

**ADHD**  
AWARENESS MONTH  
OCTOBER 2019

ADHD MYTHS AND FACTS  
KNOW THE DIFFERENCE

## Mythe: Le TDAH n'existe pas

**C'est un fait: il existe plus de 100 000 articles scientifiques sur le TDAH (et ses noms précédents) et des mentions figurent dans des manuels médicaux datant de 1775.**

Russell A. Barkley, Ph.D.

Virginia Medical Commonwealth University Medical Center  
Richmond, VA USA 23235

**O**n entend régulièrement dans les médias grand public un commentateur, un expert ou une célébrité déclarer que le TDAH est un mythe. C'était même le titre d'un livre général publié par Richard Saul il y a quelques années. Cette non-existence du TDAH est souvent déclarée avec une grande assurance, mais rien ne pourrait être plus éloigné de la vérité.

Quand j'entends ces déclarations, je m'interroge sur les véritables motivations. Après tout, il existe plus de 100 000 articles dans des revues scientifiques sur le TDAH (et ses noms précédents) et il est mentionné dans les manuels de médecine depuis 1775. Il est donc possible que prétendre que le TDAH n'existe pas reflète l'ignorance ou la méconnaissance de la littérature scientifique. Ces personnes ne savent tout simplement pas de quoi elles parlent et ne cherchent pas non plus à savoir. Si elles l'avaient fait avec un minimum de motivation, elles auraient cherché sur Internet à l'aide de Google

Scholar et dans les revues scientifiques. Il serait facile de pardonner une telle ignorance et comprendre la paresse intellectuelle qui la sous-tend.

Mais le plus souvent, ces critiques du TDAH ont des motivations politiques ou religieuses. Déclarer que le TDAH est un mythe c'est alors poursuivre un autre but qui exige que le public soit intentionnellement induit en erreur par le déclarant – c'est de la propagande. Leur volonté d'induire en erreur le public les oblige à mentir intentionnellement ce qui n'est pas seulement néfaste mais franchement pervers puisqu'il y a bien une intention de nuire à l'innocent.

Dire que le TDAH n'existe pas dans un débat intellectuel honnête, suppose qu'on dispose d'un ensemble de critères pour définir ce à quoi doivent correspondre les vrais troubles mentaux pour être reconnus comme tels. Il faut donc s'être lancé dans la laborieuse tâche qui consiste à examiner les preuves scientifiques disponibles pour

<https://www.adhdawarenessmonth.org/thousands-studies-say-adhd-is-real/>

Version anglaise longue mise en ligne le 16 septembre 2019

Traduction en français par le Dr Hervé Caci le 5 octobre 2019 pour les associations ADHD Europe et TDAH PACA

Page 1 sur 4

voir si les résultats obtenus répondent aux critères d'un trouble réel. Mais ce n'est pas le propos de ces critiques, car quand on les pousse à formuler les critères qu'ils utilisent pour définir un trouble mental comme étant réel ou non, ils ne peuvent en offrir aucun ou du moins aucun qui soit convaincant. Mais la science de la santé mentale dispose de tels critères et il est utile de les rappeler ici. Personnellement, je préfère les critères explicites énoncés par Jerome Wakefield, Ph.D. il y a plus de 20 ans, qui sont assez semblables à ceux utilisés sur le terrain depuis bien plus longtemps pour représenter équitablement les standards utilisés dans le domaine de la santé mentale.

Les troubles réels (1) consistent en une défaillance ou une déficience grave dans le fonctionnement d'une capacité mentale, et (2) cette défaillance ou cette déficience grave doit causer un préjudice à l'individu. C'est aussi simple que cela. Les personnes atteintes de TDAH dont nous affirmons qu'il s'agit d'un trouble réel présentent-elles un déficit significatif de leurs capacités mentales par rapport aux personnes qui ont un développement typique? Dans ce cas, cette insuffisance est-elle suffisante pour causer un préjudice à la personne? Nous pouvons montrer que le TDAH répond à ces deux critères.

Prenons le premier point ci-dessus: on peut démontrer qu'une capacité mentale (ou un ensemble de capacités) typique des personnes est défaillante ou en grande partie déficiente. Dans le cas du TDAH, il existe des preuves irréfutables d'une déficience significative à la fois d'un type d'attention (attention soutenue et distractibilité) et d'une inhibition comportementale (impulsivité et hyperactivité). Nous savons que ce sont des traits universels et dimensionnels ou des capacités chez toutes les personnes qui se développent normalement et nous avons des milliers d'études qui montrent qu'elles sont déficientes dans le TDAH, ce qui

représente la queue de la distribution des variables continues normales. Mais il y a encore beaucoup de choses sous-jacentes à ces problèmes évidents de fonctionnement mental dans le TDAH. Comme je l'ai dit avec beaucoup d'autres par ailleurs, ces symptômes de surface du TDAH reflètent un problème dans le développement du fonctionnement exécutif (FE). Toutes les personnes typiques ont un réseau dans les lobes préfrontaux (ou cerveau exécutif) sur lequel repose les capacités mentales nécessaires à une action orientée vers l'avenir et orientée vers l'objectif: conscience de soi, inhibition, mémoire de travail, autorégulation émotionnelle, motivation personnelle et planification / résolution de problèmes. Ces capacités mentales nous permettent de nous autoréguler. Les symptômes cardinaux du TDAH découlent et sont fortement corrélés aux déficiences de ces capacités mentales. De plus, des centaines d'études scientifiques utilisant différentes méthodes de neuro-imagerie prouvent de manière incontestable que le TDAH est systématiquement associé à un développement particulier, à un fonctionnement perturbé et souvent irrégulier et à une connectivité fonctionnelle altérée dans les régions et les réseaux impliquant le cerveau exécutif; principalement le cortex préfrontal. Ainsi, que vous souscriviez à l'idée que le TDAH est un trouble du FE ou que adhérez plus étroitement à la conceptualisation diagnostique du TDAH en tant que trouble d'inattention et d'inhibition, les preuves corroborent le fait que ces symptômes reflètent un insuffisance ou une déficience dans le fonctionnement d'un ensemble de mécanismes mentaux communs à toutes les personnes typiques. Le critère numéro 1 est rempli.

Le TDAH est-il associé à un préjudice pour l'individu qui en est atteint? Comme indiqué plus haut, le terme « préjudice » fait référence à un

<https://www.adhdawarenessmonth.org/thousands-studies-say-adhd-is-real/>

Version anglaise longue mise en ligne le 16 septembre 2019

Traduction en français par le Dr Hervé Caci le 5 octobre 2019 pour les associations ADHD Europe et TDAH PACA

risque accru de mortalité (décès), de morbidité (atteintes), de souffrances personnelles (qualité de vie nettement diminuée) ou de déficience dans les principaux domaines d'activités quotidiennes essentiels à notre survie et à notre bien-être. Ces domaines incluent le fonctionnement familial et social, l'éducation, le fonctionnement professionnel, la gestion financière, le fonctionnement sexuel, l'éducation des enfants, les fréquentations amoureuses, le mariage ou la cohabitation intime, entre autres activités majeures de la vie d'un adulte. Un impact dans un seul de ces domaines doit être scientifiquement établi pour répondre à nos critères. Dans le cas du TDAH, tous ces domaines sont impactés avec un risque plus élevé qu'attendu chez les personnes typiques. Il a été démontré à maintes reprises au cours des dix dernières années que le trouble était associé à un risque accru de mortalité précoce, ce risque étant presque le double de celui des enfants typiques avant l'âge de 10 ans et plus de quatre fois le risque de décès prématuré chez l'adulte avant l'âge 45 ans. En outre, une étude conduite avec mes collègues publiée en 2019 montre une réduction de l'espérance de vie estimée de 9 à 13 ans, observable dès le début de l'âge adulte.

Nos critères exigent que le TDAH entraîne une morbidité accrue. D'innombrables études ont montré que le TDAH est un trouble associé au plus grand risque de blessures accidentelles de tous types, ce qui explique généralement le risque plus élevé de mortalité précoce chez les enfants et les adultes. Les personnes atteintes de TDAH ont 3 à 5 fois plus de risques de blessures accidentelles et un risque plus élevé de blessures répétées, d'admissions en urgence à l'hôpital et d'hospitalisation que les enfants typiques ou que ceux qui ont d'autres troubles.

Même si le TDAH ne prédisposait pas à une mortalité ou à une morbidité plus grandes, de nombreuses recherches

montrent les innombrables activités essentielles de la vie dans lesquelles les personnes avec un TDAH fonctionnent de manière tellement inefficace que cela entraîne un réel handicap avec des conséquences négatives. Le handicap résulte en fait de la mauvaise adaptation de l'environnement aux manifestations des symptômes liés au TDAH. Il existe peu de troubles mentaux ambulatoires affectant plus gravement, touchant davantage de personnes et couvrant plus de domaines d'activités de la vie que le TDAH. Comme vous pouvez le constater, le TDAH répond aux deux critères d'un trouble mental valide. Ainsi, le TDAH est réel.

Parfois, les critiques prétendent de manière ridicule que le TDAH ne peut pas être réel, car il faut un test de laboratoire objectif d'un trouble pour qu'il soit réel ou valide. Cette affirmation est absurde; il n'existe pas de test de laboratoire pour aucun trouble mental ni d'ailleurs pour de nombreux problèmes médicaux, même pour les affections courantes telles que les maux de tête, de dos ou d'estomac, les douleurs diverses sans parler des stades précoces de la maladie d'Alzheimer, de la sclérose en plaques, du lupus, etc. Il n'est dit nulle part en médecine ou en santé mentale que de véritables tests de laboratoire doivent exister pour pouvoir conclure que des troubles soient considérés comme réels.

Ceux qui prônent l'inverse tentent de réécrire grossièrement de l'histoire de ces domaines scientifiques. L'absence de test ne signifie pas l'absence de trouble. Les troubles sont d'abord découverts en décrivant les symptômes dont on pense qu'ils constituent un état, et en montrant qu'ils se retrouvent chez les patients atteints dans un ensemble cohérent. Ensuite, les scientifiques recherchent les causes qui contribuent à ces symptômes. Des années, voire des décennies plus tard, lorsque les preuves concernant les étiologies ont été bien établies, la science clinique est alors en

<https://www.adhdawarenessmonth.org/thousands-studies-say-adhd-is-real/>

Version anglaise longue mise en ligne le 16 septembre 2019

Traduction en français par le Dr Hervé Caci le 5 octobre 2019 pour les associations ADHD Europe et TDAH PACA

mesure de découvrir certains moyens objectifs de rechercher systématiquement la présence d'un ou de troubles. Les critiques ont placé la charrue avant les bœufs, ou plus souvent leurs fesses au-dessus de leurs têtes : l'identification des symptômes d'un trouble réel précède la mise au point de tests de laboratoire, et non l'inverse.

En résumé, ceux qui qualifient le TDAH de mythe affichent au demeurant leur ignorance dans le domaine scientifique ou leur intention délibérée d'induire en erreur ceux qui les écoutent dans un but funeste, ce qui peut être assimilé à une propagande. Aucun de ces deux buts n'est acceptable, et nous ne devrions pas souffrir de tels imbéciles sans protester.

## A PROPOS DE L'AUTEUR



Russell A. Barkley, Ph.D. est un clinicien chercheur, un éducateur et un praticien qui a publié 23 livres, de échelles d'évaluation, plus de 290 articles scientifiques et chapitres de livres liés à la nature, à l'évaluation et au traitement du TDAH et de troubles associés, et des manuels cliniques cumulant 41 éditions. Il est Professeur Clinicien de Psychiatrie au *Virginia Treatment Center for Children* et au *Virginia Commonwealth University Medical Center*, Richmond, VA. Ses sites Web sont <http://www.russellbarkley.org/> et <http://adhdlectures.com/>

## REFERENCES

- Barkley, R. A. (2015). Health problems and related impairments in children and adults with ADHD. In R. A. Barkley (ed.) *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4<sup>th</sup> Ed)*(pp. 267-313). New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015b). Educational, occupational, dating and marriage, and financial impairments in adults with ADHD. In R. A. Barkley (ed.) *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4<sup>th</sup> Ed)*(pp. 314- 342). New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. & Fischer, M. (2019). Hyperactive child syndrome and estimated life expectancy by young adult follow-up: The role of ADHD persistence and other potential predictors. *Journal of Attention Disorder, 23*(9), 907-923.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford Press.
- Dalsgaard, S., Ostergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., & Pedersen, M. G. (2015). Mortality in children, adolescents and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet, 385*, 2190-2196.
- Faraone, S. C., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos- Quiroga, J. A. et al. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews (Disease Primers), 1*, 1-23.
- Frazier, T. W., Demareem H. A., & Youngstrom, E. A. (2004). Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention- deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology, 18*, 543-555.
- Hervey, A. S., Epstein, J. N., & Curry, J. F. (2004). Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neuropsychology, 18*, 495-503.
- London, A. S., & Landes, S. D. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder and adult mortality. *Preventive Medicine, 90*, 8-10.
- Nigg, J. T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical Psychology Review, 33*, 215-228.
- Wakefield, J. C. (1999). Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 374-399.

<https://www.adhdawarenessmonth.org/thousands-studies-say-adhd-is-real/>

Version anglaise longue mise en ligne le 16 septembre 2019

Traduction en français par le Dr Hervé Caci le 5 octobre 2019 pour les associations ADHD Europe et TDAH PACA