

ADHD
AWARENESS MONTH
OCTOBER 2019

ADHD MYTHS AND FACTS
KNOW THE DIFFERENCE

Mythe: Les enfants guérissent de leur TDAH

Réalité: Bien que le trouble puisse disparaître chez certains entre l'âge de 21 et 27 ans, certains symptômes sinon le trouble complet et la gêne fonctionnelle persistent dans 50 à 86% des cas.

Russell A. Barkley, Ph.D.

Centre médical de l'Université du Commonwealth de Virginie
Richmond, VA USA 23235

Dans les années 1970, au début de ma carrière de neuropsychologue clinicien de l'enfant, il était courant de considérer le TDAH ou, comme on l'appelait alors, la réaction hyperkinétique (syndrome de l'enfant hyperactif), comme un trouble limité à l'enfance.

On pensait que tous les cas devaient se régler avant l'adolescence. En conséquence, on pensait que le trouble était bénin sur le plan développemental et l'on ne s'attendait pas à ce que des médecins et des psychologues qui se spécialisaient dans les troubles de l'adulte sachent grand chose sur lui, et certainement pas qu'ils aient à évaluer, diagnostiquer et traiter des patients.

Il est facile d'en comprendre les raisons. Le trouble était principalement reconnu comme une agitation motrice excessive (hyperactivité) à laquelle l'attention et l'impulsivité pouvaient être associées. Quelques recherches avaient montré que le niveau d'hyperactivité diminuait avec l'âge, devenant souvent moins problématique à l'adolescence et plus du tout à l'âge adulte.

En outre, il n'existait pas de bonnes études longitudinales sur les enfants diagnostiqués et

suivis jusqu'à l'âge adulte. Les quelques recherches existantes faisaient état d'un taux de persistance d'environ 5% voire moins. Compte tenu de cette difficulté, il était difficile de soutenir que le TDAH était préjudiciable et persistant. C'est donc logiquement que des leaders d'opinion éminents en pédiatrie, en psychiatrie de l'enfant et en psychologie de l'enfant ont tiré ces conclusions succinctes.

Mais ce dogme a été renversé en quelques décennies par une recherche sur le TDAH progressant très rapidement. La conceptualisation du trouble s'est élargie pour donner aux problèmes d'attention et d'inhibition un poids égal ou supérieur à ceux de l'hyperactivité. Les recherches prolifiques de Virginia Douglas et de ses élèves au Canada, comme celles de psychiatres d'enfants, de psychologues d'enfants et de pédiatres spécialisés dans le développement en sont la parfaite illustration. Les mesures objectives de cet éventail élargi de symptômes ainsi que les échelles d'évaluation du comportement créées à cette même époque ont suggéré que d'autres symptômes n'avaient pas diminué aussi fortement avec le développement, bien qu'ils

<https://www.adhdawarenessmonth.org/children-do-not-grow-out-of-adhd>

Version anglaise longue mise en ligne le 17 septembre 2019

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

aient pu s'améliorer, et avaient persisté jusqu'à l'adolescence.

Ainsi, dans la plupart des études de suivi, 50 à 70% des cas diagnostiqués chez l'enfant gardaient des symptômes gênants jusqu'au milieu de l'adolescence. Dans les années 90, des études de suivi mieux conduites utilisant des critères de diagnostic plus explicites, reproductibles et officiels pour le TDAH furent publiées. Le chiffre fut revu à la hausse pour atteindre 80 à 85% de cas persistants jusqu'à l'adolescence. Cependant, quelques études allaient plus loin dans le développement et suggéraient un taux de persistance d'environ 4 à 8%. Comment cela est-il possible ? Comment un trouble si persistant jusqu'à l'adolescence peut-il disparaître en grande partie chez les jeunes adultes ?

Comment un trouble persistant pourrait-il en grande partie disparaître chez les jeunes adultes ?

Ma propre étude longitudinale avec Mariellen Fischer et des recherches effectuées par d'autres ont commencé à nous éclairer : les erreurs de méthodologie avaient été nombreuses.

Premièrement, la plupart des études s'étaient appuyées sur des rapports de parents tout au long de la période de suivi jusqu'à l'âge adulte, date à laquelle le patient lui-même a commencé à être interrogé. La différence entre les taux de persistance lorsque le patient était interrogé au début de sa vie adulte (21 ans) sur son TDAH et ses parents étaient multipliés par 10 (4% contre 46%). Cela en utilisant les critères standard du DSM pour le TDAH à l'époque. Ainsi, la personne que vous interrogez a une grande importance pour déterminer la persistance du désordre.

Deuxièmement, nous avons montré que le DSM était un problème en soi. Conçu pour les enfants, en utilisant les symptômes formulés pour eux, et un nombre minimal de symptômes présents basés sur les enfants, et plus particulièrement les garçons, les critères du DSM ne pouvaient pas être directement utilisés dans les études sur des adultes. La persistance est passée de 46 à 66% à l'âge de 21 ans, lorsque nous avons comparé la persistance déterminée par les critères du DSM à celle utilisant une

définition basée sur l'écart du développement (98^{ème} percentile pour la combinaison sévérité et impact négatif en tenant compte de l'âge).

Clairement, une minorité substantielle ne répondait plus aux critères du DSM mais leur trouble persistait si on le définissait sur des critères développementaux. En outre, ce chiffre augmentait encore, passant de 66% à 86% environ si l'on définissait le trouble comme la présence d'un nombre suffisant de critères à l'origine d'une gêne dans les domaines principaux de la vie. En nous en remettant aux déclarations personnelles et parentales, nous avons constaté que, par rapport aux contrôles, seulement 14% de nos cas n'étaient pas plus symptomatiques ni plus gênés. En assouplissant la définition de la rémission sur une seule source, le taux de rémission atteignait 35%.

Ainsi le choix des critères de définition d'un trouble et de la source d'information donne des résultats contrastés sur les taux de persistance et de rémission. Steve Faraone, PhD, a également montré que les taux de persistance sont fortement liés à l'utilisation d'une définition syndromique (comme dans le DSM), d'une définition symptomatique (basée sur la déviance par rapport au développement) ou d'une définition fonctionnelle simplement basée sur des critères de retentissement, les taux augmentant d'une approche à l'autre.

A New York, l'équipe de Salvatore Mannuzza et Rachel Klein dirige la plus longue étude longitudinale à ce jour : ils ont suivi leurs patients de l'enfance jusqu'au milieu de leur quarantaine. Selon les critères du DSM, ils obtiennent un taux de persistance de 22%, mais ce chiffre est de 32% en utilisant les critères de déviance par rapport au développement. Et plus 67% des adultes avaient un trouble mental quelconque. Le problème de cette étude est qu'elle repose sur exclusivement sur les auto-déclarations plutôt sur celles de parents ou de personnes proches ce qui, comme indiqué ci-dessus, peut réduire considérablement le taux de persistance.

Que conclure de toutes ces informations ?

Les enfants vont vraisemblablement devoir vivre avec leur TDAH à l'âge adulte. Ils seront symptomatiques ou gênés, et identifiables parmi

les témoins suivis parallèlement. En ne suivant pas strictement les critères du DSM pour le TDAH, ce qui s'est avéré être un problème important lorsqu'on s'adresse à des adultes, la grande majorité des cas sont encore très symptomatiques et affectés à l'adolescence (au moins 80%). Il est possible que certains

recupèreront de leur trouble entre 21 et 27 ans, mais certains symptômes sinon le trouble complet et la gêne fonctionnelle persisteront dans 50 à 86% des cas diagnostiqués dans l'enfance. C'est donc un mythe d'affirmer que le TDAH disparaîtra une fois l'enfant devenu adulte.

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 (4th 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 (4th 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.