyer la lecture clinique de la complexité :

« (...) surtout pas avoir un genre de grille qu'on coche, mais une expérience d'intervenant qui est capable de faire une lecture complète dans quelque chose de complexe, puis qui pourrait après ça aller valider son hypothèse en mettant l'enfant peut-être dans un contexte pour voir si ça corrobore. » (P4)

4.3.3 Pistes de recherches

Au nombre des pistes de recherches susceptibles de soutenir le développement de la pratique de PSC en matière de diagnostic, de traitement et d'accompagnement des enfants qui présentent des symptômes de TDAH, les participant·es mentionnent :

- **Des données probantes portant sur l'impact de l'environnement et des habitudes de vie** sur le cerveau. (P3) ;
- **Les facteurs les plus importants qui affectent le développement cérébral de l'enfant** (P3) ;
- **Les impacts des écrans sur le neurodéveloppement des enfants** (P3) ;
- **Les impacts du microbiote sur le neurodéveloppement des enfants** (P3) ;
- **Les biais culturels** qui conduisent au surdiagnostic et à la surmédicalisation du 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 traumas complexes** : « *Les médecins, est-ce qu'on va changer notre regard sur certaines molécules? (...) Est-ce qu'on va choisir une pharmacopée différente avec nos enfants qui ont des traumas complexes?* » (P1) ;
- **Les implications et risques de la prescription de psychostimulants aux enfants dont les parents ont un problème d'abus de substances** (P1) ;
- **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) ;
- **Développer des recommandations spécifiques pour les enfants exposés à des traumas complexes et des stress toxiques** pour le diagnostic, le traitement et l'accompagnement en présence d'un TDAH suspecté ou avéré (P1).

5. Diagnostic et accompagnement du TDAH en PSC : constats et perspectives

Plusieurs constats issus de la littérature scientifique sont corroborés par les témoignages des médecins de famille et pédiatres rencontrés. En ce qui concerne la complexité du diagnostic différentiel et les comorbidités associées au TDAH, il est généralement reconnu que la distinction entre le TDAH et d'autres troubles est complexe en raison du chevauchement des symptômes (Ajili-Jung & Dubaut, 2020; Ben Amor

et al., 2023; Roberge et al., 2024). Les témoignages des participant·es à la consultation confirment non seulement cette réalité, mais ils·elles la considèrent d'autant plus applicable en PSC, estimant que les TDAH « purs », soit sans comorbidités, sont plutôt rares dans leur pratique. Les médecins de famille et pédiatres rencontrés insistent sur l'influence prépondérante de l'environnement dans le développement du TDAH, évoquant des enfants dont l'histoire de vie est marquée par différentes formes d'adversité, par exemple des environnements et stress toxiques, des traumatismes complexes et de la maltraitance. Ces observations se lient au modèle développemental décrit par Farran (2023), qui associe les symptômes compatibles avec le TDAH à l'adversité sociale et aux facteurs de risque environnementaux.

La remise en question par les participant·es des critères absolus, figés et décontextualisés du TDAH, tels que représentés dans le DSM-5, met en valeur l'aspect évolutif des diagnostics de santé mentale. Les pédiatres et médecins de famille que nous avons rencontrés décrivent le DSM-5 comme un outil de recherche plutôt que clinique, souvent perçu comme trop limité et non contextualisé, qui ne devrait pas être utilisé seul mais plutôt en conjugaison avec d'autres outils et processus diagnostiques. Ils·elles questionnent les différences dans les représentations du TDAH au Québec comparativement à ailleurs dans le monde et proposent de tourner le regard vers ce qui se fait dans d'autres pays afin d'enrichir l'expertise clinique au Québec. Ainsi, ils·elles prônent l'adoption d'une perspective élargie et consciemment située quant aux grilles de lectures utilisées pour diagnostiquer et accompagner un enfant qui présente des symptômes de TDAH. Cette démarche prend le sens d'un acte de réflexivité clinique ouvrant vers une meilleure prise en compte de la complexité des réalités cliniques observées chez les enfants issus de milieux vulnérables.

Alors que la littérature scientifique actuelle témoigne de la domination culturelle des explications génétiques en Amérique du Nord, il est clairement établi qu'elles ne constituent pas le seul cadre pour expliquer l'émergence de symptômes pouvant évoquer un TDAH (Farran, 2023). De façon concordante, du point de vue des médecins de famille et pédiatres de la PSC rencontrés, les critères énoncés dans le DSM-5 apparaissent insuffisants à eux seuls pour retracer les origines des symptômes pouvant être associés au TDAH chez les enfants suivis en PSC. Les médecins de famille et pédiatres rencontrés dénoncent d'ailleurs le fait que suivant exclusivement ces critères, l'enfant soit éventuellement perçu comme le problème. Cette réalité est effectivement décrite dans la littérature scientifique au titre des retombées négatives de la médicalisation des difficultés des enfants en lien avec le TDAH (Brault et al., 2021). De façon d'autant plus importante lorsque des enfants issus de milieux vulnérables sont concernés, les participant·es insistent sur l'importance de prendre en compte les facteurs explicatifs issus des environnements de vie des enfants, qui interpellent notamment le rôle des adultes de leurs milieux d'appartenance dans l'étiologie de leurs

symptômes et leur part de responsabilité dans les moyens à mettre en place pour mieux les accompagner et les soutenir.

Tel que préconisé par plusieurs auteur-es adoptant une perspective critique sur la lecture clinique et l'accompagnement du TDAH (Ajili-Jung & Dubaut, 2020; Farran, 2023; Welniarz, 2011), les participant-es proposent un revirement de perspective pour adresser en premier lieu la souffrance et les besoins spécifique des enfants, pour dépasser l'approche symptomatologique associée au modèle biomédical. En PSC, cette question se lie directement au respect des droits fondamentaux des enfants, plus précisément au principe du respect de l'intérêt supérieur de l'enfant compris dans la Convention relative aux droits de l'enfant (Organisation des Nations Unies, 1989). Du point de vue des participant-es, ce principe devrait guider le processus diagnostique et les décisions relatives à la prescription médicamenteuse et aux modalités d'accompagnement pour les enfants chez qui un TDAH est suspecté ou confirmé.

Du point de vue des participant-es, le processus diagnostique du TDAH qui semble se dessiner pour la PSC est caractérisé par une rigueur s'appuyant sur l'approche transdisciplinaire (Turcotte et al., 2023). La transdisciplinarité, qui implique la participation active d'une pluralité d'acteurs incluant l'enfant et sa famille, afin de produire une lecture de sa situation qui dépasse la somme des expertises individuelles (Turcotte et al., 2023), renforce ici la qualité de la pratique, parce qu'elle permet une meilleure prise en compte de la complexité. Du point de vue des médecins de famille et pédiatres rencontrés, elle nécessite souvent des collaborations avec les organismes et établissement partenaires. Le travail du médecin est alors influencé et soutenu par toute une équipe qui se place réellement au service des besoins de l'enfant et qui en vient à parler le même langage.

De façon intéressante, du point de vue des médecins de famille et pédiatres rencontrés, des variables non-scientifiques peuvent constituer de bons motifs cliniques pour prescrire, par exemple lorsque le médicament est prescrit temporairement de sorte à calmer une tension importante dans la famille ou dans un autre milieu de vie. À l'opposé, toujours du point de vue des participant-es, ils peuvent aussi contribuer à favoriser une médicalisation non-souhaitable des difficultés des enfants, par exemple lorsqu'ils sont prescrits pour répondre en premier lieu aux exigences posées par les adultes et à leurs manques, sans égards aux besoins réels des enfants. Lafortune et al. (2012) notent effectivement que des médicaments ont parfois prescrits aux enfants pour pallier un manque de ressources ou de formation des adultes au sein des milieux institutionnels. Ils relèvent deux paradigmes relatifs à l'usage de médicaments, soit l'usage rationnel et l'usage optimal. L'usage rationnel est un concept qui a été introduit par l'Organisation mondiale de la

santé (OMS, 1985 Dans : Lafortune et al., 2012). Suivant cette ligne directrice, les médicaments prescrits doivent être adaptés aux besoins cliniques des patients, pour une durée déterminée et à des doses adaptées en fonction de chaque personne. L'accent est mis sur la validité scientifique de la prescription. En d'autres termes, le médicament prescrit se doit d'être le bon pour le diagnostic posé, selon l'état actuel des connaissances. Dans cette perspective, une prescription est indiquée dès que le TDAH est diagnostiqué. Lafortune et al. (2012) proposent un changement de perspective, soit d'un usage rationnel vers un usage optimal de la médication chez les enfants et les adolescent-es présentant des comportements perturbateurs. L'usage optimal implique que la prescription doit être évaluée à la lumière des diverses interventions possibles, des coûts et ressources disponibles, ainsi que des valeurs et comportements des patients (ex. observance, crainte de la stigmatisation) (Lafortune et al., 2012). Ce modèle systémique de l'usage optimal apparaît compatible avec le positionnement des médecins de famille et pédiatres de la PSC que nous avons rencontrés, au sens où ils-elles préconisent que le médicament soit utilisé comme un moyen parmi tant d'autres de répondre aux besoins des enfants présentant des symptômes et/ou un diagnostic de TDAH. Également, ils-elles considèrent le médicament comme un moyen et non une fin en soi et préconisent une mobilisation des différents acteurs-trices présents auprès de l'enfant avant même de prescrire une médication, suivant l'approche transdisciplinaire appliquée en PSC.

Les pistes d'accompagnement proposées par les participant-es, notamment les interventions sensibles aux traumatismes, sont concordantes avec l'idée énoncée plus tôt de replacer les besoins réels et la souffrance des enfants au centre des préoccupations des adultes, au sens où elles ne réduisent pas la personne à la simple prise en compte de ses symptômes. Conformément aux recommandations issues de la littérature scientifique (D'Auray et al., 2024, 2025), les médecins de famille et pédiatres rencontrés insistent sur l'importance de favoriser, avant même de penser à la médication, les interventions non-pharmacologiques. Les interventions sensibles aux traumatismes impliquent d'ailleurs de créer des contextes favorables permettant aux enfants de s'apaiser avant même qu'on débute des interventions auprès d'eux-elles (Huang et al., 2014). Ces recommandations font écho aux constats de la table ronde tenue l'occasion des Journées de la PSC 2023 et portant sur les enjeux relatifs aux diagnostics en santé mentale en PSC (Ben Amor et al., 2023).

Figure 4 : Des pistes d'intervention en PSC (Ben Amor et al., 2023)

- Travailler la base de sécurité de l'enfant avant de procéder à son évaluation diagnostique.
- Considérer médicamenteusement l'enfant lorsque cela répond à son besoin réel (ex. pour améliorer la disponibilité aux interventions, pour l'apaiser).

- Privilégier les interventions non-pharmacologiques aux interventions médicamenteuses lorsque possible.
- Se donner beaucoup de temps pour apprivoiser la famille et comprendre la situation et l'histoire de l'enfant avant de statuer sur un diagnostic.
- Impliquer plusieurs acteurs de la vie de l'enfant dans la lecture clinique de sa situation, incluant l'enfant et sa famille.
- Se permettre de poser un diagnostic tentatif et observer l'évolution des symptômes de l'enfant dans le temps avant de l'officialiser.

Cette table ronde a aussi donné lieu à des questionnements cliniques, des défis et des préoccupations qui ne sont pas directement adressées par les médecins de famille et pédiatres rencontrés, notamment l'âge minimal à partir duquel il est possible de poser un diagnostic, qui détient la compétence professionnelle pour poser un diagnostic et l'absence de sensibilité et d'adaptations culturelles des évaluations diagnostiques réalisées par des tiers (en particulier auprès des enfants issus des premières nations) (Ben Amor et al., 2023).

6. Conclusion

En bref, cette analyse met en lumière plusieurs constats-clés applicables en contexte de PSC :

- **Le diagnostic du TDAH est particulièrement complexe à réaliser en contexte de vulnérabilité** : Il y a un chevauchement des symptômes avec d'autres troubles et les TDAH « purs » sont rares en PSC.
- **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 traumatismes complexes et de la maltraitance vécue au niveau de l'expression des symptômes 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 en contexte de vulnérabilité, car il ne prend pas en compte toute la complexité des situations cliniques des enfants.
- **Il y a absence de vision clinique intersectorielle commune** : Les représentations du TDAH sont variables entre les intervenant-es de différents milieux. Les intervenant-es de la PSC n'ont pas nécessairement la même vision que leurs partenaires à propos des actions à poser lorsqu'un enfant présente des symptômes. Rien n'indique par ailleurs qu'une vision commune soit partagée parmi l'ensemble des membres d'équipe des CPSC à travers le réseau.

- **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, fondé sur une compréhension et un engagement communs.
- **Une bonne pratique consiste à prioriser les interventions non-pharmacologiques appuyées par un engagement des adultes :** 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.
- **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.

Les résultats issus de ce projet doivent être interprétés avec prudence vu 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 sa médicalisation. Plusieurs constats issus de la littérature et angles d'analyse ne sont pas représentés dans ce rapport. Également, les résultats présentés dans ce rapport reposent seulement sur les témoignages de 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. L'apport principal de cette démarche est d'avoir posé des bases permettant d'alimenter des réflexions collectives qui sont appelées à se poursuivre dans l'ensemble du réseau de la PSC au Québec, au sujet de l'approche préconisée par la PSC en matière de diagnostic, de traitement médicamenteux et d'accompagnement des enfants présentant des symptômes et/ou un diagnostic de TDAH. Elle représente également une invitation à poursuivre les réflexions au sujet du problème de la médicalisation des difficultés des enfants sous l'angle du TDAH.

Références

- Ajili-Jung, S., & Dubaut, G. (2020). L'incertitude diagnostique: une nécessité pour comprendre les enfants hyperactifs. *Sud/Nord*, 29(1), 95–103.
- Barnett, E. R., & Zayas, M. C. (2019). High-risk psychotropic medications for US children with trauma sequelae. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(4), 360–364.
- Bélangier, S. A., Andrews, D., Gray, C., & Korczak, D. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1: l'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 454–461.
- Ben Amor, L., Collin-Vézina, D., Julien, G., & Livernoche, F. (2023). *Les diagnostics en santé mentale. Comment bien définir les problématiques?* (Journées de la PSC 2023, Issue).
- Binta Diallo, F., Rochette, L., Massamba, V., Lesage, A., Vasiliadis, H.-M., Rahme, E., Lunghi, C., Gignac, M., Fansi, A., & Cortese, S. (2022). *Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants et jeunes adultes au Québec : usage des médicaments.*
- Binta Diallo, F., Rochette, L., Pelletier, É., Lesage, A., Vincent, A., Vasiliadis, H.-M., & Palardy, S. (2019). *Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec.*
- Brault, M.-C., Blais, M.-F., Blackburn, M.-E., & Dubois-Bouchard, C. (2021). *La médicalisation des difficultés des enfants : le cas du TDAH* (Chaire VISAJ et Institut universitaire Jeunes en difficulté, Issue).
- Clark, B., & Bélangier, S. A. (2018). ADHD in children and youth: Part 3—Assessment and treatment with comorbid ASD, ID, or prematurity. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 485.
- Commission de la santé et des services sociaux. (2020). *Mandat d'initiative sur l'augmentation préoccupante de la consommation de psychostimulants chez les enfants et les jeunes en lien avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.*
- D'Auray, G., Guimond, A.-J., Roberge, S., & Lam Wai Shun, P. (2024). *Interventions psychosociales chez les jeunes de moins de 18 ans qui présentent un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).*
- D'Auray, G., Guimond, A.-J., Roberge, S., & Lam Wai Shun, P. (2025). *Pratiques non pharmacologiques et autres que psychosociales pour les jeunes de moins de 18 ans présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).*
- Farran, C. (2023). *Revue systématique de la littérature : Étologie du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez l'enfant* [Université du Québec à Montréal]. Montréal.
- Grisé-Bolduc, M.-E., & Collin-Vézina, D. (2020). *Trauma complexe et TDAH : Quels sont les liens?* [trauma complexe et tdah : quels sont les liens?](#)
- Huang, L. N., Flatow, R., Biggs, T., Afayee, S., Smith, K., Clark, T., & Blake, M. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach.
- Institut national de santé publique du Québec. (2026). *Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)*. <https://www.inspq.qc.ca/indicateur/developpement-des-jeunes/tdah>

- Lafortune, D. (2023). *L'usage de médicaments psychotropes auprès d'enfants et adolescents ayant une histoire de maltraitance. Symposium annuel sur le trauma chez les enfants et adolescents* (Symposium annuel sur le trauma chez les enfants et adolescents, Issue).
- Lafortune, D., Gagné, M.-P., & Blais, É. (2012). De l'usage rationnel à l'usage optimal des médicaments psychotropes auprès des enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(1), 69–76.
- Lapalme, M., Temcheff, C., Boutin, S., & Déry, M. (2018). 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(1), 123–143.
- Organisation des Nations Unies. (1989). Convention relative aux droits de l'enfant. *Nations Unies: Recueil des Traités*, 1577.
- Roberge, S., Guimond, A.-J., & D'Auray, G. (2024). *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.*
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(3), 440–458.
- St-Pierre, C. (2022). *Guide pratique. Le trauma complexe.*
https://www.traumaconsortium.com/media/uploads/ressources/ressource/pdf/bguide_pratique_-_trauma_complexe.pdf
- Tremblay, É., & Daigle, J.-M. (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.* Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).
- Turcotte, M.-È., Matte-Landry, A., Julien, G., & Hivon, M. (2023). Les approches sensibles aux traumas et la pédiatrie sociale en communauté: une analyse comparative ancrée dans le concept de paradigme scientifique. *Travail social*, 69(1), 7–23.
- UNICEF. (2026). *Qu'est-ce que le stress toxique ? Quels sont les signes à repérer et quand demander de l'aide ?* <https://www.unicef.org/parenting/fr/sante-mentale/qu-est-ce-que-le-stress-toxique#stress-toxique>
- Welniarz, B. (2011). De l'instabilité mentale au trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité: l'histoire d'un concept controversé. *Perspectives Psy*, 50(1), 16–22.
- Yerys, B. E., Tao, S., Shea, L., & Wallace, G. L. (2025). Attention-deficit/hyperactivity disorder in Medicaid-enrolled autistic adults. *JAMA network open*, 8(2), e2453402.