

Le TDAH: un trouble inventé

ADHD: an invented disorder

إضطراب فرط الحركة: إضطراب مصنوع

Abdelaaziz Ourhou

Brahim Hamdaoui

تاريخ النشر: 2018/12/31

تاريخ قبول النشر: 2018/12/16

تاريخ الامتلاء: 2018/11/19

ملخص:

في هذا المقال قمنا بالتعريف بما يصطلح عليه باضطراب فرط الحركة ونقص الإنتباه. يناقش المقال كذلك إتيولوجيا هذا الإضطراب ومختلف طرق علاجه المتبعة. كما قمنا بنقد التفسير البيولوجي لهذا الإضطراب وتبني المقاربة الفارماكولوجية في العلاج. الكلمات المفتاحية: الطفل الحركي، إضطراب فرط الحركة، نقص الإنتباه.

Résumé:

Cet article aborde le TDAH et sa définition, son étiologie et son traitement. Les différentes approches de la nosologie sont discutées. La critique du DSM et de son approche médicalisant le fonctionnement normal des enfants est présentée.

Mots clés : TDAH, hyperactivité, impulsivité, inattention, DSM.

Abstract:

This article discusses ADHD and its definition, etiology and treatment. The different approaches to nosology are discussed. Criticism of the DSM and its approach to medicalization of the normal functioning of children is presented.

Keywords: ADHD, hyperactivity, impulsivity, inattention, DSM.

Introduction

Le TDAH est un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/ impulsivité plus fréquent et plus sévère que ce qu'on observe chez des individus d'un niveau de développement similaire avant l'âge de 7 ans (DSM-IV, 1996). Les enfants atteints de ce trouble ont des difficultés à se mettre au travail, à s'organiser, à maintenir leur concentration, à maintenir un effort sur une tâche, à partager l'attention, à s'ajuster en cours d'action, à suivre les règles et les consignes, à modifier leur comportement suite à une conséquence négative, à percevoir le temps et l'espace, à attendre leur tour et à tolérer la frustration (Barkley, 2006). Également, ils présentent souvent une agitation excessive, une distractibilité externe et interne importante, une vitesse d'exécution rapide au détriment de la qualité et des difficultés sur le plan de la cognition (MSSS, 2003). Les symptômes du TDAH sont regroupés selon trois dimensions

du trouble, soit l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. On y distingue trois types de TDAH (Woo et Rey, 2005):

- Le type *inattention prédominante*, si l'on constate au moins six symptômes d'inattention mais pas ou très peu de symptômes d'hyperactivité/impulsivité;
- Le type *hyperactivité/impulsivité prédominante*, si l'on constate au moins six symptômes d'inattention;
- Le type *mixte*, si l'on constate des symptômes d'inattention et des symptômes d'hyperactivité/impulsivité.

Dans tous les cas, les symptômes doivent avoir persisté pendant plus de six mois et certains doivent même être apparus avant que l'enfant atteigne sept ans. De plus, on doit constater chez la personne une altération significative de son fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Pour éviter de faux diagnostics positifs, il est nécessaire de s'assurer que les symptômes apparaissent dans au moins deux types d'environnement. Ils ne doivent pas être attribués à une autre pathologie psychique ou à un trouble du développement (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, 2010).

Le TDAH est le motif de référence le plus souvent évoqué pour adresser les enfants d'âge scolaire à un spécialiste (Dulcan et Benson, 1997). Sa prévalence chez les élèves est forte et les risques d'inadaptation scolaire et sociale sont grands. On estime qu'elle touche 3 à 7 % des enfants d'âge scolaire à l'échelle mondiale et on observe un plus haut taux de prévalence du TDAH chez les garçons que chez les filles (Schachar, 2011). Le DSM-IV estime que de 3 à 5 p. 100 des enfants présentent un TDAH; toutefois, il y a des différences importantes dans le pourcentage de jeunes qui présentent le trouble. Ainsi, les taux de prévalence peuvent varier de 1 à 14,3 p. 100 (Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 2000). Outre sa forte prévalence, ce trouble est souvent associé à des difficultés d'adaptation psychosociale. En raison des symptômes de ce trouble et des comorbidités d'ordre psychiatrique qui y sont fréquemment associés, les personnes qui en souffrent peuvent être exposées à des conflits familiaux, des relations médiocres avec leurs pairs et des échecs scolaires ou professionnels. Par conséquent, le TDAH représente un fardeau énorme pour la société (Cortese et Castellanos, 2011), car les individus atteints de ce trouble sont des utilisateurs fréquents du système de santé (Rappley, 2002). Le TDAH, par sa fréquence, est un problème de santé publique qui interroge la société (Bouvard et al., 2006). Il représente un problème de santé publique majeur et coûteux. Les enfants atteints de TDAH ont des handicaps prononcés et peuvent expérimenter des effets négatifs sur les performances scolaires, les succès et les

vocations, et le développement socio-émotionnel. Le TDAH a un impact profond sur les individus, les familles, l'école et la société (Bearman, s.d.). Pour mieux comprendre cette problématique, la nosologie, l'étiologie et le traitement sont abordés.

1. Méthodologie

La question principale de recherche ayant guidé le repérage des articles est la suivante : (1) Quelle est la définition du TDAH, son étiologie et son traitement ? Nos résultats découlent d'une recension des écrits portant sur cette question. Les articles recensés ont été repérés à partir des bases de données suivantes : JSTOR, PsycINFO, CINAHL, MEDLINE et EBSCO. Les mots clés utilisés pour le repérage des articles furent les suivants: « TDAH, inattention, hyperactivité, DSM; ADHD, hyperactivity, impulsivity ». 36 études ont été sélectionnées pour le présent article. La synthèse des connaissances est de type exploratoire. Nous avons choisi comme méthodologie le *scoping study* (Arksey et O'Malley, 2005). Cette méthode a été réalisée selon les étapes suivantes (Arksey et O'Malley, 2005 : 1) formuler des questions de recherche, 2) identifier les écrits pertinents à l'aide de mots clés ; 3) sélectionner les études sur la base de critères d'inclusion et d'exclusion ; 4) classification des données et 5) synthèse et le rapport des résultats. Quant aux critères d'inclusion et d'exclusions, le Tableau 1 en donne un résumé.

Tableau 1

RÉSULTATS

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Publié entre 1990 et 2013	Publié avant 1990
- Sciences sociales, psychologie, psychiatrie, santé mentale. - Références rattachées directement à notre thème	- Domaine non ciblé par l'étude ou qui ne concerne pas le thème de recherche - Référence non rattachée directement à notre sujet
Langues : Française et anglaise	Autre langue
Article scientifique ou chapitre d'un livre basé sur une méthode scientifique;	Toute publication dont la méthodologie non précisée ou ne découlant pas des principes scientifiques

1. NOSOLOGIE

La nosologie est : « la science médicale qui classifie les pathologies à partir de leurs principales caractéristiques » (Gary, 1998). Plusieurs conceptions nosologiques sont proposées par les experts. Quant à la conception **catégorielle** (Winfred, 1987), les phénomènes à classer sont rangés dans des classes différentes. Selon cette conception, une catégorie est définie par un nombre réduit de caractéristiques dont chacune est nécessaire et l'ensemble

suffisant, et tout objet qui possède ces caractéristiques forme un membre de la catégorie. À titre d'exemple, la catégorie «carré» se définit par les quatre caractéristiques nécessaires et suffisantes : quatre côtés, quatre angles; tous les côtés et tous les angles sont égaux. Chaque caractéristique constitue une condition nécessaire pour l'appartenance à la catégorie, et l'ensemble de ces caractéristiques suffit pour y appartenir. Elles sont des caractéristiques nécessaires et suffisantes. Également, les caractéristiques de la catégorie principale se retrouvent dans les sous-catégories. En ce qui concerne le TDAH, il existe 3 sous-catégories de personne souffrant de l'attention. La première sous-catégorie est celle avec prédominance d'inattention. L'approche catégorielle du DSM-IV propose neuf symptômes afin d'évaluer la présence ou non d'un trouble. Il est nécessaire d'atteindre un seuil minimum de 6 critères sur 9 afin de poser un diagnostic de TDA/H. La deuxième sous-catégorie est celle avec prédominance d'hyperactivité-impulsivité. L'approche catégorielle propose neuf symptômes pour évaluer ou non le trouble. Le seuil clinique est de 6 critères sur 9. La dernière sous-catégorie est celle du TDAH combiné. Une personne ayant ce diagnostic répond à un minimum de 6 symptômes d'inattention sur 9 et à un minimum de 6 symptômes d'hyperactivité-impulsivité sur 9 (Guimond, 2012).

Dans l'approche **typologique** (Winfred, 1987), l'appartenance à un type n'exige pas la présence de toutes les caractéristiques qui décrivent le TDAH, mais il est suffisant d'en posséder quelques-uns qui sont essentiels. L'établissement de ces types est fondé sur l'intuition basée sur l'observation et l'expérience clinique : le clinicien commence par exclure graduellement un certain nombre de possibilité diagnostiques afin d'établir un diagnostic qui est mieux réalisé par le patient à classer. Également, il peut comparer les profils, la configuration des caractéristiques qui caractérisent la personne sur différentes dimensions à des profils typiques pour différents groupes-critères, puis l'individu est classé dans le groupe au profil duquel le sien ressemble le plus. Dans cette approche, un ordre parfaitement hiérarchique n'est plus nécessaire et les classes peuvent être hétérogènes. De plus, des cas plus ou moins typiques sont concevables.

Dans la conception **dimensionnelle** (Winfred, 1987), la classification ne se fait pas selon la présence ou l'absence d'une caractéristique. Elle se fait en fonction de l'intensité ou de la fréquence de la caractéristique. Ce qui distingue un enfant normal d'un enfant ayant le TDAH n'est pas qu'il n'a jamais eu certaines caractéristiques du TDAH, mais qu'il en a eu très rarement, pendant une période limitée et qu'elles n'ont pas affecté sa vie ou ses interactions sociales. Par ailleurs, la classification *typologique* systématise les troubles psychiques en fonction de « types », de traits, de syndrome. Cette approche est différente de l'approche

catégorielle, car l'appartenance à une classe dans la conception catégorielle nécessite la présence de toutes les caractéristiques qui la définissent (Winfrid, 1987).

On peut finalement conclure qu'aucune de ces trois conceptions d'une classification de l'ensemble des troubles psychiques n'est exempte de problèmes et il n'y a pas d'autre approche valable » (Winfrid, 1987, p. 74).

Mais, comparativement aux autres approches, il semble que l'approche dimensionnelle permet d'assouplir les étiquettes diagnostiques et de chercher à mettre des nuances dans les symptômes et les étiquettes diagnostiques en y introduisant des degrés. Elle est plus fine, plus sensible, plus flexible et forme une échelle progressive susceptible de nombreux paliers intermédiaires (Demazeux, 2007). L'approche dimensionnelle est utile, souple et non rigide. Son diagnostic dimensionnel a au moins trois valeurs ordinales, qui peuvent aller d'une échelle à trois degrés (au minimum) jusqu'à une échelle continue, alors qu'un diagnostic catégoriel a uniquement deux valeurs possibles : présent ou absent. Elle permet aussi de « [...] nettoyer l'axe II de ces vieilles catégories héritées de la clinique traditionnelle pour les remplacer par un système multidimensionnel au vocabulaire plus volontiers: « l'ouverture », la stabilité émotionnelle », etc., « le caractère consciencieux » (Demazeux, 2007, p. 77).

Dans l'approche dimensionnelle, il n'y aurait pas d'entités morbides naturelles en psychiatrie; les symptômes du TDAH ne feraient que suivre dans leur répartition comme dans leur intensité des courbes de distribution normale au sein de la population générale (Demazeux, 2007). Cette approche, qui place les individus sur un continuum allant d'une absence totale de symptômes du TDAH à une extrémité jusqu'au diagnostic du trouble en question à l'autre extrémité, permet de décrire un individu sur la base de plusieurs dimensions. Sans se baser sur le DSM, l'obtention des diagnostics différents est possible. Certes, la majorité des enfants perçus comme peu attentifs et très actifs par leurs parents ou leurs enseignants n'ont pas nécessairement un TDAH. Il semble difficile de tracer une frontière claire entre un degré légèrement plus élevé que la moyenne d'activité et d'inattention et un diagnostic de TDAH (Dumas, 2007). C'est pourquoi l'approche dimensionnelle est importante. Dans ce sens, le jugement clinique est nécessaire pour considérer qu'un individu nécessite une intervention ou pas. L'approche dimensionnelle permet aussi d'appréhender le TDAH sans possibilité de présence de plusieurs maladies chez une même personne. Elle permet donc de réduire la comorbidité excessive trouvée dans les diagnostics actuels (Delille, 2010). Elle a un meilleur pouvoir prédictif de la qualité de vie perçue (Van Os et al., 1999).

L'approche dimensionnelle est plus apte à éclairer les relations entre le TDA/H et l'abus/dépendance à diverses substances, car les dimensions d'impulsivité et d'hyperactivité

permettent de prédire la survenue ultérieure de dépendance aux drogues et à la nicotine (Baud, 2008). Dans cet angle, la majorité des recherches adoptent présentement une vision beaucoup plus dimensionnelle du trouble où les symptômes forment l'extrémité morbide d'un continuum de plusieurs comportements observés chez tous les enfants (Simon-Pezeshknia 2011). Cette approche peut s'adapter facilement aux explications culturelles des autres sociétés non américaines. L'hétérogénéité des membres est possible et la diversité de l'expression symptomatique du TDAH est prise en compte.

Dans cette approche, distinguer ce qui est normal de ce qui est morbide au niveau de la manifestation d'un trait doit être justifié et défini de façon opérationnelle. Également, la classification dimensionnelle peut être basée sur des évaluations faites par des experts ou par le sujet lui-même (Winfrid, 1987). Les chercheurs et cliniciens qui étudient les problèmes de santé mentale dans une approche dimensionnelle cherchent moins à déterminer si un enfant a un trouble spécifique (TDAH ou autre) qu'à décrire ses compétences et ses faiblesses. Cette approche a l'avantage de mettre en évidence les différences individuelles dans la psychopathologie et de souligner que la plupart des problèmes psychologiques de l'enfance et de l'adolescence se manifestent sur un continuum de fréquence et d'intensité (Dumas, 2007). Elle permet de réduire la stigmatisation des patients; elle offre la possibilité d'avoir un portrait global des difficultés rencontrées par l'individu et de cibler des interventions individualisées (Gaucher, 2010). C'est pourquoi la suggestion a été faite d'organiser la classification du DSM-IV selon un mode dimensionnel» (American Psychiatric Association, 1996).

2. L'ÉTIOLOGIE DU TDAH

L'étiologie du TDAH constitue une question qui est largement débattue dans la littérature scientifique. Les connaissances actuelles suggèrent qu'il y a plus d'une cause à chacun des troubles mentaux et la formation des équipes de recherche interdisciplinaires est nécessaire (Hodgins, 1995). Avec les neurosciences, abandonner le dualisme cartésien est possible (Lalonde et al. 1999) :

- **Des causes génétiques et moléculaires**

Il y aurait une association entre le TDAH et le gène du transporteur de la dopamine (DAT1) et le gène codant pour les récepteurs dopaminergiques D4 (DRD4). Le gène du transporteur de la sérotonine interviendrait dans la vulnérabilité neurobiologique au TDAH (Simon-Pezeshknia, 2011). Le TDAH est caractérisé par sa forte héritabilité, mais les causes environnementales interagissent avec des causes génétiques. Dans certains cas : « [...] des facteurs de risque génétiques exceptionnels, tels que de rares variantes du nombre de copies

de certains gènes, pourraient exercer des impacts importants sur le risque de TDAH » (Asherson, 2011, p. 1).

- **Des causes neurochimiques**

Le bon fonctionnement de l'attention et la motivation sont affectés par une diminution de l'activité globale du système dopaminergique et du système noradrénergique dans le TDAH (Simon-Pezeshknia, 2011).

- **Causes neuroanatomiques**

L'imagerie cérébrale a permis d'identifier:

Des anomalies morphologiques au sein des lobes frontaux, des ganglions de la base et du corps calleux, ainsi que des anomalies fonctionnelles dans le sens d'une hypoactivité du cortex préfrontal, du striatum et du thalamus. Il s'agit d'un problème au niveau des structures cérébrales responsables de l'inhibition du comportement et de l'autorégulation. Actuellement, ces données restent insuffisamment prouvées (Simon-Pezeshknia, 2011).

Les zones du cerveau qui présentent les réductions les plus marquées incluent des zones spécifiquement impliquées dans l'organisation et le contrôle des mouvements, ainsi que le volume de l'hémisphère droit et celui du cerveau entier (Cortese et Castellanos, 2011).

- **Des causes neurophysiologiques**

Il s'agit notamment d'un trouble du maintien de l'éveil avec alternance d'excès d'éveil et de phases d'hypovigilance et d'une activité motrice au cours du sommeil qui serait augmentée chez les enfants ayant un TDAH (Simon-Pezeshknia, 2011).

- **Des causes toxiques**

Les expositions au tabagisme, au plomb et aux additifs alimentaires sont régulièrement évoquées (Simon-Pezeshknia, 2011).

- **Des causes obstétricales**

La prématurité, la dysmaturité, la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse sont impliquées dans le développement du TDAH. L'alcool semble fortement corrélé soit avec l'hyperactivité, soit avec les déficits cognitifs associés, par le biais du syndrome d'alcoolisme fœtal (Simon-Pezeshknia, 2011).

- **Des causes neuropsychologiques**

Le TDAH est associé à un déficit des fonctions exécutives, spécifiquement dans le contrôle de l'inhibition. Il est caractérisé par l'impulsivité, liée à un trouble de l'autorégulation avec un défaut de contrôle inhibiteur, qui impliquerait particulièrement certaines structures cérébrales ainsi qu'un dysfonctionnement des systèmes catécholaminergiques, en particulier du système dopaminergique (Simon-Pezeshknia, 2011).

En effet : « Tous les modèles cognitifs indiquent que les déficits des fonctions exécutives sont l'une des principales caractéristiques du TDAH » (Rommelse, 2010, p. 1).

- **Des causes psychosociales**

Les causes psychosociales prédisposent au trouble, le pérennisent et influencent sa symptomatologie et son évolution. L'hypothèse d'une vulnérabilité neurobiologique chez l'enfant engendre un intérêt grandissant pour les facteurs environnementaux et psychosociaux. Cette vulnérabilité neurobiologique influe sur le fonctionnement relationnel de l'enfant particulièrement dans la qualité de l'attachement mise en place au cours des interactions précoces (Simon--Pezeshknia, 2011).

- l'étiologie de ce trouble selon les lunettes **psychanalytiques** :

Les psychanalystes soutiennent l'origine psychoaffective de l'instabilité motrice, vue comme une difficulté à mettre en place pour l'enfant une organisation psychique en raison de son contexte environnemental [...] les pulsions ne trouvaient pas à se lier à des représentations psychiques adéquates à elles [...] Les enfants instables ont un monde interne ténu, sans doute plus figé que pauvre, et sont bien plus rétifs à l'apaisement [...] l'objet primaire dans la famille de l'enfant instable n'a pas permis à l'enfant de développer des fonctions du Moi suffisamment stables et bonnes (Simon-Pezeshknia, 2011, p. 60) .

Malgré son utilité, l'étiologie psychanalytique n'offre pas la possibilité de confirmer ou d'infirmer ses hypothèses (Ionescu, 1955).

L'exclusion de l'étiologie biologique

Nous pensons que les causes psychosociales et environnementales constituent les causes du TDAH, car :

- 1) Il n'y a pas aujourd'hui de consensus sur l'étiologie du TDAH et les résultats des nombreux travaux scientifiques convergent sur plusieurs points (Simon-Pezeshknia, 2011); 2) la plupart des recherches ne disposaient pas de données suffisantes pour permettre des analyses génétiques fiables et les données peuvent difficilement être comparées entre elles, car des tâches et des méthodes différentes ont été utilisées pour analyser les mêmes fonctions exécutives (Rommelse, 2010); 3) On ne connaît presque rien de la nature des influences génétiques sur le TDAH (ASHERSON, 2011).

De plus :

D'autres travaux sont nécessaires pour identifier les variants génétiques qui expliquent l'hérédité du TDAH et devront impliquer de très grands échantillons. La recherche en neurobiologie doit se concentrer sur des mesures qui sont corrélées avec le TDAH du

point de vue génétique afin de déterminer la nature des processus cognitifs, neuronaux et cellulaires qui amènent les risques génétiques à se refléter sur le comportement (Asherson, 2011, p. 5);

4) Selon Cortese et Castellanos (2011) les études ne répondent pas aux questions suivantes : comment les anomalies structurelles et fonctionnelles de la connectivité sont-elles reliées et comment les causes étiologiques engendrent des anomalies neuronales? À quelles phases du développement les perturbations des réseaux neuronaux se produisent-elles clairement? Est-ce que les causes génétiques ayant de petits effets pourraient être identifiées lorsque de très larges échantillons seront formés? Quels sont les effets bénéfiques potentiels des interventions basées sur la physiopathologie?

Les facteurs psychosociaux constituent des influences qui proviennent de l'environnement comme des événements ou un contexte de vie engendrant des émotions intenses, un mode d'éducation inadéquat, l'absence d'un mode d'éducation parental. Le TDAH est *extérieur* à la personne : stress, difficultés à la maison ou à l'école, méthodes d'éducation erronées, événements graves comme un décès, le chômage ou une maladie dans la famille. Ces situations stressantes engendrent une pression intense chez l'individu. À cette pression intense, la personne réagit par l'hyperactivité (Compernelle et Doreleijers, 2004). Les enfants normaux mais trop peu orientés par les parents, ou des enfants qui vivent dans une famille où l'ambiance est tendue, peuvent devenir également impulsifs et hyperactifs. Les enfants qui ne peuvent pas suivre le rythme des apprentissages scolaires deviennent hyperactifs, inattentifs et impulsifs (Compernelle et Doreleijers, 2004). En effet, lorsque la personne a de la difficulté à respecter les exigences demandées, ses caractéristiques comportementales s'exacerbent. Aussi, le contexte culturel dans lequel vit l'enfant a un impact sur le développement des manifestations comportementales (Wodon, 2009). Les valeurs transmises (performance, rapidité d'exécution, etc.) et le mode de vie peuvent augmenter l'intensité des comportements inappropriés.

Également, certains styles d'éducation associés à un environnement social défavorable contribuent également au développement du TDAH (Borms et al., 2009) : l'éducation a un rôle d'amplification ou de protection dans l'évolution de ce trouble. L'enfant qui ne bénéficie pas suffisamment de structure et d'accompagnement peut devenir impulsif, distrait ou agité. Il est laissé à lui-même, à la télévision et aux jeux vidéo et se trouve impliqué dans des problèmes comportementaux. C'est le contenu des programmes et des jeux vidéo qui peut avoir un impact négatif sur le comportement de l'enfant. Certains parents ne s'impliquent pas dans l'éducation et l'autorité parentale est incohérente. Les discordes, les conflits familiaux,

les interactions parents-enfants problématiques, une histoire d'abus ou de négligence forment des facteurs reliés au développement du TDAH. L'environnement familial instable et conflictuel peut créer un stress chez l'enfant qui aura tendance à se désorganiser (Chevalier et Guay, 2006). Aussi, pour les parents, une « simple » turbulence peut signifier le TDAH lorsque *l'environnement ne tolère pas les caractéristiques de l'enfance*. L'agitation d'un enfant est normale. L'enfant est curieux de tout et exprime sa joie de manière désordonnée. C'est pourquoi selon le dicton africain, ça prend un village pour élever un enfant. L'activité motrice constitue une source de plaisir et une manière d'action sur le monde. Elle permet à l'enfant d'écouler son excitation interne associée à la découverte du monde et lorsque les limites éducatives sont absentes, l'enfant peut rester bloqué dans cette étape de son développement et devient instable à l'école. De plus, on sait que dans les pays africains et moyen-orientaux les taux sont moins élevés qu'en Amérique du Nord et en Europe (Charach, 2010) et que, selon Cohen et Collin (1997), les stimulants sont rarement prescrits dans tous les autres pays (sauf les États-Unis et le Canada). Ce qui prouve que les causes sont associées à l'environnement nord-américain. On sait également que, selon les statistiques, dans environ 20% des cas, le TDAH ne serait strictement d'origine neurobiologique (Causse, 2006). Ici, au moins, on parle d'autres causes non cérébrales.

En discutant certains aspects du traitement, on va comprendre que ce trouble est associé aux facteurs psychosociaux et environnementaux. Par exemple, l'intervention comportementale permet de promouvoir un renforcement actif des habiletés individuelles et forme la seule intervention non médicamenteuse pour le TDAH, dont l'efficacité a été démontrée scientifiquement (Hinshaw et al., 2007; Pelhame et Fabiano, 2008, cités par Miller et Hanshaw, 2012). Cette affirmation permet de conclure que les causes de ce trouble ne sont pas d'ordre chimique, cérébral ou génétique. Il s'agit donc des comportements *appris* dans un environnement inadéquat, pauvre ou désorganisé. Ces comportements peuvent être *désappris* par les techniques de l'intervention comportementale. C'est pour cette raison que la médication ne doit être utilisée que si les traitements psychosociaux seuls sur une durée de 8 à 10 semaines échouent (Simon-Pezeshknia, 2011).

Pour les spécialistes européens, le TDAH est avant tout un problème de gestion émotionnelle qui peut se résoudre par une approche éducative (Institut du Développement de l'Enfant et de la Famille, 2011).

TRAITEMENT

- **Pharmacologique** : les psychostimulants à base de méthylphénidate (Ritalin® et Concerta®) sont utilisés pour le traitement du TDAH (Abdel Shahid et St-Pierre, 2008).

Le Ritalin® est la molécule qui a fait l'objet du plus grand nombre de publications dans la pharmacopée des troubles psychiatriques de l'enfant. On recensait ainsi en 1996, 161 études contrôlées et randomisées sur l'usage des psychostimulants dans l'hyperactivité, incluant 6 000 enfants hyperactifs d'âge scolaire, ce qui est tout à fait considérable (Revol et al., s.d.). Au niveau du striatum, le mode d'action de ce médicament reposerait sur l'augmentation de la transmission dopaminergique, ce qui permet d'améliorer les processus de contrôle exécutif, d'atténuer les déficits du contrôle inhibiteur et de favoriser la mémoire de travail (Abdel Shahid et St-Pierre, 2008). En effet : «l'efficacité largement documentée de la pharmacothérapie constitue la principale justification à sa fréquente utilisation. Plusieurs études scientifiques justifient le recours à la médication puisque celle-ci diminue, de manière significative, les symptômes reliés au TDA/H» (Lussier, 2011). D'autres chercheurs expliquent que la prise du médicament est nécessaire, car :

Le TDAH est une condition neurobiologique avec une forte étiologie génétique, qu'il implique un certain nombre de différents neurotransmetteurs et affecte certaines régions du cerveau. L'importance de cette discussion est de relier tout traitement pharmacologique à la physiologie de la condition telle que nous la comprenons (Canadian ADHD Resource Alliance, 2010, p. 1).

- Par ailleurs, les ajustements **chiropratiques** peuvent atténuer les symptômes de TDA/H. Dans ce sens, la recherche a démontré une amélioration des comportements des enfants hyperactifs grâce aux interventions chiropratiques (Lemay et Pépin, s.d.).
- Les traitements **comportementaux** impliquent typiquement des interventions auprès des parents, des enseignants et de l'enfant. Les composantes spécifiques de ces interventions comportementales incluent la gestion directe des contingences et la thérapie comportementale clinique. La gestion directe des contingences implique que les enseignants et les intervenants récompensent directement les habiletés souhaitées (Miller et Hinshaw, 2012).
- Les recommandations actuelles dans le traitement du TDAH prônent une **intervention multimodale** qui implique l'enfant, sa famille et les enseignants. Il s'agit d'un processus thérapeutique associant des approches éducatives, rééducatives, psychothérapiques et pharmacologiques (Simon-Pezeshknia, 2011). Les efforts d'éclectisme pourraient donc répondre aux espoirs des praticiens qui désirent intervenir avec plus d'efficacité (Lecomte et Castonguay, 1987). Par exemple, la psychoéducation permet d'informer les patients sur le trouble et à évaluer son retentissement passé et actuel. Les interventions cognitivo-

comportementales aident les patients à développer des stratégies d'adaptation. (Simon-Pezeshknia, 2011).

- **Traitement psychodynamique** : la reconstruction de l'histoire relationnelle précoce permet de privilégier certaines hypothèses et d'orienter la réponse thérapeutique. La mise en récit constitue le premier temps thérapeutique. L'action thérapeutique peut porter sur une tentative de réinvestissement libidinal positif de l'ensemble du corps statique ou dynamique. L'action thérapeutique peut porter sur une recherche de dégagement des conflits psychoaffectifs. Un travail psychanalytique peut être rendu possible par un travail thérapeutique en psychomotricité de première intention (Simon-Pezeshknia, 2011).
- Les **interventions psychosociales** sont utiles à tous les âges et comprennent l'entraînement aux habiletés sociales, la gestion de la colère, les loisirs supervisés, et la formation parentale (Canadian ADHD Resource Alliance, 2010).
- La **psychothérapie** est bénéfique pour les adolescents et les adultes atteints de TDAH avec/sans des conditions comorbides telles qu'une faible estime de soi, la dépression et l'anxiété incluent: l'usage du monologue intérieur, la thérapie cognitive comportementale, la thérapie interpersonnelle, la thérapie familiale, la thérapie par l'art (Canadian ADHD Resource Alliance, 2010).

Le traitement pharmacologique est nuisible

Les traitements *pharmacologiques* doivent être *exclus*, car : ils sont dangereux et lorsqu'ils sont utilisés, les symptômes du TDAH se produisent, ce qui nécessite d'autres interventions non pharmacologiques (les interventions psychosociales, l'intervention familiale et les différentes formes de psychothérapie); les médicaments ne sont pas prescrits dans plusieurs pays et il y a d'autres interventions alternatives efficaces :

En effet, selon Lefèvre (1996), il faut admettre que les stimulants ne sont pas seulement inutiles mais qu'ils peuvent être très néfastes. L'expérience clinique a démontré que l'administration de Ritalin® peut entraîner une augmentation de la fréquence des crises convulsives chez un petit nombre de patients. Le cas échéant, il faut mettre fin au traitement (Novartis Canada, 2012). Il y a également une stigmatisation du recours aux psychotropes (Bange et Mouren-Siméoni, 2000). À l'adolescence, le traitement médicamenteux prend une nouvelle signification différente, le rendant presque menaçant. Par ailleurs, le risque d'association éventuelle entre Ritalin® et abus de substance à partir de l'adolescence pourrait s'accroître, notamment lorsque la symptomatologie hyperactive persiste et quand il existe des antécédents familiaux d'hyperactivité et d'abus de substance ou un trouble des conduites ou un trouble bipolaire associés (Bange et Mouren-Siméoni, 2000). La prescription de Ritalin® peut

changer la perception que l'enfant a de sa propre efficacité et de son sens des responsabilités. Le fait de prendre ce médicament peut renforcer l'idée de l'enfant qu'il est différent des autres. Il peut penser qu'on n'attend pas de lui qu'il se comporte de façon adéquate pour son âge (Lefèvre, 1996). Les effets stimulants reliés à ce médicament sur le système nerveux sympathique chez des patients de tout âge, et principalement ceux dont la fonction cardiovasculaire est compromise, peuvent entraîner des événements indésirables graves tels la mort (Direction générale des produits de santé et des aliments, 2006). Le Ritalin® (méthylphénidate) exerce un effet perturbateur sur le cycle normal de la production d'hormone de croissance. Ses impacts sur le comportement sont assez mal connus (Cohen et Collin, 1997). Il entraîne chez les enfants un ou plusieurs des signes de toxicité comportementale : retrait social, somnolence, léthargie, comportement stéréotypé (Cohen et Collin, 1997).

Le traitement médicamenteux n'est pas suffisant. Étant donné cette limite, et pour promouvoir un *renforcement actif des habiletés individuelles*, les traitements non pharmacologiques sont recommandés en parallèle. Aussi, on a imputé des troubles anxieux et une dysphorie au traitement notamment à de fortes posologies et la survenue de manifestations psychotiques aiguës sous forte posologie est possible (Revol, Gérard et Fournier, s.d.). C'est pourquoi une thérapie cognitivo-comportementale, une formation corrective au besoin, l'apprentissage au comportement social adapté ainsi qu'une éducation des parents et autres membres de la famille sont nécessaires pour le traitement du TDA/H (Lefèvre, 1996). Selon Miller et Hinshaw (2012), les effets de la médication tendent à durer seulement pendant que cette médication est active dans le corps et le cerveau. Le Ritalin peut occasionnellement produire les symptômes qu'il est sensé de contrôler : l'hyperactivité, l'impulsivité et l'inattention (Cohen et Collin, 1997).

Par ailleurs, les stimulants sont rarement prescrits dans tous les autres pays (Cohen et Collin, 1997) : le phénomène est essentiellement nord-américain (Ouimet, 2001). En effet :

Contrairement à la perspective nord-américaine, la vision européenne adopte une intervention psycho-éducative ou psychomotrice pour permettre aux enfants de faire face au TDAH sans médication, car en Europe le TDAH est beaucoup plus rare qu'en Amérique du Nord. Alors qu'aux USA, le recours au Ritalin® dès l'âge de deux ans, est systématique, ce médicament, en France, n'est jamais prescrit aux enfants de moins de six ans. En Europe, le TDAH est une difficulté associée aux problèmes de régulation

émotionnelle et qui peut se résoudre par une approche éducative (Institut du Développement de l'Enfant et de la Famille, 2011).

CONCLUSION

Les trois conceptions nosologiques ne sont qu'une façon de voir et le DSM constitue pour plusieurs praticiens la bible sacrée du diagnostic psychiatrique dont le cadre épistémique se caractérise par l'emprunt au modèle médical d'une conception du signe clinique (observable, mesurable) et du plan de traitement (diagnostic, pronostic, thérapie). Les concepteurs du DSM prétendent que son approche est clairement descriptive et athéorique, ce qui est faux (Gaucher, 2010). Le régime épistémique du DSM-IV est en collusion avec toutes les interventions qui visent l'abrasion des signes cliniques perçus comme anormaux. D'ailleurs, l'industrie pharmacologique pistonne de très près les concepteurs du DSM pour qu'ils créent des syndromes que leurs molécules effaceront (Lane, 2009). C'est pourquoi *le DSM* pathologise spécifiquement les vécus humains normaux (Gaucher, 2010). Le DSM-IV est un marqueur sociologique et un acteur proactif d'une médicalisation de l'existence et de l'esprit. Le langage médical de la santé mentale envahit tout le champ de la réflexion : tout devient maintenant génétique, neurobiologique, même l'instabilité motrice de l'enfant, l'infidélité conjugale, les crimes! Tout est la faute du cerveau. Le sujet humain est devenu une boule de neurones et de chimie. C'est pourquoi, selon la revue médicale «Prescrire» (2010) *le DSM-5* propose des diagnostics imprécis, conduisant à des interventions psychiatriques dangereuses et sans preuve scientifique.

Le DSM est d'origine américaine et exerce une influence importante à travers le monde. Il a la prétention d'être universel, alors qu'il répond davantage aux valeurs du Néolibéralisme, et tente ainsi de créer une norme en matière de psychiatrie. Le DSM- est à la fois un marqueur et un acteur de cette médicalisation de l'existence, portée par le discours technoscientifique ambiant, par laquelle un sujet est devenu un client, c'est-à-dire une marchandise, une boule de cellules. Par ailleurs, la psychiatrie imite la méthode médicale. D'où son accent centré sur l'objectivation des signes cliniques et sur leur quantification. Les signes du TDAH, sont essentiellement des signes quantifiables qui doivent être présents depuis une durée évidemment elle-même mesurable et observable. Par conséquent, le praticien objectifie son patient et le transforme en un objet à observer et à quantifier et abolit le sujet. Ainsi, les troubles psychologiques sont considérés comme des troubles biologiques pouvant être traités par la médication (Gaucher, 2010). On comprend donc le rapport incestuel existant entre les firmes pharmaceutiques et la psychiatrie. Or il est important pour le praticien qui adopte cette logique de quantification de savoir que sa procédure mène à une construction

selon laquelle le patient est un objet à rééduquer, un cerveau à maîtriser. Le but de ce processus médical est l'atteinte d'une finalité : la disparition des signes cliniques.

La vision des spécialistes de la santé mentale est influencée par la méthode médicale qui se base sur l'observation, la quantification et la mesure. Mais, on ne peut pas appliquer la méthode de la médecine à toutes les sciences, car c'est la nature propre de chaque objet d'étude qui doit déterminer la méthode à suivre. C'est pourquoi dans un diagnostic, on parle des signes et des symptômes avant de parler d'un trouble mental ou comportemental : c'est comme en médecine. Ainsi, le diagnostic du TDAH requiert la présence d'un nombre précis de symptômes pour valider le diagnostic, car Le DSM s'intéresse aux comportements comme symptômes. Il y a alors une utilisation incessante de la quantification, ce qui nous amène à dire que le TDAH n'est qu'une illusion existant dans les lunettes du praticien.

Par ailleurs, corriger tous les comportements de l'humain par les médicaments constitue une atteinte à la personne car les produits chimiques sont nocifs, entraînent bien certaines modifications du comportement et l'enfant n'apprend pas sous l'impact de la chimie comment il peut modifier son comportement lui-même, lorsque ce comportement est réellement inapproprié. Ainsi, il devient privé d'expériences d'apprentissage importantes au niveau de l'action autonome et humaine. La médication limite la liberté de l'enfant et entrave son développement normal. La médicalisation des phénomènes d'ordre éducatif, psychologique et social forme un réel danger qui menace l'humanité. C'est une déshumanisation de l'aidé et de l'aidant. Le lobby pharmaceutique médicalise presque toutes les phases et les événements de la vie, afin d'assurer un certain chiffre d'affaires aux laboratoires. Le psychiatre Leon Eisenberg (le pape scientifique du TDAH), a produit, à l'âge de 87 ans, la déclaration suivante, *le TDAH est le modèle concret et révélateur d'une psychopathologie fabriquée* (Jörg, 2012). Ce qui confirme que le TDAH est une invention des firmes pharmaceutiques américaines.

Vu qu'en 1987, le TDAH est entrée dans le DSM-III par un vote à main levée par les fondateurs de la bible de la psychiatrie biologique (Lorin, 2009), le consentement du patient à l'action médicale est fondamental : le patient doit reconnaître son malaise, exprimer son désir d'y apporter un changement (Marie-Cardine et al., 1994). Le médecin doit expliquer au patient la situation, mais le refus du patient doit être respecté. Il doit lui expliquer également l'effet nocif de la médication et doit s'assurer clairement que son patient donne un accord explicite et complet, sans pression ou interprétation. Pour un enfant, les parents doivent être consultés, sans négliger l'avis de cet enfant (Hoerni, 2000).

Références

1. Abdel Shahid, N. et ST-PIERRE, S, «Mise à jour du traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant», Québec pharmacie, juillet-août 2008, vol. 55, n° 7, pages 31 à 38 et 41 à 48.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*. Paris : Masson.
3. Asherson, PH. (2011). Génétique du trouble déficitaire de l'attention avec Hyperactivité. Récupéré le 2 décembre 2012 de : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/AshersonFRxp1.pdf>
4. BANGE, F. et MOUREN-SIMÉONI, M-C. (2000). Hyperactivité et Ritaline : le pour et le contre. Récupéré à <http://www.jle.com/e-docs/00/03/0E/81/article.phtml>
5. BARKLEY, R. A. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, (3rd ed.). New York: Guilford Press.
6. BAUD, P. (2008). Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité de l'adulte (TDA-H). Récupéré à <http://www.medecine.unige.ch/cds/ressources/dossiers/documents/ArticleRMS.pdf>
7. BEARMAN, D. (s.d.). Cannabis et Trouble Déficit de l'Attention (TDA). Récupéré à http://mcforadhd.free.fr/Bearman_2.pdf
8. BLECH, J. (2012). Schermtut ohne Scham. In: Der Spiegel. Récupéré à <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-83865282.html>
9. BORMS, G., STES, S., HEUVEL, RV. (2009). *Je suis hyperactif! : Leven met eigenwije hersenen*. Bruxelles : Éditions de Boeck Université.
10. BOUVARD, M., LE HEUZEY, M-F., MOUREN, M-C. (2006). *L'hyperactivité de l'enfant à l'âge adulte*. Édition : Doin,
11. CANADIAN ADHD RESOURCE ALLIANCE. (2010). *Lignes directrices canadiennes sur le TDAH*. Récupéré à http://www.caddra.ca/cms4/pdfs/fr_caddraGuidelines2011.pdf
12. CAUSSE, C. (2006). *Vivre avec un enfant hyperactif : Le guide indispensable aux parents et aux enseignants confrontés à l'hyperactivité*. Éditions : Alpen.
13. CENTRE BELGE D'INFORMATION PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE. (2010). *Prise en charge de l'ADHD*. Récupéré à http://www.cbip.be/pdf/tft/TF_ADHD_Lng.pdf
14. CHARACH, A. (2010). *Enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : épidémiologie, comorbidité et évaluation*. Récupéré à <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CharachFrxp.pdf>
15. CHEVALIER, N. et GUAY, M-C. (2006). *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : soigner, éduquer, surtout valoriser*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
16. COHEN, D. ET COLLIN, J. (2000). *Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants [Drug abuse and dependence on psychotropic medications among women, the elderly, and children]*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec. Récupéré à <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/MSSS/2550358899.pdf>

17. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. (2011). 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. Récupéré à http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/142E6602A48B4F568C6E3087BC372AAB.ashx?sc_lang=fr-CA&90911
18. COMPERNOLLE, T. et DORELEIJERS, T. (2004). Du calme! : comprendre et gérer l'enfant hyperactif. Bruxelles. Éditions De Boeck Université.
19. CORTESE, S. et CASTELLANOS, F. X, (2011) TDAH et Neurosciences. Récupéré à <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Cortese-CastellanosFRxp1.pdf>
20. DELILLE, E. (2010). Du « facteur de risque » au « risque de psychose » : focus sur la schizophrénie dans l'esquisse du DSM-V. Récupéré à <http://historypsychiatry.com/2010/03/18/du-%C2%AB-facteur-de-risque-%C2%BB-au-%C2%AB-risque-de-psychose-%C2%BB-focus-sur-la-schizophrenie-dans-l%E2%80%99esquisse-du-dsm-v/>
21. DEMAZEUX, S. (2007). *Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ?* Récupéré à <http://edph.univ-paris1.fr/phs2/demazeux.pdf>
22. DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS. (2006). *Renseignements importants en matière d'innocuité émis par Santé Canada concernant les médicaments pour le TDAH : Médicaments pour le Trouble Déficitaire de l'Attention Hyperactivité (TDAH): mise à jour et uniformisation des monographies relativement à de très rares effets indésirables cardiaques.* Récupéré à http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/_2006/adhd-tdah_medic_hpc-cps-fra.php
23. DULCAN, MK. et BENSON, RS. (1997). *Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. AACAP Official Action 36:1311–1317.
24. DUMAS, J.E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (3e éd.). Bruxelles : De Boeck Université.
25. GAUCHER, M (2010). *Les enjeux de l'évaluation diagnostique du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.* Récupéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1155170410001163>
26. GAUCHER, R. (2010). *La psychologie positive : Ou l'étude scientifique du meilleur de nous-mêmes.* Paris : l'Harmattan.
27. Gary J. Tucker. (1998). Dans *Putting DSM-IV in Perspective*, éditorial, American Journal of Psychiatry.
28. Guimond, S. (2012). *Le TDAH : prendre conscience des biais évaluatifs pour de meilleures pratiques cliniques - Première partie.* Récupéré à <http://www.psych-experts.com/sujets-actualite/TDAH1/Partie1>
29. HODGINS, S. (1995). *Une recension des écrits portant sur les facteurs de risque des troubles mentaux graves.* Québec : Bibliothèque Nationale du Québec.

30. Hoerni, B. (2000). *L'examen clinique d'Hippocrate à nos jours*. 2ème édition Paris, Imothep/Maloine.
31. Huber Winfrid. (1987). *La psychologie Clinique aujourd'hui*. Bruxelles, Éditions : Pierre Mardaga.
32. IONESCU, S. (1995). *Quatorze approches de la psychopathologie*. Paris : Nathan.
33. INSTITUT DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE. (2011). *Le trouble déficitaire de l'attention a/s hyperactivité*. Récupéré à <http://www.mrj-utopia.com/index.php/desequilibres-psychiques/le-tdah>
34. Lecomte, C. et CASTONGUAY, L.-G. (1987). *Rapprochement et intégration en psychothérapie*. Montréal : Gaëtan Morin.
35. Lefèvre, L. (1996). *Ritalin: pour ou contre?* Récupéré à <http://www.inspq.qc.ca/ctq/bulletin/articles/ritalin2.asp?E=p>
36. LEMAY, R. et PÉPIN, J-F. (n.d.). *Alternatives naturelles pour les troubles de déficit de l'attention/hyperactivité*. Récupéré à <http://www.laviechiropratique.com/chroniquespdf/troubles-de-deficit-de-l-attention-hyperactivite.pdf>
37. LALONDE, P., AUBUT, J. et GRUNBERG, F. (1999). *Psychiatrie clinique : une approche bio-psyco-sociale*. Montréal: Gaëtan Morin.
- LANE, C. (2009). *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisés nos émotions*. Paris : Flammarion.
38. MARIE-CARDINE, M., CHAMBON, O. et MEYER, R. (1994). *Psychothérapie : l'approche intégrative et éclectique*. Strasbourg : Éditions le Coudrier.
39. MILLER, M. et HINSHAW, S. (2012). *Le traitement du TDAH*. Récupéré à : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Miller-HinshawFRxp1.pdf>
40. Ministère De L'éducation Du Québec Et Ministre De La Santé Et Des Services Sociaux. (2003). *TDAH : Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, agir ensemble pour soutenir les jeunes*. Récupéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca>
41. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC. (2000). *TDAH : Rapport du comité-conseil sur le et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*. Récupéré à <http://www.mels.gouv.qc.ca/dgfd/das/soutienetacc/pdf/hyperrap2000.pdf>
42. LA REVUE PRESCRIRE. (2010). *Classement des troubles mentaux : attention aux dérives*. Récupéré à <http://www.prescrire.org/fr/3/31/46484/0/NewsDetails.aspx>
43. RAPPLEY, MD., ENELI, IU. MULLAN, PB. ALVAREZ, FJ. WANG, J., LUO, Z., GARDINER, JC. (2002). *Patterns of psychotropic medication use in very young children with attention-deficit hyperactivity disorder*. J Dev Behav Pediatr. 23:23–30.
44. Revol, O., Gérard, D., Fournier, P., Desombres, H., De Villard, R. (n.d.). *L'enfant hyperactif : approche thérapeutique; place du Méthylphénidate (RITALINE R)*. Récupéré à http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/revol/hyperkyne.html
45. ROMMELSE, N. (2010). *Cognition et trouble déficitaire de l'attention avec Hyperactivité*. Récupéré à <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/RommelseFRxp.pdf>

46. SCHACHAR, R. (2011). *Hyperactivité : synthèses*. Récupéré à <http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/pdf/hyperactivite.pdf>
47. SIMON-PEZESHKNIA, E. (2011). *Le Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH) : Agitation des psychiatres autour d'un diagnostic. Comment comprendre les résistances et les réticences*. Thèse de doctorat : UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1. Récupéré à http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2011_SIMON_PEZESHKNIA_EVELYNE.pdf
48. VAN, Os, J., VERDOUX, H., BIJL, R., & RAVELLI, A. (1999). *Psychosis as a continuum of variation in dimensions of psychopathology*. In H. Häfner, & W. F. Gattaz (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia*. Berlin: Springer, Vol. IV, p. 59–80.
49. WODON, I. (2009). *Déficit de l'attention et hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent : comprendre et soigner le TDAH*. Wavre : Éditions Mardaga.
50. Woo, B.S.C. Et Rey, J.M. (2005). *The validity of the DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Australian and Zealand Journal of Psychiatry*: 39, 344-353.