

# Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité

## ou comment s'élever au-dessus des passions pour faire une bonne job...

par Pierre Poulin

Jérôme, neuf ans, vient d'être exclu de l'école à cause de son comportement. La direction a prévenu sa mère qu'on ne le réintégrerait pas sans qu'un médecin lui ait prescrit du Ritalin®. Elle est en colère. Elle est contre ce type de médicament et croit que c'est de la drogue. Elle vient vous voir parce qu'on l'oblige... et parce que vous êtes le médecin de famille de Jérôme.

### La polémique à propos du Ritalin®

Le problème du trouble déficitaire de l'attention, qu'il s'accompagne ou non d'hyperactivité, soulève facilement la controverse. De nombreuses étiquettes ont été accolées à ce syndrome dans le passé : hyperactivité, dysfonction cérébrale minime, hyperkinésie, etc. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*) utilise dans sa dernière édition l'appellation suivante : le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)<sup>1</sup>.

Le traitement qu'en ont fait les médias n'aide pas à aborder le sujet avec objectivité. Y a-t-il une seule ligne ouverte

*Le Dr Pierre Poulin, pédiatre, a siégé au comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central du MSSS-MEQ ; il a également fait partie du groupe de travail sur les lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec sur le TDAH et l'usage de stimulants du système nerveux central. Il exerce au Centre hospitalier Beauce-Etchemin, à Saint-Georges de Beauce.*

où l'animateur ne s'est pas servi de ce sujet pour soulever des discussions enflammées et augmenter ses cotes d'écoute ? Les médias écrits n'y ont pas échappé. Un magazine féminin connu titrait son article : « Le Ritalin, la drogue que l'école aime », accompagné du dessin d'un enfant aux yeux vitreux<sup>2</sup>. Les parents sont souvent réticents à consulter pour un problème d'hyperactivité. La connaissance qu'ils ont du problème porte l'empreinte de l'approche sensationnaliste et peu scientifique des médias.

L'augmentation de la consommation des stimulants du système nerveux central (SSNC) soulève des questions : le nombre d'ordonnances est passé de 68 000 à 215 000 de 1993 à 1999<sup>3</sup>. Il semble se stabiliser depuis. Les médecins n'en doivent pas moins être rigoureux dans leur processus d'évaluation et de traitement. Ce brasse-camarade a quand même eu l'avantage d'entraîner la mise sur pied d'un comité-conseil composé de représentants du milieu de la santé et du milieu de l'éducation, qui a produit en juin 2000 un rapport sur le TDAH<sup>4</sup>. Par la suite, le Collège des médecins a rédigé conjointement avec l'Ordre des psychologues des lignes directrices sur le TDAH en septembre 2001<sup>3</sup>.

41

**Les parents sont souvent réticents à consulter pour un problème d'hyperactivité. La connaissance qu'ils ont du problème porte l'empreinte de l'approche sensationnaliste et peu scientifique des médias.**

R E P È R E

Certains auteurs, généralement opposés à l'emploi des SSNC, ont avancé qu'il s'agissait d'une maladie typiquement nord-américaine et que l'utilisation du Ritalin® était beaucoup plus rare en Europe<sup>3,5</sup>. Pourtant, des études se fondant sur les critères du DSM ont montré que la fréquence du trouble était identique dans d'autres pays du monde<sup>6</sup>. Des modes différents de pratique ou d'éducation des enfants, une approche plus psychanalytique ou des restrictions sur l'usage des SSNC expliquent que ce type de médicament était jusqu'à récemment moins utilisé dans les pays européens. On a même accusé l'Association américaine de psychiatrie de collusion avec la compagnie Novartis pour élargir les critères diagnostiques de façon à mousser les ventes de méthylphénidate. La poursuite fut d'ailleurs rejetée en cour.

La plupart des auteurs s'entendent pour dire qu'entre 3 et 6 % des enfants présenteraient suffisamment de manifestations pour répondre aux critères diagnostiques de TDAH selon le *DSM-IV*<sup>3</sup>. Dans une classe de 20 enfants, cela implique qu'on peut s'attendre à trouver au moins un enfant ayant ce problème. Traditionnellement, on a toujours dit que la fréquence du trouble était de 5 à 10 fois plus élevée chez les garçons. C'est sûrement vrai pour le trouble d'attention avec hyperactivité. Ce l'est probablement moins toutefois pour le trouble d'attention sans hyperactivité.

### Le tableau clinique

Comment ces enfants, ces parents, ou même ces adultes consulteront-ils à votre cabinet ? La situation décrite dans le texte de présentation de cet article, quoiqu'un peu caricaturale, reflète souvent la réalité. Les parents consultent parce que l'école fait pression sur eux pour que quelque chose soit fait pour aider leur enfant agité qui perturbe la classe, ou qui est lunatique et en situation d'échec scolaire. Ils sont souvent réticents à voir apposer l'étiquette d'« hyperactif » à leur enfant, et encore plus à lui faire prescrire

un médicament « pour le calmer ». Leurs connaissances du problème viennent souvent de ce que les médias ont transmis. Ce n'est généralement pas très scientifique, ni en faveur de ces médicaments...

Dans d'autres cas, ce sont les parents, épuisés, les yeux cernés, qui consultent d'emblée et vous supplient de faire quelque chose pour eux, parce qu'ils sont dépassés par un enfant hyperagité de l'aube au crépuscule...

D'autres parents, comme ceux que décrit l'article portant sur le déficit de l'attention sans hyperactivité, dans ce numéro, ne tolèrent pas que leur enfant ait une piètre performance scolaire et s'attendent à ce que vous lui prescriviez un stimulant de l'attention susceptible de transformer ses échecs scolaires en réussite.

### Comment s'élever au-dessus de la controverse

Dans chacun de ces cas, vous devez situer votre position comme vous le faites normalement pour chaque patient qui vous consulte : il est important que le médecin explique aux parents qu'il travaille dans l'intérêt de leur enfant et qu'il mettra en branle un processus d'évaluation méticuleux pour comprendre les difficultés de ce dernier et leur proposer (et non imposer) des solutions. Ces parents seront heureux d'apprendre que, quel que soit votre mode de pratique, vous ne travaillez pas pour l'école, ou la commission scolaire, mais dans l'intérêt de leur enfant. Ils doivent savoir que l'évaluation d'un TDAH présomptif ne se fait normalement pas en 20 minutes, risque d'exiger plus d'une rencontre, et requiert que vous demandiez des informations à l'école et aux autres professionnels qui interviennent auprès de l'enfant. L'article du D<sup>r</sup> Jean Grégoire sur l'évaluation et le diagnostic, dans ce numéro, expliquera bien ces aspects. Les parents doivent comprendre que, après cette évaluation, vous leur proposerez sans doute des interventions (ces dernières seront abordées dans l'article portant sur le traitement du TDAH). Il est possible

**Il est important que le médecin explique aux parents qu'il travaille dans l'intérêt de leur enfant et qu'il mettra en branle un processus d'évaluation méticuleux pour comprendre les difficultés de ce dernier et leur proposer (et non imposer) des solutions.**

**Les parents doivent savoir que l'évaluation d'un TDAH présomptif ne se fait normalement pas en 20 minutes, risque d'exiger plus d'une rencontre, et requiert que vous demandiez des informations à l'école et aux autres professionnels qui interviennent auprès de l'enfant.**

qu'un traitement médicamenteux fasse partie de vos propositions, mais ils seront toujours libres de l'accepter ou de le refuser lorsque vous leur aurez donné des informations complètes et objectives. Leur choix se fera alors en toute connaissance de cause, et dans ce contexte clair dès le départ, leur confiance vous sera plus facilement acquise.

Lorsque vous discutez avec les parents, il ne faut pas oublier que beaucoup d'entre eux sont ou ont été hyperactifs et (ou) lunatiques. L'hérédité est la principale cause du TDAH. Les études sur les jumeaux permettent même de déduire que 80 % des TDAH sont d'origine génétique<sup>7</sup>, et vous le constaterez sûrement dans la pratique... Il y a quelques années, un article sur le TDAH aurait laissé entendre que le problème se réglait autour de l'adolescence. La recherche nous a permis d'apprendre que c'est loin d'être le cas et que les symptômes persistent chez 30 à 70 % des adultes, et ce, de façon marquée<sup>8</sup>. C'est pourquoi nous avons cru pertinent de terminer ce numéro par un article portant sur le TDAH chez l'adulte, problème que vous risquez de voir de plus en plus.

Au Québec, il semble que les psychiatres soient les médecins qui diagnostiquent le plus souvent le TDAH (62 %), suivis par les pédiatres (25 %) et les généralistes (13 %)<sup>3</sup>. Peu importe que ces statistiques reflètent bien la réalité ou non, la hiérarchisation de la pratique médicale et la rarefaction des spécialistes pourraient bien conduire à inverser cette tendance. Rien n'empêche le médecin de famille de procéder à une évaluation des patients chez qui il soupçonne un TDAH, s'il est prêt à y mettre le temps et à se munir des connaissances nécessaires. ☞

**Date de réception :** 4 février 2002.

**Date d'acceptation :** 15 mars 2002.

**Mots clés :** trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité, méthylphénidate.

## Bibliographie

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 1996.

## S U M M A R Y

**Attention deficit/hyperactivity disorder: how to overcome passions to do a good job.** The diagnosis and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) are a subject of controversy in the mass media. Parents are sometimes reluctant to see a doctor when urged by school professionals trying to work with a disturbing or day-dreaming child. The increased use of methylphenidate in the 90's is a cause for reflection. Even if the use of stimulants is higher in North America, the incidence of ADHD is the same in other countries. About 3 to 6% of children are suffering from the problem. Boys are referred more often, but girls are probably underdetected. The doctor that sees a child with that problem must confirm his role as someone trying to understand his problems and find solutions, including medication. Parents must know that information can be obtained from schools and other professionals, and that this kind of evaluation usually requires more than one visit.

**Key words:** attention deficit/hyperactivity disorder, methylphenidate.

2. Tremblay J. Ritalin, la drogue que l'école aime. *Châtelaine* septembre 1998.
3. Collège des médecins du Québec. *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*. CMQ-OPQ, septembre 2001.
4. Comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central. *TDAH: rapport*. Québec, ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
5. Stubbe DE. Attention-deficit/hyperactivity disorder overview. Historical perspective, current controversies, and future directions. *Child Adolescent Psychiatr Clin North Am* 2000 ; 9 : 469-79.
6. Barkley RA. The prevalence of ADHD: Is it just a U.S. disorder? *The ADHD Report* avril 1998 ; 6 (2).
7. Tannock R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *J Child Psychol Psychiatr* 1998 ; 39 : 65-99.
8. Miller KJ, Castellanos FX. Attention deficit/hyperactivity disorders. *Pediatrics in Review* 1998 ; 19 : 373-84.



Médecins omnipraticiens

Avez-vous  
déjà vu ce programme ?

(Enschêché avec le présent numéro de la revue.)

