

LES ERREURS DE DIAGNOSTIC

3 FAÇONS VRAIMENT TERRIBLES DE DIAGNOSTIQUER UN TDAH

SEBASTIEN HENRARD



3 FAÇONS VRAIMENT TERRIBLES DE DIAGNOSTIQUER UN TDAH

PAR SEBASTIEN HENRARD

Trop souvent certains diagnostics un Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) sans tenir compte de l'ensemble des manifestations rencontrées par le patient.

En effet, différentes causes peuvent produire des symptômes (inattention, impulsivité, hyperactivité) mais ces causes sous-jacentes demandent des prises en charge radicalement différentes.

Avant d'aborder dans un autre papier ces différentes causes, voici ce que vous devez savoir pour éviter un mauvais diagnostic de TDAH pour votre enfant ou vous-même.

MOTS CLES : TDAH, Symptômes, Diagnostic

Il est parfois inquiétant de voir comment des professionnels non formés au TDAH posent un diagnostic.

Non ! Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) n'est pas facile à diagnostiquer.

Les professionnels qui diagnostiquent le TDAH à la hâte ne font que perpétuer les fausses informations et décrédibilisent les problèmes qui conduisent les patients à les consulter en premier lieu.



De nombreux parents se plaignent que les médicaments ou la thérapie « n'a pas aidé notre enfant », ou que cela « aide », mais « mon enfant a encore du mal à l'école ».

Dans la plupart des cas, le problème n'est pas la prise en charge. C'est simplement que le patient n'a pas de TDAH !

Au cours des derniers mois, nous avons rencontrés des dizaines d'enfants, d'adolescents et d'adultes qui sont suivis pour un TDAH.

Néanmoins, suite à des évaluations plus approfondies qu'un simple questionnaire ou qu'une anamnèse, on s'aperçoit qu'une proportion non négligeable d'enfants, d'adolescents et d'adultes diagnostiqués, ne présente pas de TDAH.

Chez l'enfant, il s'agit souvent de symptômes similaires provoqués par des troubles de l'apprentissage (dyspraxie, dyslexie...), des difficultés comportementales (troubles de l'opposition par exemple) ou émotionnelles (traumatismes, anxiété généralisée...).

Chez l'adulte, il s'agit souvent d'un débordement, d'une rupture par accumulation de contraintes (enfants, travail, relation difficile...) ou d'une entrée en dépression.

Ces cas illustrent les oublis commis lors de l'évaluation des patients atteints de symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité.

La plupart du temps, il n'y a pas eu de diagnostic différentiel complet pour exclure d'autres pathologies expliquant mieux les difficultés attentionnelles rencontrées par le patient.

Nous reprenons ici, les 3 erreurs que nous avons rencontrées le plus ces derniers mois.



Erreur # 1

Essayer des médicaments pour « voir si cela aide »

Non, la médication n'est pas synonyme de TDAH ! Sinon, il n'y aurait pas besoin d'examens pour aboutir au diagnostic. Ce n'est pas parce que la médication fonctionne ou non que nous pouvons conclure à la présence ou à l'absence d'un TDAH.

M. et Mme Q. sont les parents de Théo, huit ans. Il y a quelques mois, ils ont rencontré l'enseignant de troisième année de Théo qui se disait préoccupé par le fait qu'il avait du mal à rester concentré en classe. Comme l'a expliqué le professeur, il a souvent dû intervenir pour aider Théo à se recentrer sur son travail. Mais même comme ça, « Théo finit rarement son travail scolaire ».

Lorsque les parents de Théo ont partagé les observations de l'enseignant avec leur pédiatre, elle a dit : « Peut-être que nous devrions essayer la Rilatine ».

Après des mois d'essais de diverses doses de ce médicament, la mère de Théo nous a contacté. Dans nos conversations avec Théo et ses parents, plusieurs thèmes ont commencé à apparaître. D'une part, ses enseignants de première et deuxième année n'avaient pas jugé Théo inattentif ou hyperactif. À la maison, Théo ne présente ces comportements que lorsqu'il fait ses devoirs ; Il n'est pas hyperactif ou inattentif à d'autres moments de la journée, ni pendant les week-ends, les vacances ou les vacances d'été.

De toute évidence, les symptômes de Théo ne sont ni chroniques ni omniprésents (cela n'a d'ailleurs pas été évalué par le pédiatre). Il semble il y avoir eu un saut de la description des symptômes au traitement sans s'assurer que Théo satisfaisait aux critères de diagnostic de TDAH.

En réalisant les évaluations complémentaires de Théo (anamnèse approfondie, questionnaires comportementaux et test intellectuel et neuropsychologique), nous avons remarqué qu'il avait des difficultés à comprendre les consignes présentées à l'écrit. Nous avons demandé une évaluation complémentaire en logopédie (orthophonie en France, lopediste en Suisse) qui révèle ainsi une compréhension des consignes médiocre, une écriture douteuse, et il en est de même pour son orthographe, sa grammaire et sa ponctuation (faits soulevés lors de l'anamnèse et par les enseignants également).

L'évaluation complète (complétée par l'orthoptiste et un bilan psycho affectif) confirmera un trouble de l'apprentissage : une dyslexie mixte. Les symptômes présents d'inattention étant la conséquence de cette dyslexie.

Suite à un échange avec le médecin, la médication a été arrêtée, la prise en charge mise en place et les symptômes d'inattention et d'hyperactivité soulevés ont vite été oubliés.

Erreur # 2

S'appuyer sur des preuves non concluantes.

Alice, maman célibataire, craint que sa fille de 10 ans, Sophie, ait un TDAH. Dououreusement timide, Sophie lutte à l'école depuis la première année.

Alice a pris rendez-vous pour une évaluation de Sophie chez un psychologue qui lui a déclaré que sa fille avait un TDAH.

Pour rappel, le diagnostic de TDAH est un diagnostic multidisciplinaire et médical, il ne peut être posé que par un médecin spécialiste sur base de différentes évaluations ! Le TDAH étant un trouble complexe, un seul spécialiste quel qu'il soit n'est pas en mesure de poser un diagnostic.

Ensuite, Alice est allée chez son médecin qui a examiné le rapport du psychologue et a conclu au même résultat (sans examen complémentaire) et a prescrit une médication.

Deux ans se sont écoulés. Malgré l'utilisation régulière de la médication, Sophie a continué à avoir des problèmes à l'école et avec ses pairs. À ce stade, avec l'école secondaire imminente, Alice nous a contacté.

Nous avons examiné le rapport du psychologue. Il comprenait une échelle comportementale (l'échelle de Conners), complétée par Alice, qui semblait «significative» pour indiquer un TDAH. Il comprenait également un test attentionnel (TEACH) qui montrait des scores aux épreuves d'attention assez faibles interprétés comme étant un TDAH.

Aucun bilan intellectuel n'avait été réalisé, les enseignants n'ont pas été interrogés et aucune évaluation psycho-affective n'avait été envisagée (alors que les signes de timidité et de difficulté dans la relation à l'autre étaient particulièrement visibles chez Sophie). Le psychologue n'avait jamais pris le temps de creuser l'histoire du développement de Sophie ni même demandé à Alice s'il y avait des antécédents médicaux et/ou familiaux susceptibles de contribuer aux difficultés sociales et académiques de sa fille. Le psychologue n'avait passé en tout qu'une heure avec Sophie (anamnèse et tests compris) - pas assez de temps donc pour avoir une véritable vision de ses « difficultés ».

Lors de l'anamnèse, nous avons appris qu'Alice s'était séparée de son mari lorsque Sophie avait trois ans et qu'elle avait divorcé deux ans plus tard. Le mariage avait été orageux bien avant la séparation, et le divorce était très difficile. Alice a minimisé l'impact que ce conflit avait sur sa fille et elle le reconnaît maintenant.

Un bilan intellectuel (tout à fait normal et aucun signe de distraction ou d'hyperactivité pendant le bilan) et psycho-affectif nous ont permis de convaincre Alice que les problèmes de Sophie découlaient probablement d'un trouble anxieux et d'un sentiment d'impuissance dont elle souffrait par rapport à sa situation familiale.

Suite à un entretien avec le médecin, il a été recommandé à Sophie de suivre une psychothérapie et d'arrêter la médication.

Encore une fois les comportements de Sophie ne correspondaient pas aux critères diagnostic du TDAH et pourtant... Au lieu de prendre en compte l'histoire détaillée, le diagnostic a été posé uniquement sur base d'une échelle comportementale et de résultats à un test.

Il est important de bien comprendre que les échelles et les tests peuvent confirmer la présence des symptômes d'hyperactivité, d'impulsivité et / ou d'inattention, mais en aucun cas ils ne peuvent expliquer la cause précise de tels comportements.

Erreur # 3

Ne pas tenir compte des comorbidités.

Virginie, une mère de 40 ans, pense avoir un TDAH. Elle est agitée, facilement distraite, désorganisée et lutte en permanence pour planifier et faire tout ce qu'elle a à faire pour s'occuper de ses quatre enfants.

Quand nous avons rencontré Virginie, elle semblait avoir une histoire d'hyperactivité, d'inattention et d'impulsivité chronique. Elle se rappelait être agitée et hyperactive depuis le début de l'école primaire. Elle a toujours été facilement distraite par des images, des sons et des pensées intrusives. Elle a tendance à interrompre les gens et à avoir une vision médiocre de son travail, de son mariage et de ses amis.

Suite aux évaluations (entretien semi dirigé, questionnaires, bilan intellectuel, bilan attentionnel informatisé, bilan psycho-affectif) il s'est avéré que nous n'avons trouvé aucune autre explication plus probable pouvant expliquer les problèmes de Virginie.

Suite aux évaluations médicales, Virginie a donc été diagnostiquée TDAH. Mais ce n'est pas la fin du diagnostic et de l'histoire...

Lorsqu'un patient présente un TDAH, il existe plus de 50% de chances qu'il ait également un trouble d'apprentissage, de l'anxiété, un trouble de l'humeur, un TOC ou un autre trouble neurologique. Étant donné cette probabilité élevée de comorbidité, il est essentiel d'envisager d'éventuels diagnostics complémentaires.

Lors de l'anamnèse et de l'entretien, Virginie nous décrit une vie remplie d'attaques de panique. Elle dit craindre les espaces fermés et ne peut pas utiliser d'ascenseurs ou être dans des pièces bondées. Elle ne peut pas arrêter de parler de son désir d'ordre. Elle nettoie sa maison de façon compulsive et, craignant que les autres ne soient pas si consciencieux, elle n'utilise les toilettes publiques que si cela est absolument nécessaire.

Oui, il est probable que Virginie ait un TDAH. Mais elle souffre en plus d'anxiété et de TOC. Pour avancer, Virginie doit être prise en charge pour les trois conditions sinon le traitement du TDAH seul pourrait s'avérer peu efficace.

En conclusion, vous venez de lire trois manières d'être mal ou « pas assez » diagnostiqué. Soyez prudents et n'acceptez pas un diagnostic précipité ou sur la seule base d'échelles comportementales ou de tests. Un diagnostic de TDAH prends du temps pour être spécifique et celui-ci permet ainsi une prise en charge adaptée à l'ensemble des difficultés réellement rencontrées.

Les critères diagnostic demandent d'avoir plusieurs évaluations de professionnels différents et c'est bien l'ensemble de ces évaluations qui permettent de déterminer la présence d'un TDAH ou non. Le dernier critère, sans doute le plus important, du DSM V est qu'il ne faut pas qu'une autre explication (maladie mentale en général) puisse mieux expliquer les symptômes présents ... dès lors il faut travailler par exclusion !

Ne l'oubliez jamais ! Si vous ou votre enfant avez un diagnostic de TDAH, assurez-vous que le médecin et/ou autres professionnels vérifient les comorbidités possibles et réalisent le diagnostic différentiel sur base des évaluations de différents professionnels.

Bonne chance à tous !

