

## **TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION**

Sonya Norris  
Division des sciences et de la technologie

*Révisé le 23 juin 2005*

**Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.**

**THIS DOCUMENT IS ALSO  
PUBLISHED IN ENGLISH**

## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Page</b>
INTRODUCTION .....	1
LE TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION ET SON TRAITEMENT .....	1
A. Évolution du TDA comme trouble reconnu.....	1
B. Caractéristiques du TDA sur le plan du comportement .....	2
C. Traitement du TDA .....	3
1. Médicaments .....	4
2. Formation et éducation des parents et des enseignants.....	4
3. Psychothérapie .....	5
LE DIAGNOSTIC DE TDA ET L'UTILISATION DU MÉTHYLPHÉNIDATE .....	5
A. Augmentation de l'utilisation du méthylphénidate .....	5
B. Perspective internationale .....	6
C. Surveillance et études au niveau national .....	7
CONCLUSION.....	8



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT  
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

## **TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION**

### **INTRODUCTION**

Le trouble déficitaire de l'attention (TDA) est un trouble du comportement bien connu chez les enfants, notamment en raison de l'explosion du nombre de cas diagnostiqués depuis le début des années 1990. Le présent document explore :

- la nature du TDA et son traitement;
- les mesures nationales et internationales prises pour endiguer l'augmentation du nombre de cas.

### **LE TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION ET SON TRAITEMENT**

#### **A. Évolution du TDA comme trouble reconnu**

Les termes « trouble déficitaire de l'attention » (TDA) et « hyperactivité avec déficit de l'attention » (HDA) sont souvent utilisés de manière interchangeable dans la littérature médicale. De fait, les deux existent parce que la définition du trouble a changé au fil des ans.

Aux États-Unis, le problème de comportement le plus étudié chez l'enfant est passé de l'hyperactivité, dans les années 1960, au « déficit d'attention », dans les années 1970. En 1980, l'Association des psychiatres américains a inclus le TDA – dont l'hyperactivité était alors un élément essentiel – dans la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III). L'édition révisée (DSM-III-R) de 1987, parlait plutôt de HDA afin d'insister davantage sur l'hyperactivité, mais ne faisait plus de cette dernière un élément incontournable du diagnostic. En 1994, le DSM-IV conservait le terme HDA, mais en élargissait la définition et en énumérait plusieurs formes, indiquant que divers comportements peuvent prédominer. Le HDA est maintenant un trouble qui peut ou non comporter l'hyperactivité. Parfois synonyme de HDA, le terme TDA est aussi utilisé dans les diagnostics lorsque la composante d'hyperactivité fait défaut.

La plupart des pays occidentaux suivent la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – qui en est à sa dixième révision (ICD-10). Cette liste reconnaît le TDA, mais seulement si l'hyperactivité est présente. Les médecins canadiens semblent préférer les critères américains et ont tendance à les interpréter assez largement<sup>(1)</sup>. À cause de ces différences entre les définitions du TDA, ce dernier est le trouble de comportement le plus souvent diagnostiqué en Amérique du Nord (3 à 5 p. 100 des enfants d'âge scolaire), mais l'est moins fréquemment dans les autres pays. Selon l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), la consommation du méthylphénidate – le médicament le plus souvent prescrit contre ce trouble – a été nettement plus élevée aux États-Unis et au Canada que dans d'autres pays jusqu'en 2001. Depuis, cependant, l'Islande a devancé les deux pays, et le Royaume-Uni, la Suisse et la Norvège ont eux aussi vu leur consommation augmenter considérablement<sup>(2)</sup>.

## **B. Caractéristiques du TDA sur le plan du comportement**

Aucun test médical bien arrêté ne permet de diagnostiquer le TDA, ce qui indique que ce trouble n'a pas de marqueur biologique connu. Les médecins fondent leur diagnostic sur les caractéristiques du comportement dans quatre secteurs : inattention, distractibilité, impulsivité et hyperactivité. Le TDA est également associé de près aux mauvais résultats scolaires, aux mauvaises relations avec la famille, les pairs et les enseignants et à une faible estime de soi<sup>(3)</sup>. La déficience peut exister dans certaines de ces catégories seulement, et son degré n'est pas défini. Le DSM-IV précise en outre que ces déficiences doivent apparaître dans plus d'un cadre (école, foyer, etc.), persister plus de six mois, et que certaines au moins doivent apparaître avant l'âge de 7 ans<sup>(4)</sup>. Cependant, les répondants à l'Enquête canadienne sur le HDA n'ont pas indiqué que ces critères additionnels étaient nécessaires.

- 
- (1) Santé Canada, *Enquête sur le diagnostic et le traitement au méthylphénidate de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (HDA) parmi les médecins canadiens*, août 1999.
  - (2) Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), *Substances psychotropes – Statistiques pour 2003 – Prévisions des besoins annuels médicaux et scientifiques concernant les substances des tableaux II, III et IV*, Nations Unies, 2005.
  - (3) Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies en santé, *Examen des thérapies pour l'hyperactivité avec déficit de l'attention*, décembre 1998.
  - (4) National Institute of Mental Health ([www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm)).

Parmi les indices d'inattention et de distractibilité, mentionnons le manque d'attention aux détails, les erreurs attribuables à la négligence, le fait de ne pas suivre attentivement ou complètement les instructions et le fait de perdre ou d'oublier le travail scolaire ou les jouets. Les indices de l'impulsivité et de l'hyperactivité sont notamment le fait de remuer sans cesse, de se tortiller, de courir partout lorsqu'il faut s'asseoir, d'avoir de la difficulté à faire la queue et de laisser échapper des réponses prématurément. Il est clair que ce ne sont là que quelques exemples de comportements que l'on peut associer au TDA.

Comme beaucoup de ces problèmes de comportement peuvent être attribués à d'autres causes, il faut exclure celles-ci avant de diagnostiquer le TDA. En fait, si de nombreux critiques estiment que ce trouble est diagnostiqué trop fréquemment, d'autres vont jusqu'à soutenir qu'il n'existe pas et que le trouble comportemental tient à d'autres causes. Les nombreux autres troubles qui peuvent présenter les mêmes symptômes comprennent les troubles de sommeil, la concentration élevée de monoxyde de carbone dans le sang, le diabète, le saturnisme (intoxication par le plomb), les malformations cardiaques, les infections parasitaires, les infections chroniques à streptocoque, l'exposition aux solvants, les troubles épileptiques, l'anémie et le trouble de l'alcoolisation fœtale. Certains médecins ont noté que les enfants souffrant d'autres troubles psychologiques (dépression, anxiété, traumatisme résultant d'abus) faisaient rapidement l'objet d'un diagnostic de TDA<sup>(5)</sup>.

### **C. Traitement du TDA**

Le traitement du TDA comprend : le recours aux médicaments pour atténuer les comportements problématiques; la formation et l'éducation destinées aux parents et aux enseignants pour optimiser les attentes et l'environnement en tenant compte du trouble; la psychothérapie pour apprendre à l'enfant à se maîtriser et à se surveiller. Idéalement, on combinerait ces méthodes, mais dans la pratique, les médicaments constituent souvent le seul traitement<sup>(6)</sup>.

---

(5) Kathy Koch, « Rethinking Ritalin », *CQ Researcher*, vol. 9, n° 40, octobre 1999.

(6) Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies en santé (1998).

## 1. Médicaments

La classe des stimulants est celle à laquelle on a le plus souvent recours pour traiter le TDA. Ces stimulants sont les amphétamines et les composés analogues, reconnus pour susciter la dépendance et dont on abuse fréquemment. Les stimulants, qui excitent ou accélèrent le système nerveux central, sont généralement utilisés pour accroître l'attention et l'endurance, maintenir l'éveil pendant de longues périodes, diminuer l'appétit, et produire une sensation de bien-être et d'euphorie<sup>(7)</sup>.

Les stimulants prescrits pour le traitement du TDA sont le méthylphénidate, le sulfate de dextroamphétamine et la pémoline de magnésium. Le méthylphénidate, connu sous le nom de commerce Ritalin, est de loin le plus utilisé, puisqu'entre 80 et 90 p. 100 des enfants diagnostiqués se le font prescrire, alors que la dextroamphétamine et la pémoline sont tout aussi efficaces<sup>(8)</sup>. Ces stimulants agissent sur le cerveau en accroissant la concentration de catécholamines, un groupe de substances parmi lesquelles la dopamine est, de l'avis de certains, celle dont les taux ne sont pas assez élevés chez les personnes atteintes de TDA.

## 2. Formation et éducation des parents et des enseignants

Les modes d'intervention habituels incluent notamment le tutorat privé, les approches nouvelles permettant aux parents et aux enseignants de composer avec les enfants souffrant de TDA, ainsi que la thérapie parentale, familiale et conjugale. De nombreux enfants réussissent à améliorer leur rendement scolaire lorsqu'on ajoute au temps passé en classe un tutorat privé qui présente moins d'occasions de distraction et donne une meilleure possibilité d'apprendre à se concentrer. Les parents et les enseignants peuvent également apprendre des stratégies de récompense et de discipline basées sur l'usage d'incitatifs. En outre, certains médecins et psychologues ont constaté que le counselling marital et parental et la thérapie familiale profitent aux enfants souffrant de TDA en favorisant un environnement plus constructif et enrichissant, susceptible d'aider à réduire les problèmes de comportement.

---

(7) Définition des stimulants sur le site Web de Santé Canada, *Les drogues – Faits et méfaits*, 2000, p. 18 ([http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/pdf/drogues\\_faits.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/pdf/drogues_faits.pdf)).

(8) Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies en santé (1998).

### 3. Psychothérapie

La psychothérapie aide d'abord le patient à accepter le diagnostic, puis à s'accepter lui-même. Il découvre ses modes de comportement destructeurs ou qui vont à l'encontre du but recherché et peut apprendre de nouvelles façons de réagir à ses émotions et à mieux s'adapter aux activités quotidiennes. La sociothérapie, autre approche souvent utilisée, aide l'enfant à apprendre des comportements sociaux appropriés, tels que partager un jouet, faire la queue, demander de l'aide, agir et parler de façon convenable.

## LE DIAGNOSTIC DE TDA ET L'UTILISATION DU MÉTHYLPHÉNIDATE

### A. Augmentation de l'utilisation du méthylphénidate

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le méthylphénidate est le médicament de prédilection pour le traitement du TDA. L'augmentation globale de la consommation de méthylphénidate au Canada, attribuable essentiellement au groupe d'âge de 5 à 14 ans, a débuté vers 1993-1994<sup>(9)</sup>. Depuis, les Canadiens continuent de se ranger parmi les principaux consommateurs de ce médicament.

De fait, le Canada est dans le sillage des États-Unis, où l'utilisation du méthylphénidate croît de façon constante depuis 1991<sup>(10)(11)</sup>. Il s'agit de l'année où le TDA a été inclus dans la *Individuals with Disabilities Education Act* (loi sur l'éducation des handicapés), ce qui a permis aux écoles de recevoir des fonds additionnels pour le traitement des cas de TDA. De plus, le nombre croissant de symptômes attribués au TDA – qui aux États-Unis a changé de nom plus d'une vingtaine de fois au cours du dernier siècle et dont la définition et les critères diagnostiques ont connu plusieurs modifications au cours des deux dernières décennies – a fait augmenter la population visée, d'où l'explosion des cas de TDA diagnostiqués. Dans son rapport annuel de 1997, l'OICS a noté cette tendance et a affirmé que le fait de ne plus compter l'hyperactivité comme élément essentiel du trouble décuplerait le nombre d'enfants qui répondent à la définition du TDA<sup>(12)</sup>.

---

(9) *Ibid.*

(10) OICS (2005).

(11) Koch (1999).

(12) OICS, *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1997*, Nations Unies.



De nombreux critiques du TDA et de l'utilisation du méthylphénidate soutiennent que la pression exercée par les parents et l'école pour que l'on recoure à la pharmacothérapie dans les cas limites a également contribué à l'augmentation. Selon eux, le médicament amène les enfants à faire ce que les parents et les enseignants ne veulent pas ou ne peuvent pas les amener à faire autrement : s'asseoir, se taire, rester tranquilles, être attentifs<sup>(13)</sup>, bref être obéissants.

La convergence de ces facteurs au début des années 1990 a entraîné une augmentation forte et soudaine du nombre de diagnostics et, ainsi, de l'usage du méthylphénidate aux États-Unis. La publicité qui en est résultée a suscité une tendance analogue au Canada peu de temps après. Selon le Bureau des substances contrôlées de la Direction générale des environnements sains et de la sécurité du consommateur de Santé Canada, la consommation de méthylphénidate a monté en flèche, passant d'un niveau presque constant d'environ 150 kg par an entre 1983 et 1993 à près de 800 kg en 1999. L'OICS a constaté qu'elle avait largement dépassé les 1 000 kg en 2003. Le Canada ne produit pas de méthylphénidate, qui est surtout importé de Suisse et, dans une moindre mesure, des États-Unis, du Royaume-Uni, d'Espagne, d'Allemagne et d'Irlande. Bien que les diagnostics de TDA n'aient fait l'objet d'aucun dénombrement au Canada, la consommation de méthylphénidate indiquerait une hausse marquée du nombre de cas diagnostiqués, puisque cette substance est prescrite avant tout en cas de TDA. Elle sert également à traiter la narcolepsie, mais cet usage ne représente qu'une très faible proportion de la consommation.

## **B. Perspective internationale**

L'OICS a été créé en 1968 pour exercer un contrôle indépendant et quasi judiciaire de la mise en œuvre des traités des Nations Unies sur le contrôle des stupéfiants. Bien que les Nations Unies le financent, il en est indépendant. Il a pour mandat d'assurer un approvisionnement de drogues suffisant à des fins médicales et scientifiques, et de réduire au minimum les fuites des sources licites au commerce illicite. Il cherche également à cerner les faiblesses du contrôle national et international des drogues.

---

(13) Mary Eberstadt, « Why Ritalin Rules », *Policy Review*, n° 94, avril 1999.

Depuis plusieurs années, l'OICS exprime dans ses rapports annuels une certaine inquiétude au sujet de l'utilisation croissante du méthylphénidate. Ce phénomène qui autrefois s'observait seulement aux États-Unis et au Canada se manifeste aujourd'hui dans des pays européens. Alors que l'utilisation de ce médicament a très peu augmenté dans les autres pays entre 1990 et 2000, l'augmentation au Canada et aux États-Unis a été remarquable. Dans son rapport de 2003, l'OICS note l'accroissement de la consommation en Islande ainsi que dans plusieurs autres pays européens et répète que cette situation est alarmante.

Dans son rapport de 1997, l'OICS avait fait état de la confusion qui entoure la définition du TDA. À l'époque, il était d'avis que la différence des définitions et des critères diagnostiques selon les pays expliquait « probablement » les écarts significatifs entre les taux de prévalence du TDA. Le même rapport affirmait que l'OMS ne pourrait évaluer la prévalence du TDA et ses critères diagnostiques qu'en menant un certain nombre d'études sur des définitions diagnostiques différentes du TDA et leurs taux de prévalence. L'OICS avait donc demandé aux gouvernements concernés d'entreprendre ces études et de lui fournir leurs résultats ainsi qu'à l'OMS. Il avait aussi redemandé à tous les gouvernements de faire preuve de vigilance afin de contenir la tendance à diagnostiquer le TDA et de réduire le recours aux stimulants tels que le méthylphénidate chez les enfants.

Dans ses rapports subséquents, l'OICS répète qu'il est préoccupé de la consommation croissante de méthylphénidate, dont le Canada est toujours l'un des principaux consommateurs, après les États-Unis et l'Islande (rapport de 2003). L'OICS reconnaît que la tendance observée au cours des années 1990 au Canada et aux États-Unis se manifeste maintenant dans d'autres régions du monde.

### **C. Surveillance et études au niveau national**

En décembre 1998, le Bureau canadien de coordination de l'évaluation des technologies en santé a publié une étude nationale intitulée *Examen des thérapies pour l'hyperactivité avec trouble déficitaire de l'attention*. Cette étude a été motivée par l'utilisation accrue du méthylphénidate à la fois chez les enfants et chez les adultes et par le danger d'abus ou d'utilisation illicite de ce médicament. Les conclusions donnent à penser que près de 20 p. 100 des personnes traitées pour le TDA (surtout des enfants) reçoivent du méthylphénidate alors que son usage ne serait pas indiqué.

En août 1999, le Programme des produits thérapeutiques de Santé Canada a publié une *Étude du diagnostic et du traitement au méthylphénidate de l'hyperactivité avec déficit d'attention parmi les médecins canadiens*. L'objectif de l'étude était d'établir la façon dont les médecins canadiens diagnostiquent et traitent cette maladie, les conditions dans lesquelles ils prescrivent le méthylphénidate et la mesure dans laquelle ils subissent des pressions externes à cet égard. Les résultats s'appuient sur un taux de réponse de 19,2 p. 100, soit 636 réponses sur un échantillon aléatoire de 3 320 médecins.

Selon l'étude, les médecins estiment ne pas être suffisamment renseignés au sujet de l'HDA, de son diagnostic ou de son traitement. Les répondants semblent croire que le diagnostic de l'HDA et le recours au méthylphénidate posent problème et qu'il n'y a pas suffisamment de médecins qualifiés dans ce domaine. Ils ont également indiqué que les parents et les enseignants exercent fréquemment des pressions pour que ce médicament soit prescrit. Ces résultats reflètent certaines conclusions d'une conférence consensuelle de 1998 tenue par les U.S. National Institutes of Health qui conclut à un grave problème de santé à cause du manque d'uniformité dans le traitement, le diagnostic et le suivi des enfants atteints de TDA<sup>(14)</sup>.

## CONCLUSION

Le trouble déficitaire de l'attention, à peu près inconnu au début des années 1990, est devenu une maladie diagnostiquée chez près de 5 p. 100 des enfants canadiens aujourd'hui. La consommation de méthylphénidate a augmenté énormément durant cette période. Cette augmentation suit la tendance observée aux États-Unis et celle qui commencerait à se manifester dans d'autres pays. Les chiffres sont suffisamment alarmants pour que l'Organe international de contrôle des stupéfiants exprime son inquiétude et incite le Canada et les États-Unis à examiner la situation. Les deux pays ont maintenant produit des études qui témoignent d'une certaine confusion dans les critères de définition et le diagnostic de la maladie. Cependant, ils continuent d'utiliser la définition du DSM-IV du trouble déficitaire de l'attention, selon laquelle l'hyperactivité peut ou non être présente, alors que celle-ci fait partie de la définition formulée par l'Organisation mondiale de la santé (ICD-10) et adoptée par la plupart des pays occidentaux.

---

(14) *Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, NIH Consensus Statement Online, 16-18 novembre 1998, vol. 16, n° 2, p. 1 à 37.