PATHOLOGIES

SYNTHÈSE D'ARTICLE

Actualités Scientifiques en Psychomotricité, Portail d'Informations et de Connaissances

ASPPIC

1 REFERENCE DE L'ARTICLE

Titre complet de l'article :

The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder

Auteurs :

Stephen V. Faraone, Tobias Banaschewski, David Coghill, Yi Zheng, Joseph Biederman et al. (80 auteurs de 27 pays et 6 continents)

Revue :

Neuroscience and Biobehavioral Reviews

Année de publication :	Volume (n°) :	Pages :
2021	128	789–818

DOI / Lien :

https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Mots-clés (3 à 6) :

TDAH – Consensus international – Méta-analyses – Diagnostic – Évolution – Traitements

MESSAGE ESSENTIEL

Ce consensus international réunit 208 conclusions fondées sur des méta-analyses ou de très grandes études : le TDAH est un trouble valide, fréquent, aux causes multiples, associé à de nombreuses complications, et dont les traitements médicamenteux sont les plus efficaces sur les symptômes.

Une version actualisée de ce consensus est sur le point de paraître dans sa forme définitive (un preprint est déjà disponible). Sa synthèse fera le comparatif des évolutions entre les deux versions.

2 CONTEXTE & JUSTIFICATION

Le **trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)** fait l'objet de nombreuses idées reçues. Elles stigmatisent les personnes concernées, décrédibilisent les professionnels et retardent l'accès aux soins.

Un premier consensus international, publié en 2002, visait déjà à corriger ces idées fausses. Ce travail en est la mise à jour, à partir des découvertes des vingt dernières années.

Les auteurs précisent qu'il ne s'agit ni d'une encyclopédie ni de recommandations de diagnostic ou de traitement, mais d'un recueil d'affirmations solidement étayées.

3 OBJECTIFS / QUESTIONS DE RECHERCHE

Rassembler des conclusions sur le TDAH appuyées par un corpus de preuves important et rigoureux, afin de lutter contre les idées reçues et la stigmatisation.

4 METHODE

Devis : consensus d'experts fondé sur une revue de la littérature (méta-analyses et grandes études de registres).

Pilotage : un comité réunissant une quinzaine de sociétés savantes du TDAH de tous les continents.

Recherche : dans PubMed, des méta-analyses et revues systématiques d'une part, des études nationales ou de registres d'autre part.

Critères d'inclusion stricts :

- méta-analyses d'au moins 5 études ou 2000 participants, ou études de plus de 2000 participants
- exclusion des méta-analyses n'ayant pas évalué le biais de publication (sauf pour la prévalence)
- exclusion des études de traitement comparées à une liste d'attente ou à la prise en charge habituelle

Validation : les conclusions ont été approuvées par 80 auteurs de 27 pays et 6 continents, puis soutenues par 366 signataires.

Lecture des effets : petit, moyen ou grand selon les conventions habituelles. Un grand effet est en général utile en pratique clinique au niveau individuel.

5 RESULTATS PRINCIPAUX

Histoire et diagnostic : le tableau est décrit depuis 1775. Posé par un clinicien qualifié à partir d'entretiens, le diagnostic est valide à tout âge. Il ne peut reposer ni sur des échelles seules, ni sur des tests neuropsychologiques, ni sur l'imagerie cérébrale. Les enfants les plus jeunes de leur classe sont plus souvent diagnostiqués.

Fréquence : 5,9 % des jeunes et 2,5 % des adultes, avec environ deux garçons pour une fille. La prévalence est comparable entre continents et stable depuis trente ans, même si le trouble est plus souvent diagnostiqué.

Causes : le plus souvent, l'effet combiné de nombreux facteurs génétiques et environnementaux, chacun de faible poids. Certaines expositions (tabac pendant la grossesse, plomb, prématurité, obésité maternelle…) sont associées au TDAH sans que leur rôle causal soit toujours établi.

Cerveau et cognition : difficultés petites à modérées en mémoire de travail, attention et prise de décision, et petites différences cérébrales en imagerie. Aucune ne permet de poser le diagnostic.

Conséquences : risque accru de nombreux problèmes de santé (obésité, troubles du sommeil, épilepsie…), d'échec scolaire, d'accidents, de conduites addictives, de suicide et de décès prématuré. Le coût pour la société se chiffre en centaines de milliards de dollars par an.

Traitements médicamenteux :

- les psychostimulants réduisent fortement les symptômes. Dans les grandes études de registres, les périodes de traitement s'accompagnent de moins d'accidents, de délinquance, de dépression et de tentatives de suicide
- les effets indésirables sont le plus souvent légers et gérables. Le risque de mésusage existe, surtout pour les stimulants

Traitements non médicamenteux : moins efficaces que les médicaments sur les symptômes du TDAH, ils montrent toutefois des effets sur **d'autres dimensions** :

- **entraînement cognitif :** améliorations petites à modérées des **fonctions exécutives** chez les enfants d'âge préscolaire, et modérées de la mémoire de travail verbale chez les jeunes, sans baisse des symptômes ni effet sur les résultats scolaires. Les gains en mémoire de travail sont surtout à court terme
- **interventions sur l'organisation :** baisse modérée de l'inattention rapportée par les parents
- **guidance parentale** (enfants d'âge préscolaire) : baisse modérée des symptômes et des troubles du comportement selon les parents, non confirmée par des évaluateurs indépendants, qui observent en revanche moins de pratiques parentales négatives
- **thérapie cognitivo-comportementale** chez l'adulte : améliorations modérées des symptômes et du fonctionnement rapportés par les patients, petites dans les études les plus rigoureuses
- **activité physique :** pas d'effet sur les symptômes après correction du biais de publication, mais baisse de l'anxiété et de la dépression
- neurofeedback, entraînement aux habiletés sociales et méditation : pas d'effet significatif dans les études les plus rigoureuses

6 INTERPRETATION / DISCUSSION

Pour les auteurs, ces conclusions dessinent un trouble **chronique**, débutant dans l'enfance ou au début de l'adolescence, dont les symptômes inadaptés au niveau de développement entravent de nombreux domaines de vie.

Les facteurs de risque génétiques et environnementaux s'accumulent et entraînent de subtiles modifications de plusieurs réseaux cérébraux et des processus cognitifs, motivationnels et émotionnels qu'ils contrôlent.

Les médicaments sont sûrs et efficaces, et préviennent de nombreuses complications. Les approches non médicamenteuses sont moins efficaces sur l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité.

Les auteurs insistent toutefois : **qu'un traitement n'améliore pas nettement les symptômes du TDAH ne veut pas dire qu'il est inutile**. Les approches non médicamenteuses visent aussi d'autres objectifs, comme l'organisation, les comportements sociaux, les compétences pratiques ou les interactions entre parents et enfant. Elles sont souvent utiles pour les difficultés qui persistent une fois le traitement médicamenteux optimisé.

Les auteurs se disent confiants : le diagnostic actuel de TDAH est une catégorie valide et utile, partout dans le monde.

7 LIMITES DE L'ETUDE

L'article ne comporte pas de section consacrée à ses limites. Les auteurs relèvent en revanche :

- l'absence des résultats établis qui ne reposent pas sur des méta-analyses ou de très grandes études, ce qui ne signifie pas absence d'effet
- des critères de sélection qui auraient pu être différents, par exemple en excluant les méta-analyses très hétérogènes
- des données issues surtout de populations caucasiennes et d'Asie de l'Est, et bien plus souvent masculines
- des connaissances encore limitées sur l'influence de la culture, le TDAH chez la personne âgée et la stigmatisation
- des traitements, même les meilleurs, qui ne sont que partiellement efficaces

8 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Les auteurs en tirent plusieurs implications :

- ces conclusions peuvent servir à **corriger les idées reçues** et à réduire la stigmatisation
- la recherche doit porter sur des échantillons plus diversifiés et sur les mécanismes biologiques et psychologiques, pour mieux traiter, voire prévenir
- il reste à mieux comprendre les symptômes émotionnels, les formes légères et les trajectoires au cours de la vie
- les approches non médicamenteuses gardent leur place pour les difficultés qui persistent malgré le traitement, mais leurs preuves doivent être renforcées
- le mésusage des médicaments doit être mieux prévenu

9 POINTS CLES A RETENIR

1 208 conclusions issues de méta-analyses ou de très grandes études, validées par 80 experts de 27 pays.

2 Le TDAH touche 5,9 % des jeunes et 2,5 % des adultes, partout dans le monde.

3 Le diagnostic est clinique : ni test, ni imagerie, ni échelle seule ne suffisent.

4 Les médicaments réduisent fortement les symptômes et de nombreuses complications.

5 Les approches non médicamenteuses agissent moins sur les symptômes, mais aussi sur d'autres dimensions (fonctions exécutives, organisation, parentalité).

10 REFERENCE A CITER

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., … Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 128*, 789–818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

11 INFORMATIONS SUR LA SYNTHESE

Contributeur :	Date :
Frédéric Puyjarinet	23/11/2026
Relecteur (si applicable) :	Date :