



## Est-ce vraiment le TDAH ? L'importance du diagnostic différentiel

Merci à Cyrielle Richard, Psychologue et administratrice, pour la rédaction de cet article Psychologue.  
(Correspondance : [richardjeromecyrielle@gmail.com](mailto:richardjeromecyrielle@gmail.com))

À l'issue de l'appel à témoin lancé par l'APQ sur le thème du TDAH, nous avons reçu de nombreux retours d'expériences et interrogations de la part de nos membres concernant l'accroissement récent des demandes d'évaluation. Ces témoignages mettent en lumière l'importance du diagnostic différentiel.

### Existe-t-il une tendance au surdiagnostic ? Que dit la revue de la littérature récente ?

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) est un Trouble Neurodéveloppemental (TND) touchant entre 1% à 2% des adultes (Faraone *et al.*, 2006). Le sous-diagnostic et le surdiagnostic du trouble du TDAH font l'objet de débats constants. Depuis deux décennies, le diagnostic du TDAH à tous les âges de la vie semble en augmentation. Le nombre de recherches sur le potentiel sur-diagnostique du TDAH est lui-même en augmentation (1240 en 2025, 814 en 2024, 726 en 2023, 603 en 2022). Cet accroissement s'accompagne d'une préoccupation récurrente : Quelle part de cette augmentation des diagnostics peut être attribuée à une réelle élévation de la prévalence du TDAH dans la population, à une meilleure détection, au changement ou à l'ouverture de certains critères diagnostics permettant le repérage de davantage d'individus, ou à une inflation diagnostique due à des erreurs et/ou des surdiagnostics ?

Une revue succincte de la littérature récente<sup>1</sup> permet de relever plusieurs hypothèses explicatives concernant l'accroissement du diagnostic du TDAH ces dernières années (Kazda *et al.*, 2021 ; Yeung *et al.*, 2022 ; Thapar, 2026):

---

<sup>1</sup> Articles scientifiques parus entre 2020 et 2026

- Sensibilisation accrue du grand public permettant une démocratisation des données scientifiques mais également entraînant un risque de partage d'informations erronées (notamment via les réseaux sociaux) ;
- Mise à jour des critères diagnostiques (avec la publication du DSM-5 en 2013 puis de sa version révisée en 2022). Celle-ci a notamment entraîné l'identification de cas de TDAH présentant des symptômes d'intensité plus légère. Ces éléments suscitent plusieurs interrogations chez les professionnels, notamment lorsque le retentissement fonctionnel semble faible comme en témoigne une des répondantes à notre appel ;
- Meilleure compréhension du TDAH ce qui conduit à un accroissement des dépistages chez des populations qui y avaient peu accès auparavant ;
- Dépistage renforcé, notamment dans le milieu scolaire, hospitalier et au privé auprès des enfants et des adultes. Ces dernières décennies, le nombre de services dédiés au diagnostic et de professionnels habilités à l'évaluation et à l'identification du TDAH a augmenté. L'accroissement des services vient répondre en partie au besoin croissant de la population et au manque de ressources qui étaient jusqu'alors constaté. Le risque étant de créer, voire de renforcer, des inégalités déjà existantes dans les offres de services pour le dépistage et l'accompagnement d'autres TND et/ou troubles psychologiques. Par ailleurs, le développement de services œuvrant pour le diagnostic ne coïncide pas nécessairement à une augmentation ou à l'enrichissement d'offres pour l'accompagnement post-diagnostic ;
- Diminution de la stigmatisation conduisant à un partage accru des savoirs académiques et expérientiels. Concernant ce dernier point, les psychologues étant eux-mêmes porteurs d'un TDAH peuvent plus facilement communiquer autour de l'expérience du diagnostic et des traitements ce qui peut contribuer à la psychoéducation des clients, comme en témoigne une psychologue : « *Avec des patients qui présentent des caractéristiques du TDAH, je peux peut-être plus facilement détecter ceux qui n'ont pas encore été diagnostiqués ni médicamentés, en leur expliquant les avantages à le faire* » ;

Il apparaît que les garçons, notamment ceux montrant des difficultés dans la régulation de leurs émotions et de leurs comportements, ainsi que ceux dont l'âge chronologique ou la maturité affective sont en décalage avec ceux de leurs pairs à l'école, sont plus susceptibles d'être repérés comme ayant un TDAH (Tam *et al.*, 2025). Ce risque de mésinterpréter des particularités développementales avec des signes de TDAH chez des jeunes enfants a été repéré par une neuropsychologue qui nous écrit à la suite de notre appel à témoin : « *Prenons l'exemple de la capacité à inhiber une émotion ou un comportement. Certains enfants peuvent le faire vers 3 ans alors que pour d'autre cette fonction se développe à 7 ans. Cet enfant ne réussira pas bien les tests d'inhibition, mais doit-on donner une médication à un enfant qui se développera à 7 ans plutôt que 5 ans ? Je me questionne aussi sur la pertinence d'un diagnostic lorsque le profil cognitif attentionnel et exécutif se situe dans la moyenne faible ou limite. J'ai vu des diagnostics* »

*émis alors qu'il n'y a pas de « déficit » et je trouve cela déroutant parce qu'un médicament sera donné ensuite à l'enfant. Est-ce qu'un enfant qui est dans la moyenne faible ou limite serait seulement un enfant qui fait partie de cette hétérogénéité développementale. En attendant un peu et en mettant en place des mesures compensatoire et des interventions cognitives ils pourront fonctionner adéquatement ? ».*

Le nombre de prescriptions des traitements pour le TDAH semble connaître des fluctuations au fil du temps. Une accélération du nombre de prescription de médicaments pendant et après la pandémie de Covid-19 a été relevée (Huskamp *et al.*, 2025). Toutefois, il apparaît que la prévalence des personnes traitées pour un TDAH demeure inférieure à la prévalence des personnes ayant reçu un diagnostic clinique de TDAH (Dobrosavljevic *et al.*, 2023). De plus, le nombre de prescriptions de stimulants diminue depuis quelques années (Moustafa *et al.*, 2022).

## Des inégalités persistantes

Bien que le nombre de diagnostic de TDAH soit en augmentation depuis plusieurs années, ce phénomène semble ne toucher qu'une partie de la population. Les inégalités dans l'accès au diagnostic demeurent. En effet, à symptomatologie égale, les filles restent moins susceptibles d'être diagnostiquées que les garçons (Danielson *et al.*, 2024). Celles-ci sont plus enclines à développer des stratégies de compensation et de masquage comme en témoigne une psychologue ayant reçu un diagnostic de TDAH à l'âge adulte : *« J'avais pu compenser avec une facilité à l'école. J'ai toutefois eu tendance à surutiliser les nuits blanches pour terminer mes travaux à temps au bac et à la maîtrise, et le doctorat aurait été impensable pour moi (surtout l'aspect "relecture/réécriture à l'infini" d'une thèse doctorale). »*

Le même phénomène de sous-diagnostic est observé pour les enfants et adolescents issus de minorités ethniques ou de milieux défavorisés sur les plans socio-économiques (Morgan *et al.*, 2022).

Le temps d'attente avant de pouvoir accéder à un service d'évaluation et à une prise en charge adéquate reste particulièrement long (temps d'attente dépassant largement les deux ans dans le système public au Québec. Le temps d'attente au privé peut être moins long mais les clients s'exposent à un coût financier non-négligeable et à un risque de bénéficier d'un service inégal (Blais-Poulin, 2024)). Ces éléments soulèvent des enjeux d'accessibilité et d'équité dans les soins.

Plus que d'un éventuel surdiagnostic du TDAH, les psychologues s'inquiètent du risque d'erreurs de diagnostic et d'une réponse inadéquate aux besoins des personnes concernées.

## Pas d'outils diagnostiques uniques et des profils complexes

Le contexte de l'évaluation, l'objectif de celle-ci, les modalités de sa réalisation, etc. sont autant de facteurs pouvant impacter l'investissement du répondant dans les tests et ses scores. Une même personne évaluée à deux instants distincts de sa vie (une première fois, à la demande des parents pour obtenir des aides dans sa scolarité puis une seconde fois au moment du choix de carrière), avec le même questionnaire peut obtenir des résultats différents.

*« Il arrive que des jeunes aient récemment été évalué vers la fin du secondaire pour des difficultés scolaires et dans ce contexte, les questionnaires Conners (parents entre autres) pointent vers la présence de symptômes significatifs de déficit de l'attention. Lors de ma réévaluation quelques mois plus tard, les questionnaires de Conners pointent l'absence de symptômes significatifs de déficit de l'attention alors qu'on parle du même jeune »* témoigne un neuropsychologue à la suite de notre appel.

Il n'existe pas de tests permettant d'établir de façon certaine la présence d'un TDAH. Le diagnostic repose sur un faisceau d'indices. Si les questionnaires de Conners font partie des outils le plus souvent employés dans le repérage des signes du TDAH, ces derniers ne peuvent se suffire en eux-mêmes et ils ne sont pas infaillibles.

La *Canadian ADHD Resource Alliance* (CADDRA) a établi plusieurs lignes directrices pour l'évaluation du TDAH. L'identification du TDAH nécessite un à plusieurs entretiens anamnestiques (permettant notamment de repérer la trajectoire développementale et les signes du TDAH ou d'autres troubles dans l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte), l'emploi d'échelles d'évaluation et de tests (neuro)psychologiques, le repérage et l'évaluation des comorbidités potentielles (à la fois sur les plans somatiques, (neuro)psychologiques et neurologiques). La démarche diagnostic devrait être pluridisciplinaire et multisystémique afin d'identifier les symptômes, leurs contextes d'apparition et retentissements fonctionnels ainsi que laisser une place de choix au diagnostic différentiel.

Les lignes directrices ne suffisent pas à garantir des pratiques uniformes ou qualitatives comme en témoigne un neuropsychologue : *« À la lecture des rapports antérieurs, je remarque souvent des incohérences dans les rapports précédents qui ne permettent pas de confirmer ou non la présence d'un déficit de l'attention alors que le psychologue a tout de même posé le diagnostic (non présent avant 12 ans ou non présent dans un autre milieu que la maison...). »* Les psychologues jouent donc un rôle essentiel dans la formation des futurs professionnels comme le précise une de nos répondantes *« Lorsque je supervise des doctorantes, on prend le temps de vérifier les sources contributives probables aux difficultés psychologiques, dont les troubles neurodéveloppementaux, au-delà des théories de l'attachement (sinon cela peut facilement devenir blâmant et créer des attentes irréalistes face à une dynamique familiale complexe). »*

Une des particularités du TDAH est, qu'à l'instar de nombreux TND et troubles psychologiques, ses manifestations s'inscrivent dans un continuum. Il existe des variabilités

importantes à la fois inter et intra-individuelles. Par ailleurs, l'expression des symptômes peut évoluer avec la maturité et les contingences personnelles et environnementales. Il n'existe pas de seuil précis dans les tests permettant de prendre en compte ces variabilités (Thapar, 2026). Ce constat est également fait par une des psychologues répondant à notre appel à témoin : « Lorsque l'on parle du développement des fonctions attentionnelles/exécutives, il y a aussi une hétérogénéité qui n'est pas pris en compte dans les échantillons de nos tests normatifs. »

## Quelques éléments à considérer dans la démarche de diagnostic différentiel :

Établir un diagnostic différentiel du TDAH à tous les âges de la vie est à la fois essentiel et complexe. Les difficultés découlent du fait qu'il n'existe aucun signe pathognomonique du trouble. Par ailleurs, certains signes du TDAH peuvent également être observés dans d'autres affections. Ainsi, les personnes présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) peuvent également montrer des troubles attentionnels (Tam et al., 2025). Par ailleurs, TDAH et TSA peuvent apparaître de façon concomitante (Rommelse *et al.*, 2011).

Chez les adultes, les manifestations du TDAH peuvent être amalgamées avec celles d'autres troubles psychologiques. Les troubles attentionnels peuvent être confondus avec les rêveries diurnes inadaptées observables dans le Trouble de rêverie compulsive. Les principales distinctions entre les deux troubles se situent dans le fait que les rêveries diurnes inadaptées sont employées en tant que stratégies d'évitement de la réalité et de la détresse émotionnelle (Theodor-Katz & Soffer-Dudek, 2025). L'hyperactivité cognitive manifestée dans le TDAH est parfois confondue avec les ruminations constantes et envahissantes du Trouble Anxieux Généralisé (TAG). Les personnes porteuses d'un TDAH sont davantage susceptibles de souffrir d'une dysphorie de sensibilité au rejet. Les troubles attentionnels peuvent altérer les relations sociales ainsi que l'image et l'estime de soi. Cette sensibilité peut être confondu avec le Trouble d'Anxiété Sociale (TAS). Toutefois, il apparaît que des questionnaires employés pour le repérage du TDAH, telle que l'ASRS-V1.1, montrent une validité discriminante acceptable, voire excellente, par rapport aux mesures du TAG et du TAS (Alarachi *et al.*, 2024). Certains symptômes du TDAH peuvent se recouper avec ceux de la dépression. Parmi ceux-ci, se trouvent les troubles du sommeil, l'agitation et le manque de motivation pour les activités quotidiennes habituelles et, dans certains cas, une faible énergie pour tout ce qui n'est pas immédiatement gratifiant. Toutefois, alors que les difficultés émotionnelles et exécutives s'améliorent sous l'effet de traitements antidépresseurs, celles-ci persistent chez les personnes présentant un TDAH (Barkley, 2020). L'hyperactivité, l'impulsivité et la dysrégulation émotionnelle et comportementale du TDAH peuvent parfois être confondues avec les manifestations du Trouble Bipolaire. Toutefois, comparé au trouble bipolaire, le TDAH se déclare beaucoup plus tôt et évolue de façon chronique et persistante. Les sautes d'humeur sont moins extrêmes et plus fréquentes (environ quatre ou cinq fois par jour), entrecoupées de courtes périodes d'humeur normale, sans périodes prolongées de dépression ou d'euphorie. Par ailleurs, les personnes présentant un TDAH ne montrent pas d'ambitions grandioses à la différence des personnes souffrant d'épisodes maniaques (Marrangoni *et al.*, 2015). Les dysrégulations émotionnelles et comportementales du TDAH peuvent être amalgamées avec les manifestations du Trouble de la Personnalité Limite (TPL) (O'Grady *et al.*, 2023). Toutefois,

le TDAH et le TPL diffèrent en plusieurs aspects. Par exemple, la formulation d'idées suicidaires ou « paranoïdes » quand le stress est exacerbé, les symptômes dissociatifs, le sentiment chronique de vide, l'instabilité de l'identité sont des signes typiques du TPL et non du TDAH (Matthies *et al.*, 2014). Les troubles cognitifs légers, la pseudodémence dépressive, ainsi que les symptômes de maladies neurodégénératives ou des troubles hyper ou hypothyroïdiens, entraînent des manifestations pouvant être confondues avec celles du TDAH (Dobrosavljevic *et al.*, 2023).

Il convient de ne pas négliger le fait que chacun des troubles mentionnés ci-dessus peut également apparaître en tant que comorbidité du TDAH. Ainsi, le syndrome dépressif concerne 35-50% des adultes porteurs d'un TDAH (Sobanski, 2006). 11 à 35% des personnes souffrant d'addictions présentent également un TDAH. Les comportements addictifs sont employées en tant que stratégies d'auto-stimulation ou anxiolytiques face aux tensions liées au TDAH (Kalbag & Levin, 2005.). Le TDAH peut également cohabiter avec le TPL (O'Grady *et al.*, 2023) ou les troubles de la personnalité antisociale et narcissique (Storebø *et al.*, 2014).

## Les répercussions du diagnostic erroné

Un diagnostic erroné amène plusieurs conséquences délétères. Il peut entraîner une perte de chance et un retard de prise en soins pour la personne recevant un diagnostic ne correspondant pas à ses troubles. Une neuropsychologue témoigne « *J'ai vu plusieurs cas très inquiétants dont un adulte retraité ayant débuté une médication et qui, à la suite de mon évaluation (2' avis demandé par la conjointe), fut référé à la clinique de la mémoire et qui débutait plutôt une démence ...* »

Sur le plan clinique et humain, le diagnostic risque de réduire la complexité de l'expérience humaine à une lecture unique ou de passer sous silence des souffrances multifactorielles comme le relève une des psychologues ayant témoigné : « *l'aspect psychologique est peu pris en compte, les problèmes de santé comme l'apnée du sommeil chez l'enfant, les problèmes alimentaires ou autres ne font pas partie de l'évaluation. Les trajectoires neurodéveloppementales sont généralement très variables mais peuvent quand même être normales. [...] Je pense qu'une évaluation de la sphère affective, la santé mentale de l'enfant, l'attachement parent enfant et de la santé mentale des parents ne sont pas bien évalué dans les rapports. Ils peuvent avoir des effets sur les comportements des enfants.* »

Dans d'autres cas, l'erreur de diagnostic a des répercussions sur le plan administratif, financier et judiciaire.

Une neuropsychologue témoigne : « *si la personne subit un traumatisme crânien, l'organisme payeur (SAAQ, CNESST ou assureurs) attribuera certains déficits à une condition pré morbide plutôt qu'à l'accident considérant qu'un diagnostic TDA/HI a déjà été posé. Afin d'obtenir justice, l'accidenté doit donc payer les frais d'un avocat et d'un expert afin que justice soit faite. Cette situation prévaut pour les accidentés du travail et autres (prix des assurances, etc.).* »

Le non-diagnostic ou le diagnostic tardif du TDAH n'est pas sans conséquences. Il est associé à des complications somatiques importantes (obésité, maladies cardiovasculaires, troubles chroniques du sommeil, etc.) ainsi qu'à un impact social et à une réduction de l'espérance et de

la qualité de vie (notamment en lien avec les comorbidités). Il prive également les personnes concernées par le TDAH de traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques (Massuti *et al.*, 2021).

## Conclusion

Le sous-diagnostic et le surdiagnostic du trouble du TDAH font l'objet de débats constants. Bien que la littérature soit divisée (certains experts mettant en garde contre un sous-diagnostic ou un diagnostic tardif), les études et les témoignages de professionnels indiquent que les questions du surdiagnostic et surtout du diagnostic erroné constituent des préoccupations majeures et récurrentes.

Le diagnostic différentiel doit tenir une place centrale dans les démarches évaluatives. Au-delà des enjeux du sous ou surdiagnostic du TDAH, nous plaidons pour des formations interprofessionnelles de qualité, le recours au travail pluridisciplinaire, la facilitation de l'accès aux soins ainsi que pour le déploiement de services adéquats pour les personnes concernées par le TDAH et leurs proches.

## Bibliographie

Alarachi, A., Merrifield, C., Rowa, K. & McCabe, R. E. (2024). Are We Measuring ADHD or Anxiety? Examining the Factor Structure and Discriminant Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale in an Adult Anxiety Disorder Population, *Assessment*, 31(7), 1508-1524

Barkley, R. (2020). *Executive functions: What are they? How do they work? And why they evolved?* Guilford Press.

Danielson, M. L., Clausen, A. H., Bitsko R. H., Katz, S. M., Newsome, K., Blumberg, S. J., Kogan, M. D. & Ghandour, R. (2024). ADHD Prevalence Among U.S. Children and Adolescents in 2022: Diagnosis, Severity, Co-Occurring Disorders, and Treatment, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 3(53), 343-360

Dobrosavljevic, M., Larsson, H. & Cortese, S. (2023). The diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in older adults, *Expert Review of Neurotherapeutics*, 23(10), 883-893

Faraone, S.V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies, *Psychological Medicine*, 36, 159-165

Huskamp, H. A., Bush, A. B. & Frank, R. G. (2025). Recent Trends in Medication Treatment for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *Psychiatric Services*, 76(9), 782-787

- Kalbag, A. S., & Levin, F. R. (2005). Adult ADHD and Substance Abuse: Diagnostic and Treatment Issues, *Substance Use & Misuse*, 40(13-14), 1955–1981.
- Kazda, L., Bell, K., Thomas, R., McGeechan, K., Sims, R. & Barratt, A. (2021). Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents, A Systematic Scoping Review, *JAMA Network Open*, 4(4), e215335
- Marrangoni, C., De Chiara, L. & Faedda, G. L. (2015). Bipolar Disorder and ADHD: Comorbidity and Diagnostic Distinctions, *Current Psychiatry Reports*, 17, 67, 1-9
- Massuti, R., Moreira-Maia, C. R., Campani, F., Sônego, M., Amaro, J., Akutagava-Martins, G. C., Tessari, L., Polanczyk, G. V., Cortese, S. & Rohde, L. A. (2021). Assessing undertreatment and overtreatment/misuse of ADHD medications in children and adolescents across continents: A systematic review and meta-analysis, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 64-73
- Matthies, S. D., & Philipsen, A. (2014)., Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)—review of recent findings, *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(3), 1-13
- Morgan, P. L., Woods, A. D. & Wang, Y. (2022). Sociodemographic Disparities in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Overdiagnosis and Overtreatment During Elementary School, *Journal of Learning Disabilities*, 56(5), 359-370
- Moustafa, Y., Chauhan, M. & Rummans, T. A. (2022). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Overdiagnosis and Overprescriptions: Medicalization of Distractions, *Mayo Clinic Proceedings*, 97(7), 1339-1344
- O’Grady, S. M., & Hinshaw, S. P. (2023). Developmental predictors of young adult borderline personality disorder: a prospective, longitudinal study of females with and without childhood ADHD, *BMC Psychiatry*, 23(106), 1-17
- Porteret, R., Bouchez, J., Baylé, F.J., & Varescon, I. (2016). ADH/D and impulsiveness: Prevalence of impulse control disorders and other comorbidities, in 81 adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADH/D). *L'encéphale*, 42(2),130-137
- Rommelse, N. N. J., Geurts, H. M., Franke, B., Buitelaar, J. K., Hartman, C. A. (2011). A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism spectrum disorder and attention-Deficit/hyperactivity disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(6), 1363-1396
- Sobanski, E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(S1), i26–i31.
- Storebø, O. J., & Simonsen, E. (2014)., Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder?, *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(5), 289-295

Tam, L. Y. C., Taechameekietichai, Y. & Allen, J. L. (2025). Individual child factors affecting the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents: a systematic review, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 1469–1496

Thapar, A. (2026). Editorial Perspective: Overdiagnosis of ADHD? Here we go again, *Child and Adolescent Mental Health*, 31(2), 153-155

Theodor-Katz, N. & Soffer-Dudek, N. (2025). Differential diagnosis between maladaptive daydreaming and ADHD: Immersive daydreaming is not simply inattention, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 25(3), 100616

Yeung, A., Ng, E., & Abi-Jaoude, E. (2022). TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(12), 899-906