

Mise en garde contre le surdiagnostic et le surtraitement du TDAH

Par Fabienne Papin le 7 novembre 2013

Des chercheurs australiens et néerlandais mettent en garde les professionnels de la santé contre le surdiagnostic et le surtraitement du TDAH. Leur étude a été publiée dans le [*British Medical Journal*](#).

Selon eux, l'élargissement des critères de diagnostic du TDAH a fortement contribué à augmenter son incidence. De 3,9 % sous le DSM-III, elle est passée à 5,8 % avec le DSM-III-R et à 6,3 % sous le DSM-IV.

Le DSM-V propose maintenant une fenêtre de diagnostic plus grande entre 7 et 12 ans, ce qui risque de provoquer encore plus de surdiagnostics, d'après les auteurs.

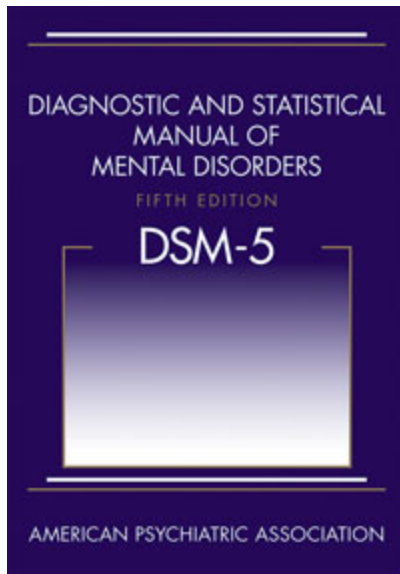
«Ces changements sont préoccupants parce qu'ils augmentent le risque de confondre des cas de TDAH avec des processus de développement normaux, tels que l'agitation ou un manque de concentration dus à la puberté», peut-on lire dans l'étude.

De plus, entre le DSM-IV et le DSM-V, le paradigme a changé. En effet, avec le premier, un critère devait être «cliniquement significatif» pour être reconnu. Avec le DSM-V, il doit plutôt «avoir des conséquences sur la qualité de vie ou la réduire au niveau social, scolaire ou au travail».

Enfin le DSM-V reconnaît maintenant le diagnostic chez les adultes.

La notion de sévérité doit être prise en compte

Par ailleurs, contrairement aux recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), les guides de pratique américain et australien ne tiennent pas compte de la sévérité du trouble, alors que c'est justement un des risques de surdiagnostic, selon les auteurs.



«De récentes données aux États-Unis montrent que 86 % des enfants diagnostiqués avec le TDAH ont des formes légères à modérées du trouble et que plusieurs sont diagnostiqués sans remplir complètement les critères du TDAH»¹, indique l'étude.

Il n'y a donc pas de différence entre les enfants sévèrement atteints et ceux qui le sont moins.

«Une tendance qui amène à la dévaluation du diagnostic de ceux qui ont des problèmes sérieux», concluent les chercheurs, qui croient que seule une approche plus prudente pourra réduire le risque de surtraitement.

La sévérité n'influe pas sur le traitement choisi. Ainsi 87 % des enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH aux États-Unis en 2010 ont été médicamentés dans la foulée.

Efficacité incertaine et effets indésirables potentiels

Si les diagnostics et les traitements augmentent, en revanche on n'arrive pas à prouver l'efficacité à long terme des traitements, pointe l'étude. À trois, six et huit ans de suivi, si les enfants arrivent à mieux performer qu'avant d'être traités, ils restent néanmoins en dessous de la moyenne quand on les compare avec leurs pairs et il n'y a pas de différence selon les traitements utilisés.²

Les effets secondaires potentiels des traitements peuvent engendrer des pertes de poids, un effet toxique sur le foie et des idées suicidaires. Ils pourraient aussi provoquer des retards de croissance au moment de la puberté, mais cela doit encore être mieux documenté.

Les auteurs s'attardent aussi sur les dommages psychologiques, puisque les enfants TDAH sont stigmatisés. Comparés à des enfants qui ont des problèmes d'asthme, les enfants avec un TDAH sont décrits comme «plus paresseux, moins intelligents, moins soigneux et on aura plus tendance à les stigmatiser et à les exclure socialement».

Pour les diagnostics et les traitements du TDAH, les auteurs recommandent donc aux professionnels de la santé de se baser sur les guides de pratique du Royaume-Uni avec, entre autres, une période d'observation de 10 semaines, la participation des parents à des programmes d'aide aux habiletés parentales et un suivi en deuxième ligne si les symptômes ne s'améliorent pas.

Le but ultime reste de réduire les traitements inutiles sans risquer de sous-traiter ceux qui en ont vraiment besoin.

(1) Centers for Disease Control and Prevention. *Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children—United States, 2003 and 2007*. *MMWR*2010;59:1439-43

Döpfner M, Breuer D, Wille N, Erhart M, Ravens-Sieberer U, the BELLA Study Group. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample— results of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2008;17:59-70

(2) Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48:484-500.
