Une pathologie qui se caractérise en tous lieux, mais surtout à l'école

L'enfance n'est pas une maladie - Libres propos sur le «*trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*» (TDAH) et certains de ses enjeux, éthiques et pharmaceutiques.

par Frédéric Jésu[1]

Depuis la mise sous gestion hospitalière et/ou le pilotage par les Agences Régionales de Santé de la plupart des 84 «Maisons des adolescents» créées en France depuis 2004[2]**, on savait déjà que l'adolescence était peu ou prou une sorte de maladie. Avec la mise en ligne, le 12 février 2015, de la décision du 10 décembre 2014 du collège de la Haute Autorité de Santé (HAS)**[3] **portant adoption de la recommandation de bonne pratique «*Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*» (TDAH)**[4]**, on sait qu'il en va officiellement de même de l'enfance en général.**

On est maintenant capable de reconnaître en l'enfance, dès le plus jeune âge, une pathologie qui se caractérise en tous lieux, mais surtout à l'école, par les nettes et préoccupantes propensions des sujets atteints :

- à se laisser distraire par leur environnement ou, si celui-ci est ennuyeux, par leurs propres idées (déficit de l'attention);
- à bouger et à se déplacer pour explorer et comprendre le monde (hyperactivité motrice);
- et à le faire parfois de façon spontanée, sans attendre les créneaux horaires prévus à cet effet (impulsivité)[5].

Lorsque ces caractéristiques s'avèrent intenses et durables (plus de 6 mois, selon les spécialistes cités par la HAS), et surtout lorsqu'elles dérangent les adultes dans l'exercice soit de leur indifférence soit de leur propre hyperactivité, on peut affirmer non seulement que le sujet est «*atteint d'enfance*», mais aussi qu'il est un «*enfant TDAH*»[6], qui en est donc une forme aggravée.

Depuis une vingtaine d'années, et donc bien avant l'HAS, cet important problème de santé publique a opportunément bénéficié, notamment à partir des États-Unis et du Canada, de l'éclairage des laboratoires dont le *pharmarketing* actif permet de promouvoir la seule et unique molécule capable d'y remédier : le méthylphénidate, équivalent amphétaminique commercialisé avec succès sous les noms de Ritaline®, Concerta® et Quasym®.

(1) *Consultant. Ex-pédopsychiatre de service public. Vice-président de DEI-France (section française de Défense des Enfants International).*

(2) Cf. *Le programme national de soutien aux Maisons des adolescents au 9 septembre 2014 (http://www.sante.gouv.fr/maisons-des-adolescents.html)*

(3) *Décision n° 2014.0246/DC/SBPP du 10 décembre 2014 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la recommandation de bonne pratique «*Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité»*; http://www.has-sante.fr*

(4) Cf. *encadré en fin d'article.*

(5) *Dans un article publié en 2004 sous le titre «The Etiology and Treatment of Childhood» («Étiologie et traitement de l'enfance»), Jordan W. Smoller, professeur d'épidémiologie à la Harvard School of Public Health (University of Pennsylvania) avait développé cette description clinique – et parodique - de l'enfance en tant que pathologie, en insistant aussi sur la fréquence des petites tailles des sujets étudiés et sur leurs tendances à ne pas terminer leurs assiettes de légumes (http://www.toddlertime.com/dx/child/treatment-of-childhood.htm).*

(6) *Voir : «Comment agir au quotidien face à son enfant TDAH» (http://www.tdah-france.fr/-L-enfant-TDAH-au-quotidien-.html)*

«Une augmentation de 70% des ventes de boîtes de Ritaline® a été constatée en France en 5 ans...»

Depuis lors, un nombre croissant de médecins (les uns enthousiastes, les autres circonspects) et, avec voire avant eux, d'enseignants (souvent impatients) et de parents (parfois perplexes, mais dociles) ont réussi à conjuguer leurs efforts pour améliorer le dépistage du TDAH et l'accès au traitement médicamenteux.

Certes, selon l'HAS, «*il n'existe aucune mesure biologique, d'imagerie ou neuropsychologique objective pour le diagnostic du TDAH : celui-ci se fait donc uniquement par l'entretien clinique et l'identification des facteurs comportementaux posant problème. Au niveau international, deux nomenclatures de critères diagnostiques sont actuellement utilisées de façon courante: les critères DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA (*American Psychiatric Association)*) qui définissent le TDAH, et les critères de la CIM-10 (International Classification of Diseases, OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*) aboutissant au diagnostic de trouble hyperkinétique*»[7]. Il faut donc se réjouir de ce que ces catégories cliniques, d'apparition récente (1980, pour ce qui concerne le DSM), bénéficie à ce jour de taux de prévalence imprécis, mais encourageants (surtout pour les laboratoires) : en France, «*les dernières études utilisant le DSM produisent des taux de prévalence variant de 0,4% à 16,6% dans la population générale et le plus souvent compris entre 5% et 10%. Les études reposant sur la CIM-10 donnent, quant à elles, des résultats beaucoup plus bas, variant de 0,4 à 4,2% avec une moyenne de 2% environ. La variation apparaît de façon privilégiée lorsque l'on applique ces deux outils aux mêmes enfants : les taux varient d'un facteur voisin de 10*»[8].

Les valeurs obtenues dans d'autres pays européens se situent dans des fourchettes équivalentes. Et «*en 2007, la prévalence du TDAH aux États-Unis varie entre 7% et 10%, pour des échantillons d'enfants allant du primaire au secondaire (d'après des études réalisées au début des années 2000). Pour ces échantillons, 4,3% à 7% des enfants étaient ou avaient déjà été sous traitement pharmacologique (ce qui représente de 50% à 70% des enfants diagnostiqués positifs, selon les échantillons)*»[9].

On doit donc déplorer que, selon les données fournies en juillet 2013 par l'OICS (Organe international de contrôle des stupéfiants), le nombre moyen de doses journalières de méthylphénidate pour 1.000 habitants prescrites sur la période 2009-2011 stagnait en France à 0,28, alors qu'il atteignait déjà 2,18 en Belgique et en Espagne, 2,23 en Allemagne - encore si loin des 9,12 aux États-Unis et 11,7 au Canada !

Toutefois, la pente est bonne. D'après une étude[10] de Celtipharm (Portail d'information, de services et de e-commerce destiné aux pharmaciens d'officine, aux préparateurs en pharmacie et aux laboratoires pharmaceutiques) se fondant sur l'analyse des ventes dans plus de 3 000 pharmacies, «*une augmentation de 70% des ventes de boîtes de Ritaline® a été constatée en France en 5 ans (mars 2008 : 283.700 boîtes; mars 2013 : 476.900 boîtes)*[11]. *Le nombre de consommateurs a bondi de 114% en 5 ans chez les moins de 5 ans*».

La revue *Le Déchaîné*, éditée par **la Commission des citoyens pour les droits de l'enfant**, a consacré un numéro sur «*Drogués dès la naissance* ?» (n° 2) et un autre à la «*Les psychiatres prescrivent aux enfants une drogue similaire à la cocaïne !*» (n° 8)

On peut les retrouver sur son site http://www.ccdh.fr



Le recours systématique aux médicaments psychotropes pour résoudre toutes les difficultés de la vie, même les plus anodines, est un phénomène qui touche toutes les générations. On accoutume même les tout petits aux drogues psychiatriques. Comment arrêter cette déferlante ?

(7) *«Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité - Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Argumentaire scientifique» - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_argumentaire.pdf*

(8) Ibid.

(9) Ibid.

(10) *Étude citée par la Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme dans un courrier d'alerte de sa présidente, Mylène Eseudier, en date du 26 janvier 2015 (voy. encadré).*

(11) *171.300 boîtes en 2004, selon des sources similaires.*

Précisons enfin que le prix d'une boîte de Ritaline®, sous ses formes les plus prescrites, oscille entre 25 € et 40 € (20 € pour le Quasym® et 37 € pour le Concerta®), dont 65 % sont remboursés par la Sécurité sociale. On aura alors en main les données permettant apprécier tous les aspects des «*bénéfices*» attendus d'un meilleur accès de chacun des «*enfants TDAH*» qui le méritent au diagnostic salvateur et aux promesses d'une molécule dont un clone de Jacques Prévert, recruté par l'industrie pharmaceutique, pourrait de nouveau chanter les effets : «*il dit non avec la tête /, mais il dit oui avec le cœur (...) sur le tableau noir du malheur / il dessine le visage du bonheur*»(12).

Un bonheur chimique, en l'occurrence, et qu'il ne conviendrait d'administrer qu'après avoir fait pratiquer un électrocardiogramme pour être bien certain que «le cœur dit oui» : plusieurs études américaines, peu diffusées en France, ont en effet indiqué que la prise de méthylphénidate augmenterait le risque de mort subite par arrêt cardiaque chez les enfants et adolescents, ce que, entre de nombreuses autres données pharmacologiques et médicales, la HAS omet de préciser.

Dire «*non*» avec la tête

Mais à quoi bon faire obstacle à ce «*bonheur chimique*», dire «*non avec la tête*» si c'est pour «*noircir le tableau du malheur*» ? Cette question me fut souvent posée, sous une forme ou une autre, généralement culpabilisante (de la part des enseignants et des parents) ou condescendante (de la part de «*médecins TDAH*») dès que j'eus pris pour ma part une décision, ferme et absolue, et ceci dès 1999 : ne jamais proposer ni prescrire du méthylphénidate à quelque enfant que ce soit, sauf si ma stratégie consistait à renouveler, perclus de scrupules, une ordonnance initiée par un autre médecin, le temps de créer avec l'enfant et ses parents la relation de confiance qui leur permettra ensuite de se passer de cette molécule.

Après avoir contrefait un propos cynique en ce début d'article, j'en atteins donc ici les limites avec une certaine gravité. Et je souhaite maintenant rendre compte de l'expérience professionnelle qui fut la mienne, ces dernières années, pour tenter de faire face, pas seul heureusement, aux phénomènes que je viens d'évoquer. Puis pour aborder un certain nombre de considérations sur le contexte, les causes et les conséquences de la dangereuse médicalisation des difficultés éducatives et scolaires.

J'ai exercé la psychiatrie de service public de 1979 à 2014 dans le cadre du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, pour l'essentiel en milieux urbains et péri-urbains. Pendant cette période, j'ai demandé à être placé à différentes reprises en position de détachement pour assurer diverses fonctions de chargé de mission, pendant une durée cumulée de 15 ans, auprès de ministères, de départements et d'une grande ville, dans le champ de leurs politiques sanitaires, sociales, familiales, éducatives.

Dans le cadre de mes activités médicales (dont les dernières se déroulèrent, de 2009 à 2014, dans des zones hyperurbaines ou péri-urbaines de l'est du Val-d'Oise), et au-delà des fonctions de direction de services ou de structures, j'ai choisi de me consacrer quasi exclusivement à la pratique et au développement des consultations ambulatoires et pluridisciplinaires de proximité (Centres médico-psychologiques). Je l'ai fait toujours en coopération étroite avec les familles, bien entendu, mais aussi avec les différents acteurs, notamment scolaires, éducatifs et sociaux, de leur environnement. J'ai beaucoup appris des uns et des autres, et pour commencer des enfants et des jeunes eux-mêmes.

Avant de revenir sur la violence chimique faite aux «*enfants TDAH*», je voudrais évoquer une autre forme de violence, que l'on pourrait qualifier de symbolique, à laquelle j'ai été régulièrement confronté avec nombre de familles reçues en consultation. Elle concerne elle aussi, de façon proche et complémentaire de la première, la psychiatrisation abusive des réponses recherchées ou apportées aux problèmes scolaires, voire éducatifs, d'un nombre croissant d'enfants. Il s'agit de l'assignation par excès d'enfants au champ du handicap psychique ou mental au motif de leurs difficultés de comportements et/ou d'apprentissages scolaires.

Quels handicaps ?

Ma première prise de fonctions, en 1979, avait suivi de peu l'adoption de la loi du 30 juin 1975 «*d'orientation en faveur des personnes handicapées*» qui avait notamment créé, pour les enfants, les Commissions départementales de l'éducation spécialisée (CDES). Cette loi ne définissait pas la notion de handicap. Interrogée à ce sujet à l'Assemblée nationale, **Simone Veil**, ministre de la Santé, avait déclaré : «*Est handicapée toute personne concernée par cette loi*».

À cette époque, il me semblait que ce flou favorisait la tendance, à laquelle je cherchais déjà à résister, à orienter vers les classes spécialisées, relevant des compétences de la CDES et de ses déclinaisons locales, les enfants de milieux populaires et notamment de familles immigrées présentant différentes difficultés de comportements et/ou d'apprentissages scolaires.

En tant que pédopsychiatre, j'étais alors requis pour justifier médicalement ces orientations, même lorsqu'aucune pathologie n'était en cause, mais que s'avéraient surtout flagrantes l'inadaptation des pédagogies proposées aux besoins scolaires et sociaux de ces enfants, et les conséquences de cette inadaptation.

Simultanément, la loi avait créé peu de moyens institutionnels et pédagogiques pour favoriser la scolarité d'enfants réellement «*handicapés*», dans leurs apprentissages, par d'authentiques problèmes de santé mentale.

(12) *Extraits de «Le Cancre», tiré du recueil de Jacques Prévert,* Paroles, *Éditions Gallimard.*

Un nombre croissant de parents se voient enjoindre par l'école ou le collège de saisir la MDPH

Ma dernière reprise de fonctions, en 2009, a suivi de même l'adoption de la loi du 11 février 2005 «*pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*». J'avais alors apprécié que celle-ci définisse en ces termes son champ d'application : *«Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant».* Chaque mot est ici minutieusement choisi.

Au sein et avec les moyens - certes insuffisants et inégalement répartis - des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) créées par la loi, des «*Plans personnalisés de compensation*» (PPC) sont décidés, après avoir été élaborés au plus près du quotidien des personnes.

Pour les enfants susceptibles de mener leur scolarité soit dans des classes ordinaires soit dans les «*Classes d'inclusion scolaire*» (CLIS) des écoles, dans les «*Unités locales d'inclusion scolaire»* (ULIS) des collèges ou dans d'autres structures scolaires spécialisées, des «*Projets personnalisés de scolarisation*» (PPS) sont élaborés et validés comme - voire avec - les PPC[13].

Ils permettent de rapprocher, de coordonner et d'ajuster régulièrement les contributions des enseignants, des familles et des ressources soignantes et éducatives, publiques et privées, à l'engagement de véritables parcours scolaires et à la consolidation des acquisitions qu'ils permettent.

Les PPS peuvent prévoir l'affectation d'«*auxiliaires de vie scolaire*» (AVS)[14], en général à temps partiel, auprès de chacun des enfants concernés dans les classes ordinaires, la présence d'un AVS «*collectif*» par CLIS ou par ULIS étant acquise par principe.

Pour perfectibles et confrontés à de multiples et prévisibles difficultés qu'ils soient, ces dispositifs font d'ores et déjà la preuve de leur pertinence et, assez souvent, de leur efficacité pour nombre d'enfants et de jeunes, atteints d'un déficit fonctionnel avéré ou malades chroniques, qui, sinon, ne pourraient pas faire valoir leurs droits à une éducation scolaire effective.

Moins isolés et mieux soutenus dans leurs efforts, les enseignants (et leurs autres élèves) réalisent souvent d'admirables prouesses, qu'il conviendrait de valoriser à tous égards, tout en analysant leurs conditions de reproductibilité, mais aussi leurs limites.

Mais le problème est ailleurs. Il est grave, extensif et, prenant le relais des dérives antérieures, il vient à la fois pervertir l'esprit de la loi de 2005 et détourner les moyens qu'elle institue. Un nombre croissant de parents - désormais de tous milieux sociaux, mais la pression est plus facile à opérer sur les plus fragiles - se voient en effet enjoindre par l'école ou le collège de saisir la MDPH pour que celle-ci ait à connaître et à délibérer de la situation de leur enfant au motif du problème de comportement ou d'apprentissage qu'il pose à son environnement scolaire et que celui-ci échoue à résoudre.

Dès la première consultation (souvent exigée par l'établissement scolaire), ou après un délai de décence de quelques consultations exploratoires, ces parents me tendaient furtivement le certificat médical type destiné à la MDPH que leur avait remis d'une main le directeur de l'école ou le principal du collège, en leur confiant de l'autre le dossier administratif et social que ce certificat doit rejoindre.

Nos premiers échanges avaient beau avoir permis d'identifier et d'analyser, avec l'aide de l'enfant lui-même, et de commencer à résoudre les causes du problème signalé (des causes souvent intrafamiliales et donc intimes, mais parfois liées à d'évidents dysfonctionnements scolaires). Au passage, nous avions pu écarter l'existence de l'une ou l'autre des sources de handicap désignés par la loi.

Pour autant la douloureuse conviction de la plupart de ces parents était déjà acquise : sans certificat médical, il n'y aurait pas de dossier ouvert à la MDPH; et sans dossier à la MDPH, il n'y aurait pas de PPS et donc, surtout - car tel était l'enjeu habituel -, pas de promesse d'AVS; et, en l'absence d'AVS, l'échec voire exclusion scolaires devenaient inéluctables à plus ou moins court terme…

La pression scolaire

Quel cruel médecin devenais-je à leurs yeux si, dans ces conditions, je refusais de remplir le certificat posé sur mon bureau ! Si de fait, et malgré tout, je refusais bel et bien de le faire, ne serait-ce que pour des raisons déontologiques, il n'était pas rare que je reçoive un appel téléphonique plus ou moins comminatoire, culpabilisant ou, dans le meilleur des cas, désespéré, de la psychologue scolaire ou du directeur de l'école.

Je pouvais comprendre la tension occasionnée, dans certaines classes aux lourds effectifs, par la perte de 60 000 postes d'enseignants depuis 2007 - notamment au sein des Réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté (RASED) -, étrangement contemporaine de la création de 60 000 postes d'AVS.

Je pouvais comprendre que, face à une situation individuelle ou collective pédagogiquement complexe, des enseignants éprouvent le besoin d'être moins seuls dans leurs classes, un besoin d'ailleurs relativement nouveau, en dehors des classes pré-

(13) *Le Plan personnalisé de compensation (PPC) peut contenir des propositions concernant des prestations, des orientations en établissements ou services, des préconisations ou conseils pour répondre à des besoins très divers (aides, aménagement de logement, scolarisation, insertion professionnelle…).*

(14) *Le décret n° 2014-724 du 27 juin 2014 «relatif aux conditions de recrutement et d'emploi des accompagnant-e-s des élèves en situation de handicap» (AESH) a modifié l'intitulé et surtout partiellement consolidé le «*statut*» de ces professionnel-le-s.*

(15) *Agent territorial spécialisé des écoles maternelles.*

élémentaires dotées d'ATSEM[15] et, aujourd'hui, des quelques classes bénéficiant du récent dispositif dit «*plus de maîtres que de classes*» mis en place par le ministère de l'Education nationale dans le cadre de la loi de «*refondation*».

Je pouvais comprendre leur tentation de médicaliser, au moins par le choix de cette cascade de mots en «*y*» employés pour les décrire - dyspraxie, dyslexie, dysorthographie, dyscalculie, hyperactivité, etc. -, des difficultés scolaires qu'ils peinaient à déchiffrer et à résoudre et dont ils aspiraient à renvoyer la cause sinon la «*faute*» au corps, au cerveau ou à la famille de l'enfant pour la faire entrer au chausse-pied dans le champ du handicap.

Je comprenais moins que ces enseignants, et les parents qu'ils contraignaient à en accepter le principe, s'illusionnent sur les apports pédagogiques de ces AVS de bonne volonté, mais qui évoluaient dans un *no man's land* quasi absolu pour ce qui concernait leur recrutement, leur formation initiale et continue, leurs fonctions et leurs rôles, pour ne rien dire de leur absence de statut, de leur piètre rémunération et de leur absence de perspectives de carrière.

Les bulles relationnelles que ces AVS construisaient au sein des classes pouvaient être utiles à des enfants fragilisés par une infirmité, un déficit fonctionnel ou une maladie, mais elles étaient souvent vécues comme inadéquates, humiliantes et ségrégatives pour ceux qui ne relèvent pas de ces catégories.

Je n'ai jamais pu admettre, au total, de cautionner la violence symbolique faite aux enfants qui se voient abusivement assignés au champ du handicap sans que leurs parents ne puissent ni souvent n'osent tenter de résister à ce que je dois appeler ici une machination perverse. Je ne peux admettre non plus que ces détournements de sens - et les gaspillages de ressources humaines et institutionnelles qui s'ensuivent - s'avèrent doublement maltraitants : en s'appliquant indûment et dangereusement à des enfants qui n'en relèvent pas, ils en privent en effet d'autres, par exemple, des enfants autistes (mais pas seulement eux), qui doivent pouvoir en bénéficier dans le cadre d'authentiques PPS adaptés à leurs réalités et à leurs besoins.

Le médecin que j'étais ne supportait plus d'être placé - «*inclus*» - contre son gré entre les mâchoires d'une redoutable injonction paradoxale : si je rédigeais le certificat pour la MDPH et participais au PPS qui en résultait, j'entérinais l'individualisation et la médico-psychologisation injustes d'une difficulté scolaire systémique que l'institution scolaire échouait ou se refusait à gérer par ses propres moyens, mais, si je ne le faisais pas, l'enfant risquait de rester malgré tout considéré comme l'«*élève*» déficitaire, malade et donc «*handicapé*» qu'il n'était pourtant pas, et de subir à ses dépens - et ses parents avec lui - la prophétie auto-réalisatrice de son échec et/ou de son exclusion scolaires.

Je supportais moins encore d'avoir entendu, avant la fatale prise de décision, quelle qu'elle soit, et d'entendre encore, ensuite, les enfants concernés me décrire finement et lucidement le mécanisme dont ils étaient devenus les victimes et, trop souvent, de ne rien pouvoir faire de cette parole. Eux et moi allions longtemps nous sentir disqualifiés, chacun à sa façon, par un processus que nous étions devenus incapables de maîtriser. Et les consultations qui nous avaient pourtant permis, dans un premier temps et avec l'aide de leurs parents, de faire émerger leurs vérités et leurs positions de sujets risquaient fort d'être désinvesties en retour de tout espoir d'accompagner de véritables processus de changement.

Hyperactif ?

Comment ne pas faire le parallèle avec les comportements et les propos de ces autres enfants qui semblent, quant à eux, avoir troublé la journaliste, pourtant mesurée dans son approche, auteure d'un dossier sur l'hyperactivité des enfants dans un hebdomadaire de la presse généraliste[16] ? Citons-la : «*Le médecin vient de prescrire la Ritaline à Charlie (14 ans). Déconcertant, tout de même, de voir un enfant vif et intelligent* ***pleurer de soulagement***[17] *à l'idée de prendre un traitement qui va modifier son comportement. Un autre patient entre. Michael, 9 ans, sous Ritaline depuis une semaine. Trente milligrammes par jour, que sa mère met dans la brioche du matin. Son écriture est enfin lisible. Sa maîtresse est «*contente*», dit-il.* «Mon corps commence à s'habituer, mais mon cœur bat plus vite. Ça reste jusqu'à la récréation. Souvent c'est désagréable, ça me fait poser trop de questions». *Sa mère observe que* «le médicament le rend un peu triste et terne. On lui trouve un comportement de préretraité. Le soir, on sent que les vannes lâchent, c'est comme s'il se réveillait. Il redevient lui-même». *Valérian, lui, nous dit qu'à l'école* «les journées passent plus vite» *grâce au médicament.*»

Encore la journaliste n'a-t-elle pas vu ou su que c'est dès l'âge de 3 ou 4 ans, autrement dit dès le début de la scolarisation, que certains enfants se voient prescrire du méthylphénidate, malgré les recommandations officielles qui la contrindiquent avant l'âge de 6 ans.

Pour ma part, c'est en 1999, de retour de 7 ans de détachement sur des fonctions non médicales, que j'ai pu percevoir les premières vagues de recours extensif au méthylphénidate (et les filières hospitalo-universitaires de prescription qui se constituaient à cet effet) chez des enfants sur lesquels le diagnostic concomitant de TDAH était quasi systématiquement porté, pour l'essentiel sur la base de leurs comportements scolaires, et parfois familiaux.

À l'observation, dans mon bureau, et à la lumière des entretiens avec eux-mêmes et avec leurs parents, les pro-

(16) *Anne Crignon, «Mon enfant est-il (vraiment) hyperactif ?», L'Obs, n° 2623, 2 février 2015, pp. 64-70*

(17) *C'est moi qui souligne cette formule qui reflète assez bien la douloureuse ambivalence occasionnée par ce type de prescription.*

fils psychologiques de même que les histoires et les contextes de vie de ces enfants ne me semblaient pourtant pas justifier des réponses diagnostiques, et moins encore médicamenteuses, aussi stéréotypées.

J'y décelais plus classiquement, dans la plupart des cas, des situations diversifiées et caractérisées par le fait que soit l'anxiété soit l'humeur dépressive de l'enfant et/ou celles de ses parents, soit l'ensemble de ces facteurs, suscitaient une excitation psychomotrice, réactionnelle ou défensive (au sens psychanalytique du terme), que l'exposition aux contraintes scolaires rendait socialement plus visible ou moins tolérée.

Il s'agissait dans d'autres cas d'enfants curieux, vifs, toniques, parfois surinvestis par leurs parents, et en tout cas exigeants et dont les modalités d'apprentissages entraient en conflit avec celles que leur proposaient leurs enseignants et le groupe classe.

Autant de situations relevant : d'une part, d'ajustements pédagogiques concertés, notamment avec les parents, au sein et autour du milieu scolaire; d'autre part, le cas échéant, de consultations thérapeutiques proposées aux enfants et aux parents et dont l'efficacité se manifestait en quelques semaines ou quelques mois sans recourir à des médicaments.

Il s'agissait parfois, aussi, d'enfants présentant des pathologies psychiques ou des troubles du développement complexes, dont l'agitation et les difficultés de concentration n'étaient que des signes parmi d'autres, mais qui étaient accessibles à des thérapeutiques (psychothérapies, psychomotricité, orthophonie, accompagnement parental) intensives et intégrées.

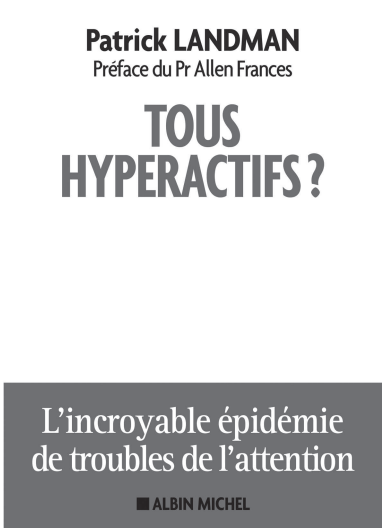
Par ailleurs, ayant eu l'occasion, quelques années auparavant, de coordonner un colloque et un ouvrage collectif sur le thème «*L'enfant, sa famille et les médicaments*»[18], j'étais devenu particulièrement attentif et vigilant à la question du bon usage des médicaments, psychotropes ou non, chez les enfants et les jeunes, un domaine quasiment jamais abordé pendant les études médicales.

J'avais eu l'occasion, dans ce cadre, de lire et de collaborer avec *La Revue Prescrire*, seule publication professionnelle sur les médicaments totalement indépendante de l'industrie pharmaceutique. Or celle-ci, dès 1997, avait analysé 33 études internationales et conclu : «*Il ne s'agit là que d'un traitement symptomatique et non curatif. (…) Les effets indésirables confirmés et potentiels de ce traitement sont nombreux, et les effets à long terme du* méthylphénidate *sont mal connus. (Il) doit être réservé à un petit nombre d'enfants au comportement très perturbé (…) résistant à un traitement non médicamenteux. Même dans ces conditions, la durée de traitement doit être la plus courte possible*»[19].

Dès 1999, et par la suite, il me fut pourtant donné de rencontrer des enfants à qui cette molécule était prescrite et administrée depuis plusieurs années. Lorsque je repris mes activités médicales, après 8 nouvelles années d'interruption pour cause de détachement auprès d'une grande ville, *La Revue Prescrire* venait de réitérer ses mises en garde : «*Le méthylphénidate est un médicament de la famille des amphétamines, dont il partage les effets indésirables, parfois graves (cardiovasculaires, psychiatriques et cérébrovasculaires), voire mortels. De plus, il entraîne des retards de croissance jusqu'à 1,5 cm par an. (…) La vigilance est de mise devant le risque de dérapage de prescription de méthylphénidate chez des enfants seulement turbulents*».

Ce qui me confirma dans ma décision, prise dix ans plus tôt, de ne jamais faire courir à un enfant le risque de lui en prescrire. Et de ne jamais recevoir les «*visiteurs médicaux*» employés par les laboratoires qui la commercialisent pour me convaincre du contraire.

Tous hyperactifs ?



Pour l'auteur, Patrick Landman, psychiatre, psychanalyste et juriste, «*Il faut distinguer deux choses. Les constructions médico-sociales à large échelle et la souffrance des individus. Si je compare le TDAH à la stigmatisation de l'homosexualité ou à la frénésie de diagnostics d'hystérie à la fin du XIX^e^ siècle, c'est pour montrer que chaque époque a sa maladie à la mode. Dans mon essai, j'évoque aussi la dépression, qui a flambé dans les années 1980 quand le* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III *(DSM III), la bible mondiale des prescriptions, a médicalisé des affects et des comportements comme la tristesse, la baisse de l'estime de soi ou la dépendance au lien d'attachement, alors que ce sont des réactions habituelles à la suite de ruptures ou d'échecs, et qu'elles sont spontanément réversibles. Les faux dépressifs ont reçu des traitements parfois très longs, et on en est arrivé à qualifier la dépression de «la maladie du siècle».*

Selon moi, le TDAH suit exactement le même processus, avec les généreuses retombées économiques que l'on sait pour les industries pharmaceutiques…»

Éd. Albin Michel, février 2015, 232 pages, 17 €

(18) *Frédéric JÉSU (dir.),* L'enfant, sa famille et les médicaments, *Institut de l'enfance et de la famille (IDEF), 1994.*
(19) *«Méthylphénidate»,* La Revue Prescrire, *juin 1997, tome 17, n° 174, pp. 391-396.*

Malheur donc aux enfants qui, au risque du déni de leur droit à l'enfance, s'aventurent à trop bouger ou à mal apprendre

Quel diagnostic ?

En tout état de cause, il était et il reste notable que la catégorie clinique du TDAH ne correspond à aucune structure particulière de la personnalité ni à aucune pathologie spécifique du développement de l'enfant (ni, on l'a dit, et comme la HAS le reconnaît elle-même, à aucune caractéristique biologique neurologique objectivable).

Chez l'adulte, et notamment au sein des entreprises en quête fiévreuse de productivité et de compétitivité, l'hyperactivité est attendue voire exigée, des salariés, et très positivement connotée. Chez les «*élèves*», en revanche, elle est le nouveau nom, d'allure médicale, par lequel on décrit, en leur conférant la dimension d'un symptôme, les façons d'être en classe d'enfants autrement et autrefois désignés de «turbulents» ou, plus récemment, de «*perturbateurs*».

En réalité et en pratique, pour paraphraser **Simone Veil** à propos du «*handicap*», on pourrait affirmer qu'«*est atteint de TDAH tout enfant susceptible de se voir prescrire du méthylphénidate*». Ou encore, comme le relève **Philippe Pignare**, fin connaisseur de l'industrie du médicament et de ses liens avec l'histoire de la clinique : «*c'est seulement l'existence de la Ritaline qui a rendu possible le diagnostic de déficit de l'attention*»[20].

Malheur donc aux enfants qui, au risque du déni de leur droit à l'enfance, s'aventurent à trop bouger ou à mal apprendre dans un monde tenté de recourir à une chimie aveugle et brutale pour évacuer les causes et reformater le sens de leurs nécessaires tâtonnements ! On voit bien cependant, compte tenu des tensions qui traversent aujourd'hui les univers scolaires et des injonctions politiques qui pèsent sur l'éducation familiale, que le marché potentiel, et déjà largement institué, de cette chimie-là est assez considérable.

Une stratégie commerciale

De fait, les stratégies commerciales des laboratoires qui produisent les différentes présentations du méthylphénidate sont particulièrement agressives : publication dans la presse grand public d'articles plus souvent admiratifs et favorables que critiques et incitant parents et enseignants à la prudence, multiplication des colloques pseudo-scientifiques (avec buffets, gadgets, frais de déplacement et d'hébergement offerts aux médecins) visant à accroître le champ des indications, minoration, voire occultation, des nombreux et importants effets secondaires, *black out* organisé sur les effets à long terme, cofinancement des recherches de services hospitalo-universitaires ayant constitué à cet effet de véritables filières de recrutement d'enfants et de prescriptions intensives (décidées sans liens avec les équipes de soin de proximité connaissant ces enfants), etc.

Autant de manœuvres qui ne peuvent faire oublier, bien au contraire, à quel point la violence ici faite aux enfants est ouvertement chimique - et plus seulement symbolique, même si elle l'est aussi - en même temps qu'institutionnelle.

La «*prescription*» pressante de cette prescription-là provient souvent d'enseignants - beaucoup plus rarement d'animateurs des temps dits «*périscolaires*» ou «*extrascolaires*» - qui ont entendu parler ou déjà eu à observer les effets rapides de la «*pilule de la sagesse*»; car, ne l'oublions pas, et les enfants sont les premiers à en faire état, ces effets sont indéniables, même s'ils sont plus qu'ambigus.

Certains médecins scolaires n'hésitent pas, en court-circuitant médecins de famille et pédopsychiatres de terrain engagés dans des approches respectueuses du vécu et du temps de l'enfant, à orienter autoritairement des parents vers des services hospitaliers réputés pour leurs tendances à dépister des TDAH en toutes circonstances et pour leur frénésie à prescrire intempestivement des «traitements» à base de méthylphénidate[21].

Seuls des médecins ayant un statut (national) de praticien hospitalier peuvent en effet réaliser la première prescription de ce «*médicament*» classé au tableau B (celui des stupéfiants); l'ordonnance peut ensuite être renouvelée pendant un an par tout médecin, par exemple, le médecin de famille, qui s'exécute toujours (comme la HAS vient de nouveau de l'y encourager).

Il se trouve que j'étais moi aussi praticien hospitalier, mais que j'étais réputé dans mon secteur d'activité pour ne pas prescrire de méthylphénidate, ce pourquoi je fus malheureusement bien placé pour observer les contournements dont mon option, explicite et explicitée, faisait parfois l'objet.

Alors même que les approches psychothérapiques et pluridisciplinaires (en particulier dans le champ de la psychomotricité, de la relaxation, etc.) que j'avais pu proposer et mettre en place commençaient à produire leurs effets chez tel ou tel enfant désigné comme «*hyperactif*» ou «*TDAH*», il était ainsi de moins en moins rare que ses parents viennent me tendre, gênés et piteux, l'ordonnance établie à mon insu par un autre praticien hospitalier et me demander de bien vouloir la renouveler. Ils m'exposaient alors à un dilemme déontologique et éthique similaire à celui que j'ai décrit à propos du certificat pour la MDPH…

Des effets secondaires

Déjà, cependant, le regard éteint de leur enfant, son amaigrissement, l'apparition de troubles de l'endormissement, d'une montée anxio-dépressive diffuse ou, au bout de quelques mois, d'un fléchissement de sa croissance staturo-pondérale - tous «*effets secondaires*»

(20) *Philippe Pignarre, Ritaline, «Concerta ... la vogue dangereuse des «*pilules de l'obéissance*»», in Gérard Neyrand (dir.),* Faut-il avoir peur de nos enfants ? Politiques sécuritaires et enfance, *Paris, La Découverte, 2006.*

(21) *En Île-de-France, par exemple, les services de pédopsychiatrie et de neuropédiatrie de l'hôpital Robert Debré sont actuellement des têtes de pont notoires de ces filières.*

bien connus, mais bien peu pris en compte par les prescripteurs et par les prescripteurs de prescription - avaient commencé à m'alerter.

Mais que pouvais-je dire tant que ni l'enfant ni ses parents, par crainte peut-être de me décevoir ou d'être rejetés des autres soins entrepris avec moi ou sur mes conseils, ne m'avaient encore rien dit ?

Tout aussi significatif était enfin le malaise - ou le triomphe ! - de l'enseignant : le plus souvent informé avant moi de la prescription par des parents anxieux de voir leur docilité reconnue et récompensée, il pouvait se persuader que l'apaisement de l'enfant ne pouvait être dû qu'à la molécule, et non pas à la psychothérapie ou aux autres soins engagés bien avant son introduction furtive. Et s'épargner au passage toute remise en question ou recherche qu'aurait pourtant pu justifier, si l'institution scolaire l'y avait vraiment encouragé, l'option d'une pédagogie personnalisée et adaptée tant aux caractéristiques qu'aux besoins de cet enfant si vif, et désormais si pâle.

La preuve de ce que prescripteurs, parents et enseignants sont bien conscients de la violence chimique ainsi infligée à l'«*enfant TDAH*» et de ce que seuls les effets sur les comportements scolaires, et non pas le mieux être global, sont recherchés de la sorte s'incarne d'ailleurs assez hideusement dans le fait que, bien souvent, l'ordonnance initiale prévoit des «*fenêtres thérapeutiques*» - c'est-à-dire la suspension de la prise du «*médicament*» - les week-ends et pendant les vacances scolaires.

Comme l'avait remarqué la journaliste ci-dessus citée, l'aspect le plus pathétique de telles séquences se manifeste à travers le fait que nombre d'enfants se plaignent, au début du «*traitement*», de la pénibilité des effets secondaires initiaux et du mal-être que provoquent en eux les effets psychotropes, puissants et indubitables, de la substance qu'ils doivent incorporer (y compris à midi, à l'école); qu'ils cherchent encore des mots pour décrire l'indicible *(«ça fait bizarre dans la gorge», «ça me fait oublier», «ça m'oblige», «les copains en profitent pour me traiter»*); et puis qu'ils se soumettent et se résignent. Parfois même, ils sont les premiers à refuser qu'on essaye de baisser la dose ou d'arrêter le «*traitement*».

Quelques-uns, pourtant, réussirent à me confier, dans le secret de la consultation en tête à tête, qu'ils souhaitaient en finir avec cette nauséeuse contention chimique, comme d'autres osèrent me dire que l'assistance obligatoirement prodiguée par «*leur*» AVS, sous le regard narquois et distancié de leurs camarades, leur semblait aussi inutile que dégradante.

Mais je voyais dans leurs yeux et j'entendais dans le ton de leur voix qu'ils ne faisaient plus vraiment confiance à l'adulte que j'étais et qui, malgré l'écoute empathique et le soutien bienveillant qu'il leur avait promis puis prodigué, n'avait pas su les prémunir du statut auquel ils étaient maintenant réduits. Un statut qui, au prétexte de compenser leur prétendu «*handicap*» ou de déminer leur dite «*hyperactivité*», ne parvenait finalement qu'à les tenir en laisse.

Il ne saurait être question, pour autant, d'adopter ici des postures - idéologiques, éthiques, éducatives, médicales, etc. - de déni à l'égard des réalités vécues ou manifestées par les enfants et leurs proches.

Une médicalisation «*faiblement psychologisée*»

Un premier fait s'impose à l'observation : il y a, il y a toujours eu et il y aura sans doute toujours, des enfants qui bougent beaucoup, qui se concentrent difficilement, qui tendent à privilégier le «*faire*» sur le «*penser*» ou sur le «*dire*».

Tous les enfants fonctionnent ainsi à un moment ou un autre de leur développement, ou dans certaines situations qui les insécurisent : certains le font plus tôt ou plus tard, plus longtemps ou plus systématiquement que les autres, et ils peuvent mettre à l'épreuve l'organisation et la tolérance des collectifs, notamment éducatifs (famille, classe, centre de loisirs, etc.), dont ils sont parties prenantes.

Un second fait est que le méthylphénidate est un équivalent amphétaminique (plutôt que cette *kiddie coke* par laquelle on la désigne aux États-Unis) qui agit réellement sur tout ou partie de ces comportements, et qui les corrige ou les efface en accroissant les performances requises par l'univers scolaire.

Les effets psychotropes sont d'ailleurs bien connus de nombre d'étudiants américains qui en détournent l'usage pour réviser examens et concours, le point central, voire paradoxal, étant ici que la psycho-stimulation artificielle recycle ou se substitue à l'excitation pulsionnelle liée au corps et aux affects primaires. On sait aussi tout ce que *L'être et le néant*, de Jean-Paul Sartre, ou *Sur la route,* de Jack Kérouac, doivent aux amphétamines (sous forme de corydrane ou de benzédrine) consommées par leurs auteurs pendant leur rédaction …

Le problème vient surtout de ce que des parents, des enseignants, d'autres éducateurs encore, mais aussi une partie du corps médical et désormais la Haute Autorité de Santé, prenant acte de l'efficacité initiale du méthylphénidate sur ces comportements qui déstabilisent (de longue date) les relations éducatives, ont accepté de laisser le «*médicament*» créer le diagnostic, en l'occurrence celui de «*trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*» (TDAH).

La légitimation de cette néocatégorie clinique, qui ne fait que décrire et regrouper sous un seul acronyme une série d'observations très classiques, s'effectue désormais sans réelle mise en perspective avec les contextes sociologiques, institutionnels et même individuels d'apparition des problèmes de mal-être (infantile, familial ou scolaire) dont elle prétend rendre compte. En proposant aux questions liées à ces problèmes une réponse thérapeutique prétendument globale, mais en réalité centrée sur la prise d'un psychotrope clairement désigné, elle donne à penser que c'est

La règle théorique d'une prescription ne devant pas excéder un an est rarement respectée

dans cette seule réponse chimique que réside le sens unique de toutes les questions posées. Des questions qu'il est dès lors inutile d'approfondir, puisque le produit semble venir pallier le «*trouble déficit*».

L'officialisation des TDAH a contribué au total à créer un fourre-tout vaguement médico-éducatif où les causes se confondent avec les effets, mais aussi à encourager de la sorte une épidémiologie galopante dont la signification est venue bousculer d'emblée la rationalité des observateurs et surtout des acteurs impliqués. Mais pas celle des pilotes de l'industrie pharmaceutique : dix ans après l'invention du TDAH en Amérique du Nord, on vit les prescriptions de méthylphénidate multipliées par 2,5 aux États-Unis - et par 5 au Canada - entre 1990 et 1995[22] !

En ces domaines, comme en ceux résultant des recours abusifs aux catégories du handicap, ce n'est plus à une «classique», mais complexe médicalisation ou psychologisation des difficultés sociales - celles que peuvent présenter des enfants du fait des cadres et des conditions de vie de leurs familles - que l'on assiste, mais à médicalisation simple, quoique brutale, et faiblement «*psychologisée*», des difficultés éducatives d'enfants de tous milieux sociaux ou presque, en particulier lorsque celles-ci se manifestent à travers les comportements et les apprentissages scolaires.

Ces difficultés sont aussi celles qu'éprouve en retour l'institution scolaire à les comprendre, les gérer, y répondre individuellement et collectivement, ce pourquoi elle demande bientôt aux parents, voire exige d'eux, de souscrire et de participer, activement ou à leur corps défendant, à un processus de mieux en mieux rôdé d'externalisation et de médicalisation tant de l'analyse que de la réponse apportée aux problèmes éducatifs en question, soit, selon les cas : constituer dans des délais serrés un dossier pour la MDPH, demander des journées de congés pour se rendre aux convocations pour les réunions de PPS à l'école; ou consulter un médecin autorisé et enclin à rédiger une première ordonnance de méthylphénidate (et faire réaliser un bilan cardiologique préalable, si ce médecin y pense…), acheter et administrer le produit et en organiser l'observance à l'heure du repas de midi s'il est pris au restaurant scolaire, etc.

Chacun voudrait ignorer ou oublier que, répétons-le encore, on ne connaît aucun substrat biologique ou neurologique aux TDAH[23], et que cela laisse présumer que les phénomènes qu'ils prétendent décrire relèvent donc de mécanismes relationnels, c'est-à-dire familiaux, sociaux ou pédagogiques, comme le confirme en général l'écoute attentive et contextualisée des enfants, des familles et parfois des enseignants eux-mêmes.

On peut certes faire en sorte de ne pas entendre, ou de n'entendre que furtivement, à quel point les enfants désignés comme «*enfants TDAH*» sont les premiers à souffrir de leurs difficultés d'ajustement pulsionnel, émotionnel, intellectuel, relationnel en milieu scolaire, à se plaindre de s'y ennuyer et de ne pas y avoir d'amis, à se heurter sans cesse aux barrières de règlements dont, combinant pertinence et impertinence, ils interrogent souvent la cohérence et le sens, jusqu'à la punition en guise de réponse.

Mais peu importent au fond, à ce stade où enseignants et parents envisagent de passer à l'acte, le message et le vécu de l'enfant. Du paradigme médical sont attendus : d'une part, la fascination et le soulagement inhérents à l'efficacité apparente de la réponse immédiate (aménagement de la scolarité par l'affectation d'un-e AVS, réduction des symptômes comportementaux sous l'effet de la chimie); d'autre part, la possibilité d'échapper de la sorte à la recherche des mécanismes et des enjeux relationnels de fond, d'économiser le temps long des entretiens familiaux pour les parents, des expérimentations pédagogiques pour les enseignants, des éventuelles séances de psychothérapie ou de psychomotricité pour les enfants et leurs accompagnateurs.

On privilégie autrement dit la réponse impulsive à déclencher, l'hyperactivité adulte pour l'aménager et le déficit d'attention accordé à l'enfant, bref on fonctionne à son tour en mode TDAH et réagit en miroir et «en temps réel» aux problèmes que l'enfant manifeste en actes visibles à défaut de réussir à les formuler avec des mots audibles.

Peu importent donc, aussi, les retards de croissance durables, et souvent irréversibles, induits par des prises prolongées de méthylphénidate (la règle théorique d'une prescription ne devant pas excéder un an est rarement respectée, tant chacun - et l'enfant lui-même - s'accroche au produit). Et peu importe la faible connaissance, entretenue par l'industrie pharmaceutique, dont médecins, parents et enseignants disposent sur les effets à long terme de cette molécule (des toxicomanies aux âges adolescents et adultes ont été observées après des consommations très précoces d'autres psychotropes). La voici prescrite et, non sans un indicible malaise, chacun s'en dit satisfait. De toutes façons, d'autres enjeux sont activés, mais ils relèvent d'un tout autre registre.

La responsabilité des professionnels de santé

Pour diverses raisons techniques et réglementaires trop longues à évoquer ici, l'industrie pharmaceutique mondialisée peinait, ces vingt dernières années, à pénétrer le marché français des psychotropes pour enfants et adolescents.

Elle avait pourtant réussi à s'imposer, dès les années 1980, par exemple, sur celui des compléments alimentaires (vitamines, fer, oligo-éléments, etc.), non pas parce qu'un besoin médical particulier s'en faisait sentir, bien au contraire d'ailleurs, mais parce que,

(22) Cf. *Philippe* Pignare, op. cit.

(23) Cf. *François* Gonon, *neurobiologiste, directeur de recherche au CNRS à Bordeaux «Les dérives du discours du neurosciences et ses conséquences sociales : l'exemple de l'hyperactivité TDAH», vidéo, https://vimeo.com/32409084.*

Le Comité des droits de l'enfant des Nations unies

Dans ses observations du 26 février 2015 à la Suisse, le Comité s'est dit «*préoccupé par le nombre excessif d'enfants diagnostiqués comme souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou d'un trouble déficitaire de l'attention (TDA) et par l'augmentation de la prescription de psychostimulants qui en résulte, en particulier le méthylphénidate, bien qu'il apparaisse de plus en plus clairement que ces médicaments ont des effets néfastes, et par les informations indiquant que des enfants sont menacés d'être renvoyés de l'école si leurs parents n'acceptent pas qu'ils soient traités avec des psychostimulants*».

Le Comité recommande à l'État partie:

a) D'effectuer des recherches sur des approches non médicamenteuses du diagnostic et du traitement du TDAH et du TDA;

b) De veiller à ce que les autorités de santé concernées déterminent les causes profondes du manque d'attention en classe et améliorent le diagnostic des problèmes de santé mentale chez les enfants;

c) De renforcer le soutien apporté aux familles, y compris l'accès à des services de conseil psychosocial et à un appui psychologique, et de veiller à ce que les enfants, les parents et les enseignants et autres professionnels travaillant avec et pour les enfants reçoivent une information suffisante sur le TDAH et le TDA; CRC/C/CHE/CO/2-4

d) De prendre les mesures nécessaires pour éviter que des pressions soient exercées sur les enfants et les parents pour qu'ils acceptent un traitement par psychostimulants».

(Observations finales concernant les deuxième à quatrième rapports périodiques de la Suisse, CRC/C/CHE/CO/2-4)

Dans sa réponse aux questions, **le gouvernement de la Confédération** avait notamment déclaré : «*L'environnement sociétal amène plus facilement les parents à la décision de consulter en cas de soupçon de TDAH et de traiter la maladie par méthylphénidate. Cette évolution est essentiellement due à la société de performance dans laquelle nous vivons. Dans ce contexte, un diagnostic de TDAH et un traitement par méthylphénidate apparaît certainement toujours plus souvent comme un moyen d'éviter l'échec scolaire des enfants et des adolescents et de leur offrir les meilleures chances pour leur avenir.* (...) *Tenant compte de ce contexte, l'OFSP propose au gouvernement qu'il n'est pour le moment pas nécessaire de développer des mesures spécifiques pour diminuer la prescription de médicaments à base de méthylphénidate, mais qu'il faut par contre suivre avec attention l'évolution de la situation*. (...)».

(Liste de points concernant les deuxième à quatrième rapports périodiques de la Suisse, 14/11/2014, CRC/C/CHE/Q/2-4/Add.1).

en s'adressant directement aux parents et même aux enfants par des techniques audacieuses de *marketing* déjà centrées sur les préoccupations scolaires des uns et des autres et sur les atouts du dopage précoce des écoliers («*les vitamines de la réussite*»), elle avait su d'autant mieux les convaincre de la nécessité d'acheter ces produits généralement inutiles qu'ils étaient et restent accessibles sans ordonnance.

Or, s'agissant des psychotropes pour enfants et adolescents, le principal inconvénient reposait sur la prévalence de la culture psychanalytique ou des références à la psychothérapie institutionnelle des pédopsychiatres (et des psychologues)… de ma génération, habituellement réticents à prescrire ces produits à la pertinence, l'efficacité et l'innocuité incertaines.

À défaut de pouvoir les contourner, et en attendant leur vieillissement et leur départ en retraite, comment leur forcer la main, celle qui rédige les ordonnance, et former celle de leurs successeurs ?

L'aggravation présumée - et dument médiatisée - tant des problèmes relationnels intrafamiliaux que des climats scolaires et le discours politique prévalent sur «*la crise de la famille*», «*la crise de l'école*», «*la crise de l'autorité éducative*», etc. furent alors habilement combinés à la bonne maîtrise des techniques de promotion du méthylphénidate (mais aussi de puissants neuroleptiques tels que la risperidone, commercialisée en France sous le nom de Risperdal®) en direction des enfants et des adolescents, et ceci notamment auprès des nouvelles générations de médecins et au moyen de la création de nouvelles catégories diagnostiques qui, on l'a vu, en légitimaient la prescription.

Comme pour les suppléments alimentaires, en outre, il devenait également possible de convaincre directement les parents, les enseignants et autres éducateurs d'obtenir de ces nouveaux médecins, moins compliqués et plus pressés - et parfois des plus anciens, soucieux de se montrer «*modernes*» - qu'ils prescrivent sans barguigner aux «*enfants TDAH*» et autres enfants pas sages, voire violents, les médicaments qui leur éviteraient de devenir plus tard délinquants ou chômeurs.

Quelques célèbres «*expertises collectives*» de l'INSERM et autres rapports parlementaires sur le nécessaire dépistage précoce des troubles des conduites et du comportement des enfants de tous âges, et notamment des plus jeunes, contribuèrent à créer, dans les années 2000, un climat politico-scientifique particulièrement favorable à de telles stratégies.

En publiant, le 12 février 2015, sa «*recommandation de bonne pratique*» sur les TDAH du 10 décembre 2014[24], la Haute Autorité de Santé n'a hélas rien fait d'autre que de boucler la boucle, qui plus est en ciblant les médecins généralistes, présumés en mal de reconnaissance et de clientèle fidèle.

(24) Voy. encadré en fin d'article.

Nulle caution scientifique, ou présentée comme telle, ne saurait cependant totalement dédouaner de leurs responsabilités les professionnels - de la santé, du médicament, de l'enfance, de la famille, de l'éducation - qui participent depuis une vingtaine d'années, en France, à la montée en charge du recours aveugle tant au diagnostic extensif de TDAH qu'à la prescription peu sécurisée de méthylphénidate à l'encontre des enfants qui en sont devenus, de plus en plus nombreux, les cibles médicales et commerciales.

En l'espèce, l'indépendance déontologique de ces différents professionnels est devenue de plus en plus illusoire, tant s'avère flagrante leur perte de contrôle sur les forces qui s'exercent de part et d'autre de la formulation du diagnostic et de la prescription du «*médicament*», et même de l'ordre dans lequel s'effectuent ces deux opérations, tant l'accès à la molécule semble souvent déterminer l'appréciation «*clinique*» qui le justifie.

Il importe plus précisément d'alerter les médecins qui acceptent de se rendre complices de ce dispositif TDAH/ méthylphénidate : le surcroît d'efficacité et de visibilité, le pouvoir unilatéral d'intervention et, pour certains d'entre eux, l'espoir de décrocher des crédits de recherche, bref le douteux prestige qu'ils en escomptent auprès des parents, des enseignants et des décideurs publics et privés ne sauraient compenser le prix que paient - dans leur corps, leur psychisme, leurs relations et peut-être leur avenir - des enfants rarement en mesure de se protéger des violences symboliques et chimiques qui leur sont ainsi infligées, sauf à aggraver, s'ils viennent malgré tout à s'y opposer, leurs réputations d'enfants instables ou caractériels.

Il faut rappeler aussi que l'approche strictement symptomatique et comportementale des manifestations de ces enfants, et plus ou moins systématiquement médicamenteuse des réponses qui leur sont apportées, tend en outre à les déconnecter des contextes sociaux, familiaux, éducatifs, scolaires et institutionnels de leur apparition, à réduire et obscurcir la compréhension des situations et des relations en cause, bref à masquer voire à étouffer, l'expression des enfants en interdisant l'accès au sens de ce qu'ils expriment et à la nature de ce qu'ils ressentent.

Quant aux décideurs politiques et institutionnels, tout se passe pour eux comme s'ils se voyaient soulagés par la «*science*» et la médecine de la responsabilité de devoir se confronter efficacement à des problèmes collectifs complexes qui interrogent notamment l'inadéquation des politiques familiales, scolaires et éducatives et des grandes orientations pédagogiques en cours aux réalités contemporaines d'un nombre croissant d'enfants et de jeunes. C'est en acceptant bien trop facilement de s'en laver les mains qu'ils laissent dès lors s'opérer des processus d'individualisation et de médicalisation dont l'ampleur, pilotée par l'industrie pharmaceutique, devrait pourtant les préoccuper, ne serait-ce qu'au nom de la prévention et de la lutte contre les mauvais… traitements.

Précisions ministérielles

À la question de plusieurs députés, la ministre de la Santé et des Affaires sociales répondait en juillet 2014 :

En relais des demandes portées auprès de la Haute autorité de santé (HAS) par les associations de parents usagers, celle-ci a été saisie pour l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité (TDAH). En effet, la première étape pour améliorer le repérage et la précocité du diagnostic est de fournir aux professionnels et usagers une version actualisée et consensuelle des connaissances et recommandations de bonne pratique. La publication de ces recommandations, associée à un ensemble de mesures de communication prévues par la HAS et ses partenaires sur le sujet, devrait permettre une compréhension commune des connaissances et pratiques validées en matière de repérage, diagnostic et prise en charge du trouble déficitaire de l'attention hyperactivité (TDAH).

La lettre de cadrage qui préside à l'élaboration de ces recommandations «*conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent ayant un déficit de l'attention et/ou un problème d'agitation*», consultable sur le site de la HAS, recense des premiers éléments de connaissance disponibles en 2012. Ces éléments rappellent la nécessité d'une approche nuancée devant un syndrome, dont les causes sont multifactorielles et dont le diagnostic ne peut être posé de manière instantanée.

En effet, selon la HAS, le TDAH est un trouble, un syndrome et non une maladie. Il se caractérise par l'existence d'un trouble de l'attention, qui est le symptôme majeur, plus ou moins associé à une hyperactivité et à une impulsivité. À cette triade est associé un ensemble de comorbidités, qui affectent le développement de la vie cognitive, du langage, de la vie émotionnelle et affective des patients. L'apparition au cours de l'enfance et le caractère chronique de l'évolution du trouble sont des critères fondamentaux pour établir la validité diagnostique du TDAH. Ainsi, s'agissant de son expression clinique, les signes sont nombreux, ce qui rend le diagnostic et la prévention éducative difficiles.

Depuis 2005, le TDAH peut être reconnu en tant qu'handicap cognitif, cette reconnaissance étant indispensable lorsque la mise en place d'une adaptation formalisée de l'aménagement scolaire est nécessaire.

Pour les cas moins sévères, une adaptation de l'aménagement scolaire peut être proposée, sans besoin de reconnaissance d'un handicap, dans le cadre des programmes personnalisés de réussite éducative (PPRE) 2 ou des projet d'accueil individualisé (PAI). Les approches psycho-comportementales constituent un aspect fondamental de la prise en charge des enfants TDAH et de leurs familles et certaines ont fait preuve de leur efficacité. Le rapport efficacité/effets indésirables du méthylphénidate est important, lorsque les seules mesures psychologiques, éducatives et sociales sont insuffisantes.

Question N° : 55982, publiée au *JO* le : 27/05/2014 page : 4138

Communiqué de Presse du 12 février 2015 de la Haute Autorité de Santé

Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille

Souvent réduit au terme «hyperactivité» ou à des enfants turbulents, le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est pourtant un trouble complexe, difficile à repérer et qui associe différents symptômes. Le prendre en charge est pourtant essentiel pour les enfants et adolescents qui en souffrent au quotidien. La Haute Autorité de Santé (HAS) publie aujourd'hui une recommandation afin d'aider les médecins de premier recours à savoir réagir, établir un prédiagnostic et accompagner les enfants et adolescents concernés ainsi que leur famille.

Les professionnels de santé sont peu ou pas formés au TDAH, et ont souvent des difficultés pour répondre aux inquiétudes des familles, identifier le trouble, apporter un soutien à l'enfant et éventuellement l'orienter vers une prise en charge adaptée. La recommandation de la HAS vise ainsi à sensibiliser les médecins de premiers recours aux caractéristiques de ce trouble dont le repérage doit être précoce.

Le TDAH, une souffrance au quotidien et inscrite dans la durée…

Le TDAH est souvent réduit à l'expression «hyperactivité» induisant qu'il ne s'agit que d'enfants agités ou turbulents. Il s'agit au contraire d'un trouble qui associe 3 symptômes dont l'intensité et les manifestations varient selon la personne :

- le déficit de l'attention
- l'hyperactivité motrice
- l'impulsivité

Ces symptômes peuvent constituer des traits de caractère habituels chez l'enfant ou des signes réactionnels à un contexte particulier, une période de transition... C'est uniquement lorsque ces symptômes deviennent un handicap pour l'enfant - que ce soit dans son apprentissage scolaire, ses relations sociales, sa vie quotidienne - et provoquent une souffrance durable qu'il pourra s'agir d'un TDAH et qu'une prise en charge pourra être envisagée.

… Mais dont le repérage s'avère complexe

Diagnostiquer un TDAH est complexe, car il n'existe pas de signes neurologiques ou physiques propre au trouble. L'expression du TDAH est en outre variable d'un individu à l'autre: les 3 symptômes vont se manifester de manière très différente selon l'âge et parfois selon le contexte de vie, mais c'est leurs présences dans plusieurs environnements et leur persistance dans le temps qui caractérisent le TDAH.

De plus, les signes évocateurs du TDAH peuvent être semblables à ceux d'autres troubles, ce qui complique encore davantage le diagnostic. C'est, par exemple, le cas des troubles des apprentissages, du comportement, de la précocité intellectuelle, des troubles anxieux, de la dépression, de la maltraitance, des troubles du spectre autistique...

Seule une évaluation rigoureuse - confirmée par un médecin spécialiste du trouble - permet d'éviter les surdiagnostics, mais également de ne pas passer à côté d'un TDAH.

Le médecin de premier recours, un acteur clé dans le repérage

Par sa connaissance de l'enfant, le médecin de premier recours (le médecin généraliste, le pédiatre), est l'interlocuteur de confiance pour la famille.

Lors d'une ou plusieurs consultations, le médecin va étayer les hypothèses et éventuellement établir un prédiagnostic de TDAH en s'intéressant à la souffrance de l'enfant, son contexte social, son processus d'apprentissage et ses relations au sein de la famille. Après ces consultations - qu'il aura menées avec la famille et également avec l'enfant seul (d'autant plus s'il s'agit d'un adolescent) - le médecin de premiers recours pourra décider d'orienter l'enfant vers un médecin spécialiste du TDAH.

Le rôle du médecin spécialiste du TDAH : confirmer ou non le diagnostic, initier la prise en charge

Le médecin spécialiste du TDAH est un professionnel ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge de ce trouble; il peut s'agir d'un médecin psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, neuropédiatre ou neurologue... C'est lui qui a la tâche de :

- confirmer ou non le prédiagnostic du médecin de premier recours,
- élaborer une prise en charge adaptée à l'enfant,
- accompagner l'enfant et la famille.

La prise en charge : les thérapies non médicamenteuses en première intention

Une fois le diagnostic posé par le spécialiste du trouble, la prise en charge doit être globale et adaptée aux symptômes de l'enfant et à leur sévérité. Cette prise en charge a pour objectif d'agir à la fois sur les symptômes du TDAH, sur les comorbidités associées et de comporter une information et des conseils à la famille. La prise en charge sera d'autant plus efficace qu'elle est précoce.

En première intention, une prise en charge non médicamenteuse doit être mise en œuvre, combinant en fonction des besoins de l'enfant des mesures psychologiques, éducatives et sociales. Si ces mesures sont insuffisantes, un traitement médicamenteux peut être initié. Le méthylphénidate est le seul médicament disponible à ce jour et indiqué pour le traitement pharmacologique du TDAH (noms commerciaux : Ritaline®,Concerta® et Quasym®). Soumis à des règles de prescription très strictes, il doit être intégré dans une approche personnalisée à chaque enfant, réévalué tous les mois et prescrit en complément d'une thérapie non-médicamenteuse.

Cf. aussi :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1362146/fr/conduite-a-tenir-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-ayant-un-deficit-de-l-attention-et/ou-un-probleme-d-agitation-note-de-cadrage