

UNIVERSITE DE NEUCHÂTEL
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET SOCIALES

ANNEXES

L'HYPERACTIVITE INFANTILE : ANALYSE SOCIOLOGIQUE D'UNE CONTROVERSE SOCIO-MEDICALE

THESE

PRESENTEE A LA FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET SOCIALES
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR ES SCIENCES SOCIALES

PAR

ANNE DUPANLOUP

LISTE DES ANNEXES

1. Arbre des catégories Nud*lst	1
<i>Exemples emblématiques</i>	
2. Discours spécialistes : neuropédiatre genevois	5
I. Haenggeli C.-A., Menache C.C., Urion D.K., "Hyperactivité avec déficit de l'attention : le point de vue du neuropédiatre" in <i>Médecine et Hygiène</i> , Genève, 57, 1999, 1994-2001.	5
II. Haenggeli C.-A., Entretien (enregistré et retranscrit) Radio Suisse Romande, <i>Le meilleur des mondes</i> , sept. 2002.	13
III. Haenggeli C.-A., <i>Toby et Lucy, deux enfants hyperactifs</i> , Goerg, 2002.	25
IV. Extraits d'intervention du Dr Haenggeli dans le <i>Matin</i> , 17 juin 2002.	37
3. Discours spécialistes : responsable Swissmedic	39
I. OFSP, Office Fédéral de la Santé Publique, (Montandon, Médioni L,) «Evolution du nombre de prescription de Ritaline (Méthylphénidate) dans le Canton de Neuchâtel, entre 1996 et 2000» in <i>Bulletin 15 de l'OFSP</i> . 8 avril 2002. 284-290.	39
II. Médioni L. (Swissmedic) Entretien (enregistré et retranscrit), Télévision Suisse Romande, <i>Mise au point</i> . 21 avril 2002.....	45
4. Rapport de la commission des Pétitions	51
Rapport de la Commission des pétitions chargée d'étudier la pétition P-1287A, <i>Concernant les enfants avec trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)</i> , déposé 28 avril 2000	51
<i>Par respect de confidentialité, les entretiens ci-dessous ne figurent pas dans le document annexe</i>	
5. Entretiens responsables Associations	61
I. Entretien président de l' <i>Aspedah</i>	
II. Notes d'entretien <i>Hypsos</i>	
III . Entretien responsable d' <i>Hyperactif, un enfant comme les autres</i>	
6. Entretien responsable SMP	
Entretien du 29.10.2000, responsable <i>SMP</i> .	
<i>Matériel classé (documents de travail)</i>	
7. Matériel classé ([Annexe...])	63
I. Annexe Effet Ritaline (extraits classés discours sur l'effet du médicament)	63
II. Annexe Prévalence (discours classés et commentés sur la prévalence)	139
III. Annexe Association (extraits classés selon thématique = [...])	163
III b. Chadd aux USA.....	191
Liste Matériel Empirique	197

Arbre des catégories Nud.Ist

(1) Données de base

- (1 1) Base/Auteur discours
- (1 2) Base/Date
- (1 3) Base/Statut auteur
 - (1 3 1) Base/Statut auteur/Expert
 - (1 3 2) Base/Statut auteur/Famille
 - (1 3 4) Base/Statut auteur/Association
 - (1 3 6) Base/Statut auteur/Autre
 - (1 3 6 1) Base/Statut auteur/Autre/Inconnu
 - (1 3 6 2) Base/Statut auteur/Autre/Divers
- (1 4) Base/Nationalité
- (1 5) Base/style
 - (1 5 1) Base/style/Ecrit
 - (1 5 2) Base/style/Oral
 - (1 5 3) Base/style/Net
- (1 6) Base/Diffusion
 - (1 6 1) Base/Diffusion/Spécialiste
 - (1 6 2) Base/Diffusion/GrandPublic
 - (1 6 3) Base/Diffusion/Net
 - (1 6 4) Base/Diffusion/Témoignage
 - (1 6 5) Base/Diffusion/Autre
- (1 7) Base/OpinionRitaline
 - (1 7 1) Base/OpinionRitaline/Défenseur
 - (1 7 2) Base/OpinionRitaline/Détracteur
 - (1 7 3) Base/OpinionRitaline/Nuancée

(2) Diagnostic

- (2 1) Diagnostic/Evaluat clinique
 - (2 1 1) Diagnostic/Evaluat clinique/Generalités (infos-observ.)
 - (2 1 2) Diagnostic/Evaluat clinique/Interactions
 - (2 1 3) Diagnostic/Evaluat clinique/Outils (tests)
- (2 2) Diagnostic/Symptomatologie
 - (2 2 1) Diagnostic/Symptomatologie/Sémiologie (comportemental.)
 - (2 2 1 1) Diagnostic/Symptomatologie/Sémio-Hyperact.
 - (2 2 1 2) Diagnostic/Symptomatologie/Sémio-Deficit attention
 - (2 2 1 3) Diagnostic/Symptomatologie/Sémio-Impulsivité
 - (2 2 2) Diagnostic/Symptomatologie/Articulat.sympt.
 - (2 2 3) Diagnostic/Symptomatologie/Manif.sympto.contextual.
- (2 3) Diagnostic/Différentiel (comorbidité)
 - (2 3 1) Diagnostic/Différentiel/Distinction des troubles
 - (2 3 2) Diagnostic/Différentiel/Syndrome-symptôme d'autres probl.
- (2 4) Diagnostic/Critères officiels

(3) Epidémiologie

- (3 1) Epidémiologie/Prévalence/
 - (3 1 1) Epidémiologie/Prévalence/Taux Populat.(+var.milieus)
 - (3 1 2) Epidémiologie/Prévalence/Genre
 - (3 1 3) Epidémiologie/Prévalence/Age
 - (3 1 4) Epidémiologie/variation internat.
 - (3 1 5) Epidémiologie/variation diachron.
- (3 2) Epidémiologie/Etiologie

- (3 2 1) Epidémiologie/Etiologie/Bio-physiologique
- (3 2 2) Epidémiologie/Etiologie/Psycho-social
- (3 2 3) Epidémiologie/Etiologie/Autre
- (3 3) Epidémiologie/Pronostic (évolut.sympt.)
- (3 4) Epidémiologie/Facteurs de risque

(4) Traitement

- (4 1) Traitement/Medicamenteux/Autoris.officielle
- (4 1 1) Traitement/Medicamenteux/AMM.
- (4 1 2) Traitement/Medicamenteux/Précaution
- (4 2) Traitement/Medicamenteux/Posologie
- (4 2 1) Traitement/Medicamenteux/Posologie/généralités
- (4 2 2) Traitement/Medicamenteux/Posologie/précautions
- (4 2 3) Traitement/Medicamenteux/Posologie/Contre-Indication
- (4 3) Traitement/Medicamenteux/Publicité médic.
- (4 3 1) Traitement/Medicamenteux/Publicité médic +
- (4 3 2) Traitement/Medicamenteux/Publicité médic –
- (4 3 3) Traitement/Medicamenteux/Surprescript/
- (4 4) Traitement/Medicamenteux/Prescript/
- (4 4 1) Traitement/Medicamenteux/Prescript/Compliance
- (4 4 2) Traitement/Medicamenteux/Prescript/Durée
- (4 4 2 1) Traitement/Medicamenteux/Prescript/Suivi
- (4 4 2 2) Traitement/Medicamenteux/Prescript/Connaiss.long terme
- (4 4 2 3) Traitement/Medicamenteux/Prescript/Quest.âge
- (4 4 3) Traitement/Medicamenteux/Prescript/Interrupt (argum/)
- (4 4 3 1) Traitement/Medicamenteux/Prescript/contextualisée
- (4 4 3 2) Traitement/Medicamenteux/Prescript/Argum.interrupt.
- (4 4 3 3) Traitement/Medicamenteux/Prescript/Argum non-interrupt.
- (4 5) Traitement/Medicamenteux/Effets (efficacité)
- (4 5 1) Traitement/Medicamenteux/Effets/Symptômes (descript.)
- (4 5 1 1) Traitement/Medicamenteux/Effets/Sympt. Personnels
- (4 5 1 2) Traitement/Medicamenteux/Effets/Sympt. Sociaux
- (4 5 1 3) Traitement/Medicamenteux/Effets/sympt.associés
- (4 5 2) Traitement/Medicamenteux/Eff.bio.(Mode&dur.d'action)
- (4 5 3) Traitement/Medicamenteux/Effets/Secondaires
- (4 6) Traitement/Medicamenteux/Liens diagn.-thérapeut.
- (4 7) Traitement/Medicamenteux/Dependance
- (4 7 1) Traitement/Medicamenteux/Dependance + tolér.Ritaline
- (4 7 2) Traitement/Medicamenteux/Dependance/risque tox.
- (4 8) Traitement/Medicamenteux/Autres molécules
- (4 9) Traitement/psychothérapie
- (4 9 1) Traitement/psychothérapie/association médics (argum.)
- (4 9 2) Traitement/psychothérapie/efficacité
- (4 9 3) Traitement/psychothérapie/utilité
- (4 10) Traitement/Alimentation
- (4 11) Traitement/Autres (Préceptes Educatifs)
- (4 11 1) Traitement/Autre/Conseils Parents
- (4 11 2) Traitement/Autre/Conseils enseignants

(5) Arguments (Diagn.+ thérap) discours profane

- (5 1) Arguments/Souffrance
- (5 1 1) Arguments/Souffrance/entourage
- (5 1 2) Arguments/Souffrance/enfant
- (5 1 3) Arguments/Seuil de tolérance
- (5 2) Arguments/Enjeu : Exclusion – Intégration

- (5 2 1) Arguments/Enjeu : Exclusion – Intégration/Scolaire
- (5 2 2) Arguments/Enjeu : Exclusion – Intégration/Familiale
- (5 4) Arguments/Econom.of.responsability
- (5 4 1) Arguments/Econom.of.responsability/L'enfant victime
- (5 4 2) Arguments/Econom.of.responsability/Culpabilité parentale
- (5 4 3) Arguments/Econom.of.responsability/Syst.scolaire
- (5 4 4) Arguments/Econom.of.responsability/« société »
- (5 5) Arguments/Prévention
- (5 5 1) Arguments/Prévention/santé publique
- (5 5 2) Arguments/Prévention/précocité
- (5 5 3) Arguments/Prévention/Vigilance
- (5 6) Arguments/Argument scientifique
- (5 6 1) Arguments/Argument scientifique/progressisme
- (5 6 2) Arguments/Argument scientifique/expertise (confiance)
- (5 6 3) Arguments/Argument scientifique/neutralité
- (5 6 4) Arguments/Argument scientifique/Hiérarchie des savoirs
- (5 6 5) Arguments/Argument scientifique/Preuve de l'efficacité
- (5 7) Arguments/DSM
- (5 7 1) Arguments/DSM/Légitimation
- (5 7 1 1) Arguments/DSM/Légitimation/Validité
- (5 7 1 2) Arguments/DSM/Légitimation/Fiabilité
- (5 7 2) Arguments/DSM/Critique DSM
- (5 7 3) Arguments/DSM/Distinctions structurantes (oppos.psychanal.)
- (5 8) Arguments/Projet éducatif
- (5 9) Arguments/Rapports d'autorité
- (5 10) Arguments/Raisonnement (Rétorique)
- (5 10 1) Arguments//raisonnement/Analogie.métaph.
- (5 10 2) Arguments//raisonnement/tautologique
- (5 10 3) Arguments//raisonnement/correlat-causalité
- (5 10 4) Arguments//raisonnement/Méthodo.

(6) Contexte

- (6 1) Contexte/Instigateur de la plainte
- (6 2) Contexte/Configuration
- (6 2 1) Contexte/Configuration/famille-école
- (6 2 2) Contexte/Configuration/famille-médecins
- (6 2 3) Contexte/Configuration/famille-psys
- (6 2 4) Contexte/Configuration/associations
- (6 2 5) Contexte/Configuration/médias
- (6 2 6) Contexte/Configuration/famille-entourage
- (6 2 7) Contexte/Configuration/autre
- (6 3) Contexte/Accès à l'information
- (6 4) Contexte/Enfance : représentation

(7) Historique

- (7 1) Historique/Medics
- (7 2) Historique/Pathologie (cf.2.2.2)
- (7 3) Historique/Education
- (7 3 1) Historique/Education/Famille
- (7 3 2) Historique/Education/Ecole

(8) Cas.Témoignages

C. C. Menache, D. K. Urion et Ch. A. Haenggeli, « Hyperactivité avec déficit de l'attention : le point de vue du neuropédiatre » in *Médecine & Hygiène*, 20 octobre 1999. pp.1994-2001

Introduction

L'hyperactivité avec déficit de l'attention dans la population pédiatrique est un sujet qui suscite actuellement un intérêt croissant, ainsi qu'en témoigne l'abondance de publications, de programmes de perfectionnement pour enseignants, et d'associations de parents. Il n'existe à l'heure actuelle pas de tests biologique et le diagnostic reste clinique. De ce fait, l'existence même de cette entité a été remise en question. Un certain nombre de controverses a également soulevé par le traitement médicamenteux de cette affection par des substances « stimulantes » prescrites à de jeunes enfants généralement pour une durée de plusieurs années.

Cette revue a pour but de présenter une synthèse des connaissances actuelles sur le sujet, ainsi qu'une comparaison de l'approche diagnostique et thérapeutique d'un grand centre américain, le Children's Hospital de Boston, et de l'Hôpital des enfants de Genève, témoignant de l'homogénéité de la prise en charge de ces enfants entre les deux institutions.

Définition et tableau clinique

Le « trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) traduit de l'anglais « Attention Deficit/Hyperactivity Disorder » (ADHD) est le terme le plus récent pour qualifier un syndrome regroupant certaines anomalies du comportement reconnu depuis le début du XXe siècle. Bien que l'on trouve déjà mention d'un enfant hyperactif dans un poème du médecin allemand Heinrich Hoffman en 1865, Still est traditionnellement reconnu comme le premier auteur de descriptions scientifiques dès 1902. Tredgold, en 1908 décrit une forte tendance héréditaire chez les enfants atteints de ce syndrome. Depuis lors, bien que cette affection soit définie plus précisément, on n'a cessé de s'interroger sur sa physiopathologie.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Le DSM-IV propose une définition et une classification utiles au clinicien et largement acceptées, même si certains de ces détails sont discutés par les spécialistes du domaine.

Selon cette définition, un enfant souffrant d'ADHD doit présenter un degré inapproprié, par rapport à son âge et à son développement intellectuel, d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité. Les symptômes doivent se manifester à l'école mais également dans l'environnement familial. Ils doivent avoir débuté avant l'âge de 7 ans et durer depuis plus de six mois. Le développement psychomoteur de ces enfants, est dans la majorité des cas tout à fait normal.

Trois catégories sont définies selon la prédominance de divers critères diagnostiques :

1. Trouble hyperactivité avec déficit de l'attention
2. Trouble déficit de l'attention
3. Trouble hyperactif-impulsif

Il est important de réaliser que l'hyperactivité et le déficit de l'attention sont deux caractéristiques différentes du syndrome qui, le plus fréquemment, se trouvent réunis simultanément chez un même patient (catégorie 1), mais peuvent exister l'un en l'absence de l'autre (catégories 2 et 3).

Bien que ces symptômes semblent faciles à reconnaître il est utile d'avoir à l'esprit quelques exemples.

Typiquement, l'enfant inattentif semble ne pas bien écouter ce qu'on lui dit, ne suit pas les instructions données jusqu'au bout, néglige les détails, abandonne les activités en cours. Il a tendance à perdre les objets nécessaires à accomplir une tâche (en particulier les affaires de classe) et est facilement distrait par des événements qui ne dérangent pas les autres.

L'enfant hyperactif est incapable de rester assis (en classe, durant les repas familiaux), et a une tendance excessive à courir et grimper. Il lui est également difficile de s'arrêter de parler et il a tendance à faire du bruit durant les activités calmes, dérangeant ainsi les autres. L'hyperactivité se manifeste différemment selon l'âge, d'où parfois, la difficulté de déterminer si le comportement incriminé est vraiment inapproprié à l'âge de l'enfant.

L'enfant impulsif est décrit comme interrompant la conversation, incapable d'attendre son tour, touchant à tous les objets...

Ces difficultés comportementales aboutissent à des troubles de l'apprentissage scolaire, des perturbations familiales, des troubles psychologiques secondaires chez l'enfant (perte de confiance en soi) et peuvent également être à la source d'accidents.

Il est important de réaliser que dans certains cas particuliers, même si l'enfant semble a priori présenter les symptômes du syndrome THADA, ce diagnostic ne sera pas posé. Il s'agit par exemple des situations où un autre diagnostic psychiatrique expliquerait mieux les symptômes. De même, en cas de comorbidité associée (trouble bipolaire, anxiété, trouble spécifique de l'apprentissage) chacun des diagnostics doit être posé séparément. En cas de retard mental, on ne posera le diagnostic d'ADHD que si le comportement est inapproprié à l'âge mental de l'enfant, et ce diagnostic sera posé indépendamment du diagnostic psychiatrique.

Ces situations seront illustrées ci-dessous lors de la description des modalités diagnostiques.

Prévalence

On estime qu'environ 5% des enfants américains souffrent d'ADHD, avec une proportion moyenne de quatre garçons pour une fille dans la population générale. Dans 50% des cas les premiers symptômes sont présents avant l'âge de 4 ans, mais les problèmes réels ne se posent qu'avec le début de la scolarité.

L'anamnèse familiale est très fréquemment positive.

Chez 30% des patients des troubles spécifiques de l'apprentissage sont associés, constituant dans ces cas-là une comorbidité et non une conséquence de l'ADHD.

Certains biais de sélection expliquent probablement en partie la prédominance du sexe masculin parmi les enfants avec THADA. Par exemple, aux Etats-Unis, les enseignants semblent mieux préparés à dépister le THADA chez des garçons d'origine caucasienne provenant de milieux socio-économiques favorisés, que dans d'autres catégories sociales, ou chez les fillettes, qui devront avoir un comportement plus « hors norme » par rapport à leurs camarades que des garçons du même âge avant d'être suspectées de THADA.

Par ailleurs, la forte prédominance masculine dans la population référée à des consultations spécialisées (9:1) par rapport à celle de la population générale (4:1) semble être due au fait que l'ADHD chez les garçons se manifeste plus volontiers par de l'agressivité que chez les filles, conduisant de ce fait plus fréquemment à une consultation spécialisée. Lorsque la population étudiée provient d'un centre spécialisé, la proportion de garçons sera donc surreprésentée par rapport à la réalité.

Néanmoins, indépendamment de ces biais, il semble que la proportion de THADA persiste à rester plus élevée chez les garçons, suggérant l'implication d'un mécanisme lié au sexe dans l'expression de ce désordre.

A l'Hôpital des enfants de Genève la proportion observée est de six garçons pour une fille.

Diagnostic différentiel (non exhaustif) :

- Comportement approprié à l'âge chez un enfant particulièrement actif
- Troubles spécifiques de l'apprentissage (troubles du langage, troubles de l'organisation visuo-spatiale)
- Enfant ayant une intelligence supérieure à la norme placé dans un environnement académique insuffisamment stimulant
- Enfant possédant un quotient intellectuel bas, placé dans un environnement scolaire inapproprié
- Affections psychiatriques : psychoses (particulièrement spectre autistique), troubles bipolaires, anxiété
- Hyperthyroïdie
- Epilepsie : absences (« Petit mal »), crises complexes partielles
- Enfant victime de sévices
- Adrénoleucodystrophie lié au chromosome X

Etiologies

La cause exacte du THADA n'est toujours pas connue. La plupart des études à ce jour suggèrent des facteurs génétiques et neurobiologiques agissant au niveau des circuits dopaminergiques reliant les lobes préfrontaux et frontaux aux noyaux de la base (striatum).

Bien que les méthodes de neuro-imagerie conventionnelle ne permettent pas de mettre en évidence de lésion structurale, la similarité entre les symptômes survenant lors de lésions des lobes frontaux et préfrontaux et les symptômes du THADA est un argument de poids en faveur de cette localisation. De plus, l'utilisation du SPECT (technique d'imagerie fonctionnelle au ¹⁶⁶Xenon) a permis de mettre en

évidence une diminution du débit sanguin cérébral dans ces régions et dans les réseaux les connectant au système limbique. D'autres investigations ont démontré, durant une tâche requérant une attention soutenue, une altération d'une composante des potentiels évoqués de réponse (dépendant de la fonction des régions préfrontales) corrigéable par l'administration de médicaments stimulants. Des techniques récentes d'IRM quantitative suggèrent la perte de l'asymétrie physiologique des lobes frontaux, du noyau caudé et du globus pallidus chez les patients souffrant de THADA comparativement aux sujets contrôles. Ces différents éléments semblent donc tous pointer vers la même localisation.

En ce qui concerne la théorie neurobiologique, une dysfonction ou un déséquilibre des neurotransmetteurs ont été suspectés sur la base de la réponse des patients aux médicaments stimulants. Il semble y avoir une déficience sélective dans la disponibilité de la dopamine et de la norépinéphrine au niveau cérébral sans que ceci soit totalement confirmé.

Partant de ces hypothèses, des études génétiques récentes ont tenté d'identifier des mutations dans les gènes impliqués dans le métabolisme de la dopamine, en particulier au niveau du gène du transporteur de la dopamine (DAT1) et du gène du récepteur de la dopamine (DRD4). Récemment, un des allèles du gène DRD4 a été retrouvé de manière surreprésentée chez certains patients souffrant de THADA et pourrait de ce fait être l'indicateur d'un sous-groupe phénotypique. Le fait que ces résultats aient pu être reproduits dans plusieurs études consécutives souligne l'intérêt de cette découverte.

Finalement, des étiologies psychosociales ont également été proposées comme étant à l'origine du THADA. Certaines d'entre elles attribuent l'origine du comportement hyperactif de l'enfant à un mauvais contrôle parental des divers stimuli environnementaux. D'autres auteurs postulent que le THADA est le résultat d'un excès de stimulations de la part des parents, souffrant eux-mêmes de problèmes psychologiques.

Ces étiologies psychosociales n'ont pas reçu beaucoup de support dans la littérature américaine. A l'encontre de ces théories, plusieurs études comparant l'effet du traitement médicamenteux se sont attachées à définir le comportement des mères vis-à-vis de leurs enfants souffrant de THADA et démontrent que le comportement négatif maternel est réactionnel à celui de l'enfant, plutôt que la cause de celui-ci, puisqu'il diminue une fois la symptomatologie de l'enfant traitée.

En conséquence, les facteurs psychosociaux ne sont actuellement pas considérés comme la cause du THADA mais plutôt comme des facteurs potentiellement exacerbants.

En résumé, les connaissances actuelles semblent attribuer la cause du THADA à des facteurs génétiques, eux-mêmes à l'origine d'une dysfonction neurobiologique du réseau préfrontal cortico-striatal, potentiellement exacerbée par des facteurs extérieurs psychosociaux.

L'approche diagnostique

1. Children's Hospital de Boston

Au Children's Hospital de Boston, les patients sont référés par leurs pédiatres pour suspicion de syndrome THADA, souvent suite à un dépistage par les enseignants. Selon le choix du pédiatre, les patients sont alors examinés soit dans les consultations de neuropédiatrie générale, soit envoyés directement au Dr D. K. Urion, spécialisé en neurologie comportementale.

Si un trouble spécifique de l'apprentissage ou une comorbidité sont également suspectés, ils sont alors dirigés vers une consultation spéciale regroupant neuropédiatres, psychologues et orthopédistes appelée « learning disability/behavioral neurology program » (consultation des troubles de l'apprentissage et de neurologie comportementale) toujours sous la direction du Dr D. K. Urion.

L'approche diagnostique se situe dans la même lignée, dans les consultations de neuropédiatrie générale que dans ce programme spécialisé. La différence réside dans le nombre de tests psychologiques appliqués et le nombre d'intervenants.

Comme mentionné précédemment, il est parfois difficile d'évaluer à quel point un comportement est inapproprié par rapport à l'âge du patient, et la sélection par l'école a ses biais. Par ailleurs, on assiste parfois à la disparition transitoire de tous les symptômes d'hyperactivité, même chez un enfant souffrant réellement de THADA, lorsqu'il se trouve dans une situation où il interagit seul à seul avec un interlocuteur, comme par exemple dans le cabinet d'un médecin. Pour ces différentes raisons, il est nécessaire de pouvoir disposer de tests diagnostiques objectifs (détaillés ci-dessous) pour lesquels les normes par rapport à l'âge sont clairement définies.

La première étape dans l'approche diagnostique consiste bien évidemment en une anamnèse complète incluant une anamnèse familiale (souvent positive) et révélant parfois des antécédents de

coliques du nourrisson ou de bébé insatiable, difficilement satisfait. Un diagnostic différent (par exemple adrénoleucodystrophie liée au chromosome X) doit absolument être suspecté si les symptômes rapportés sont atypiques ou s'ils surviennent tardivement, après l'âge de 7 ans. Des problèmes survenant uniquement à l'école orientent le diagnostic vers un trouble de l'apprentissage, alors que des troubles restant confinés au milieu familial font suspecter un problème psychosocial.

Suit l'examen clinique somatique et neurologique, qui est habituellement normal.

Un examen neurologique anormal doit absolument faire suspecter un autre diagnostic.

L'étape suivante est l'évaluation par des questionnaires permettant d'établir des scores quantifiant séparément les plaintes des parents et celles des enseignants. Dans le Département de neurologie du Children's Hospital le questionnaire utilisé est celui de Conners, très utile pour détecter les signes de troubles de l'attention, de la conduite, ou d'anxiété. Si l'on désire dépister avec plus de finesse des signes de dépression, on peut y ajouter l'utilisation du questionnaire d'Ashenbach.

Bien entendu ces questionnaires n'établissent pas le diagnostic à eux seuls mais sont une aide objective pour le clinicien.

En cas de doute, ou si l'on désire être plus précis on utilise un outil spécifique de mesure de l'attention. Parmi les différents outils disponibles le choix dans ce département s'est porté sur le « Gordon diagnostic system », informatisé, portable et solide qui administre un test de la vigilance d'une durée de 9 minutes (réponse à un stimulus visuel) à une fréquence définie par le patient. Des normes de référence sont disponibles pour les enfants âgés de 3 à 16 ans. Une autre alternative est le TOVA, version informatisée d'un test de l'attention, dont l'avantage est que ses résultats ne sont pas modifiés par les QI extrêmes.

Dans le cadre de la consultation spécialisée du programme « learning disability/behavioral neurology » un certain nombre d'autres tests sont ensuite pratiqués, dans le but de dépister des troubles spécifiques de l'apprentissage. Il s'agit tout d'abord de l'évaluation du QI, puis de tests de l'évaluation du langage (Peabody picture vocabulary test, Boston naming test, NCCEA word fluency test, Rapid automatized naming battery) et du dépistage des troubles de l'organisation visuo-spatiale pour lequel on utilise la figure de Rey-Osterreith. Une évaluation psychologique de l'enfant est également effectuée.

A la fin de cette batterie de tests l'examineur doit être en mesure de déterminer si l'enfant présente des difficultés de langage et/ou de l'organisation visuo-spatiale. Si ces difficultés sont présentes, même associées à des troubles de l'attention, il ne s'agit plus uniquement de THADA mais de THADA associé à une comorbidité (par exemple trouble spécifique de l'apprentissage) qui, elle, ne répondra pas au traitement du THADA mais exigera d'autres mesures. Parfois, on se trouve également face à un patient ne présentant en définitive aucun trouble réel de l'attention mais uniquement un trouble de l'apprentissage.

Si l'enfant a été examiné dans une consultation de neuropédiatrie générale c'est son école qui se chargera de faire effectuer les mêmes tests ainsi qu'une évaluation psychologique par les psychologues scolaires, avant qu'une décision thérapeutique ne soit prise.

2. Hôpital des enfants de Genève

A Genève également, les enfants sont référés à la consultation de neuropédiatrie par leur pédiatre pour suspicion de THADA. Le diagnostic repose sur une évaluation multidisciplinaire en deux étapes, la première chez le neuropédiatre et la deuxième chez le psychologue.

Chez le neuropédiatre, l'anamnèse et l'examen clinique se déroulent comme mentionnés précédemment, en recherchant une anamnèse familiale positive et en essayant d'obtenir des informations aussi précises que possible par les parents. L'observation de l'enfant dans la salle d'attente est souvent plus utile que l'examen structuré, certains enfants étant parfaitement capables de contrôler hyperactivité et impulsivité au cours de la consultation.

Au terme de cet examen, une imagerie cérébrale ou un EEG se révèlent inutiles puisque ces examens sont normaux dans le THADA. Ils ne seront donc effectués que si l'on suspecte un autre diagnostic.

L'étape suivante est constituée par le recueil des observations faites à l'école qui est effectué soit par contact téléphonique avec les enseignants, soit par écrit, au moyen du questionnaire de Copeland. Le score diagnostique n'est pas utilisé tel quel mais les informations sont intégrées dans l'évaluation

globale. La majorité des enseignants remplit volontiers ce questionnaire et le complète souvent par d'autres commentaires très utiles à l'appréciation des difficultés. Un grand avantage du questionnaire est de pouvoir être réadministré par la suite afin d'évaluer le succès des mesures thérapeutiques mises en route.

L'évaluation se poursuit chez le psychologue dont l'intervention doit répondre à quatre questions:

1. Les troubles de l'attention sont-ils confirmés par les tests spécifiques ? (dame de Fay, dessin du bonhomme de Goodenough, test de l'arbre, test d'activité continue de Conners (CPT), écriture, questionnaires de Barkley et Conners).
2. Les capacités cognitives sont-elles normales ? Quel est le quotient d'intelligence au WISC ? (la majorité des enfants avec THADA sont d'intelligence normale, parfois même au-dessus de la moyenne).
3. Y a-t-il évidence de comorbidité ? (trouble spécifique de l'apprentissage, maladie des tics, comportement obsessionnel-compulsif ou autre trouble psychologique ou psychiatrique).
4. Quelles sont les répercussions psychologiques des symptômes sur l'enfant et son entourage ?

Selon la réponse à ces questions une évaluation neuropsychologique, pédopsychiatrique ou logopédique peut s'avérer nécessaire.

Le résultat de ces différentes évaluations permet dans la majorité des cas de confirmer ou d'infirmer le diagnostic du syndrome THADA, ainsi que d'une éventuelle comorbidité.

Prise en charge

En plus de la diminution des performances scolaires et des tensions intrafamiliales qui toutes deux, surviennent en conséquence de l'ADHD, deux autres raisons majeures rendent le traitement et la prise en charge de ces enfants une nécessité absolue: il s'agit d'une part, du risque de perte de confiance en soi, suscité par les troubles scolaires et familiaux, et d'autre part, d'un risque non négligeable d'accident, lié à l'impulsivité et l'hyperactivité de ces enfants.

La prise en charge d'un enfant avec THADA comprend trois approches simultanées qui ne devraient pas être dissociées. Le traitement médicamenteux en est une composante essentielle, mais il y a également nécessité de modifier le mode d'enseignement et dans la plupart des cas d'y ajouter une psychothérapie visant à des modifications du comportement et un renforcement de la confiance en soi. Un des grands bénéfices du traitement médicamenteux est de rendre possible le succès de l'enseignement personnalisé et de la psychothérapie.

Que ce soit au Children's Hospital de Boston ou à l'Hôpital des enfants de Genève, le traitement médicamenteux n'est en général pas entrepris avant que tous les résultats de l'évaluation pluridisciplinaire soient connus, et si possible, que les modifications du mode d'enseignement soient organisées.

L'annonce et l'explication du diagnostic constituent en soi déjà une première démarche thérapeutique car elles permettent de déculpabiliser l'enfant et les parents.

Des conseils sont donnés aux parents: relever ce qui est positif, fermer les yeux sur les infractions mineures, structurer les activités de la journée. A Genève comme à Boston, livres, guidelines, adresses de groupement de parents sont fournis aux parents qui en font la demande.

Les enseignants sont également informés du diagnostic. Leur partenariat est indispensable, afin de pouvoir juger de l'évolution. On conseille d'intégrer l'enfant dans une classe à petit effectif. Il n'est en général pas nécessaire d'avoir recours à une classe spécialisée. L'enfant doit être assis proche de l'enseignant et loin des sources de distraction. Les consignes données en classe doivent être claires et précises. Il faut donner le temps à l'enfant de terminer ses travaux et autant que possible, le valoriser. Des guidelines sont aussi disponibles pour les enseignants.

Traitement médicamenteux

Il existe différentes alternatives médicamenteuses mais le traitement stimulant se révèle le premier choix dans la majorité des cas.

-Le traitement stimulant

On estime que 1,5 million d'enfants /an ou 2,8 % la population d'âge scolaire aux Etats-Unis sont traités par un médicament stimulant. La plupart d'entre eux ont entre 5-12 ans, mais récemment la prescription de stimulants pour adolescents et adultes a augmenté.

Le traitement se révèle efficace sur le comportement et les performances académiques dans 73-77% des cas.

Quatre différents médicaments stimulants sont sur le marché, dont le plus largement prescrit est le méthylphénidate (Ritaline). Les autres stimulants sont utilisés surtout aux Etats-Unis. Il s'agit de la dextroamphétamine (Dexedrine), de la pemoline (Cylert), et plus récemment d'une combinaison d'amphétamine et de dextroamphétamine (l'Adderall) permettant d'alléger la posologie à la prise d'un seul comprimé par jour.

Les stimulants sont des sympathomimétiques qui augmentent la disponibilité des catécholamines (dopamine et/ou noradrénaline) au niveau synaptique. Des effets secondaires surviennent dans 1-2% des cas, sont en général dose-dépendants, et cessent avec la fin du traitement. Il s'agit essentiellement d'insomnie, de diminution de l'appétit, de douleurs abdominales et céphalées. Très rarement on observe une tachycardie une augmentation de la tension artérielle. Des tics (et le syndrome de Gilles de la Tourette) peuvent apparaître ou être aggravés, et pour cette raison le traitement stimulant devrait être prescrit avec prudence en cas de tics ou d'anamnèse familiale positive pour ces problèmes. L'apparition d'effets secondaires dus au traitement avec un stimulant ne contre-indique pas un essai avec autre stimulant. Dans la majorité des cas, celui-ci ne produira pas les mêmes effets. On a attribué à la pemoline uniquement un faible risque d'hépatotoxicité, qui semble plutôt avoir eu lieu chez des adultes, mais ce médicament n'est pas utilisé à Genève, et très rarement prescrit aux Etats-Unis.

A Genève, le traitement stimulant est indiqué chez 50% des enfants évalués à la consultation, et le choix se porte sur la Ritaline. A Boston, bien que la Ritaline soit également le médicament le plus fréquemment prescrit, certains neuropédiatres ont recours à la Dexedrine et à l'Adderall, en fonction de leurs habitudes ou en cas d'effets secondaires de la Ritaline .

Il n'y a pas de dépendance médicamenteuse ni tolérance. Selon les besoins individuels, on peut décider de ne traiter les patients que durant les jours d'école, ou également les week-ends. Il en est de même pour les vacances scolaires, durant lesquelles certains enfants continuent à être traités s'ils participent à des activités demandant beaucoup d'attention, ou si la vie familiale est très perturbée par les symptômes d'hyperactivité. La plupart des patients suivis à Genève ne sont pas traités durant les week-ends et les vacances.

La durée du traitement est également variable. Afin de s'assurer de la nécessité de poursuivre le traitement, on peut essayer de stopper le médicament après un an, de préférence en milieu d'année scolaire (afin de diminuer les risques de subjectivité dans l'évaluation de cet essai). Certains patients seront traités plusieurs années et même à l'âge adulte. Aucun effet secondaire à long terme n'a été décrit à ce jour, de même qu'aucun risque de dépendance aux médicaments stimulants n'a été démontré même après plusieurs années de traitement. Le risque ultérieur de toxicomanie n'est pas augmenté.

-Autres traitements médicamenteux

Vingt à 30% des patients avec ADHD ne répondent pas au traitement stimulant et 1-2% d'entre eux développent des effets secondaires nécessitant l'arrêt du traitement.

D'autres alternatives médicamenteuses sont alors disponibles:

- Les antidépresseurs tricycliques

Ils constituent un bon choix, surtout chez les adolescents. Ces médicaments seront parfois également choisis afin de traiter certaines comorbidités (dépression, anxiété) sans devoir recourir à une polypharmacopée. A Genève, ils sont volontiers utilisés en cas de présence simultanée d'énurésie nocturne primaire.

- Clonidine et guanfacine (agonistes sélectifs des récepteurs alpha 2 centraux)

En cas de présence simultanée de tics, la clonidine, connue pour son efficacité dans le traitement de cette affection, constitue une bonne alternative et agit efficacement sur le THADA. Ce médicament se montre souvent plus efficace que les stimulants chez les patients souffrant de retard mental ou de troubles du sommeil. La clonidine est utilisée aussi bien à Boston qu'à Genève. La guanfacine a les mêmes propriétés mais est moins souvent utilisée.

- Bêta-bloquants

Plus rarement utilisés, ils sont également particulièrement utiles chez les patients avec retard mental.

En plus de ces divers traitements conventionnels du THADA, certains rapports anecdotiques existent concernant l'efficacité sur les troubles de l'attention de la fluoxétine, de la bupropione et de l'acide valproïque.

Pronostic à l'âge adulte

Contrairement à une opinion encore largement répandue, le syndrome THADA ne disparaît pas au moment de la puberté, et dans 50-80% des cas, les patients continuent à éprouver des difficultés comportementales plus ou moins marquées. Le symptôme plus frappant durant l'enfance, à savoir l'instabilité motrice, tend à disparaître avec les années mais les difficultés organisationnelles persistent. La poursuite d'un traitement médicamenteux et parfois même d'un soutien psychothérapeutique sont alors nécessaires.

Conclusion

Le trouble THADA est une affection fréquente débutant dans l'enfance et se prolongeant souvent à l'âge adulte. Ce syndrome est actuellement de plus en plus précisément défini, et de ce fait, malgré l'absence d'un test biologique caractéristique, diagnostiqué avec une grande fiabilité par une approche pluridisciplinaire. La prise en charge des patients est également pluridisciplinaire et associe des modifications du mode d'enseignement à une psychothérapie et à un traitement médicamenteux, le plus souvent par des substances stimulantes, en particulier la Ritaline. Ce traitement bien établi et sans danger et permet le succès des autres mesures thérapeutiques.

L'étiologie du syndrome n'est pas encore clairement établie mais une origine génétique et neurobiologique est probable.

Grâce à une expérience de plusieurs années dans le suivi de ces patients, à l'heure actuelle, le diagnostic et la prise en charge des patients se font de manière similaire au Children's Hospital de Boston et à l'Hôpital enfants de Genève.

Adresse des auteurs :

Drs C. C. Menache et D. K. Urion (Department of neurology, Children's Hospital, Harvard Medical School, 300 Longwood Avenue, Boston MA 02115).

Dr Ch. A. Haenggeli (Neuropédiatrie, Hôpital des enfants, Rue Willy Donzé 6, 1211 Genève 14)

**Radio Suisse Romande Le meilleur des mondes,
Les enfants hyperactifs.**

**29.09.2002 (rediffusion)
Dr. Haenggeli**

Introduction journalistique

... crient, dérangent la classe, il lui arrive d'être agressif avec ses camarades, bref c'est un enfant vraiment difficile à vivre et peut-être est-il hyperactif ou victime de ce qu'on appelle le THADA autrement dit, le Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité.

Alors faut-il traiter cet enfant, et particulièrement faut-il lui prescrire un médicament, la Ritaline, dont l'utilisation en Suisse a littéralement explosé ces dernières années, on avance le chiffre 690% d'augmentation de prescription de Ritaline entre 1996 et 2000.

Cette maladie est-elle une véritable maladie, s'agit-il d'une maladie en augmentation, ou alors s'agit-il tout simplement d'un symptôme de notre société agitée ou de l'incapacité de plus en plus grande d'accepter des enfants qui n'entrent pas dans des normes fixées d'avance.

Alors au-delà de la polémique qui a fait rage ces derniers mois autour de l'hyperactivité et de la prescription de Ritaline, nous vous proposons aujourd'hui de faire le point sur l'hyperactivité et sur les réponses que la médecine lui apporte actuellement.

Bienvenus dans le meilleur des mondes, Lison Méric (?) vous y accueille, installez-vous.

J. Charles-Antoine Haenggeli, bienvenu dans le meilleur des mondes. Vous êtes neuropédiatre à l'hôpital cantonal et universitaire de Genève, et vous venez de signer un livre un peu particulier, en tous cas pour les habitudes du meilleur des mondes puisque c'est un livre illustré, c'est un livre qui s'adresse soit à un jeune public, soit à parents et qui est vraiment un livre de vulgarisation, il s'intitule : Toby et Lucy, deux enfants hyperactifs aux éditions Georg, c'est un livre illustré par Pecub et qui se centre sur cette question de l'hyperactivité. Alors j'aimerais que vous me disiez en deux mots, quel était le projet de ce livre ?

H. Alors comme à l'hôpital depuis plusieurs années nous suivons des enfants avec le problème de l'hyperactivité, que nous recevons des centaines de familles qui passent chez nous, qui demandent de l'aide, nous avons évidemment recueilli d'innombrables témoignages et nous avons décidé, moi et mon équipe, de / une fois mettre tout ça ensemble, et d'en parler, d'en faire un livre qui est destiné en premier lieu aux enfants eux-mêmes, à leur famille, à leur frères et sœurs, à leur parents, aux enseignants, pour donner une information qui est vraiment basée sur les témoignages reçus et non pas sur la littérature, sur... sur les expériences américaines etc. mais pour informer les enfants et expliquer aux enfants ce qui leur arrive et pourquoi les problèmes leur arrivent et aux familles. Donc le but était de vraiment de dire un peu la vérité comme nous la vivons et puis surtout de / informer, de déculpabiliser ces enfants, surtout ceux qui sont obligés malheureusement de prendre des médicaments et puis euh... d'enseigner aussi les... les parents pour qu'ils sachent à peu près comment il peuvent aider ces enfants et puis aussi les enseignants, donc c'est destiné en premier lieu je dirais à ceux qui souffrent le plus de cette affection et qui sont le plus touchés

J. Tous ceux qui y sont confrontés, en fait

H. Qui sont confrontés euh... directement. Euh si j'ai choisi Pécul, c'est que je connaissais / j'avais rencontré Pécul il y a une vingtaine d'années déjà, il m'avait fait quelques dessins pour tout autre chose (...) et quand j'ai mis en route ce projet, j'ai tout de suite pensé à lui et je pensais que c'était le seul qui puisse illustrer ce livre et il l'a d'ailleurs très rapidement fait. La collaboration était excellente, il a tout de suite pigé ce que je voulais, et ensemble on a réussi à faire je crois quelque chose d'assez harmonieux et qui est plaisant, je l'espère, et que les enfants et familles qui l'ont déjà vu, apprécient beaucoup parce que ça va donner beaucoup d'informations

J. Donc c'est vraiment votre initiative

H. Oui, oui

J. Et vous le mettez à disposition des gens qui viennent vous consulter

H. Tout à fait ouais, tout à fait alors je donne / je distribue ça aux / parce que ça permet aux enfants et aux parents de lire et à une prochaine consultation de me poser des questions et éventuellement de clarifier des choses, mais je crois que c'était surtout une information qui était indispensable pour ces pauvres enfants

J. Vous disiez, Charles-Antoine Haenggeli, que vous recevez des centaines de familles à l'hôpital cantonal

H. Ouais

J. cette maladie de l'hyperactivité, on dit qu'elle est en plein essor, vous le confirmez

H. Alors elle est pas du tout en plein essor, elle a toujours existé et ... nous savons par d'innombrables statistiques qu'elle est relativement fréquente, donc c'est une infection qui est censée

toucher 3 à 5 % des enfants, il y a même des statistiques qui disent que c'est plus, il y en a d'autres qui disent que c'est peut-être un peu moins mais ça fait un joli collectif, donc y en a / pratiquement toutes les enseignantes en 1 année ou 2 dans leur classe ont 1 ou 2 enfants avec ce problème, et il faut le reconnaître

J. Mhmm. Comment se fait-il qu'on en parle depuis relativement peu de temps ?

H. Alors je crois qu'on en a déjà parlé auparavant mais c'est vrai que c'est un peu cyclique euh je crois que c'est pas nous qui en avons parlé. On a toujours eu ces enfants, on en a peut-être eu moins, ça dépend un peu de leur prise en charge et du cheminement scolaire qu'ils font, ce qui a fait que on en parle beaucoup plus maintenant, c'est que la télévision s'y est mêlée et qu'il y a eu tout à coup des émissions à la télévision, il y a aussi eu des débats publics, il y a eu euh il faut bien le dire un certain conflit entre le corps médical lui-même entre les psychologues, les psychiatres d'une part, les neurologues, les pédiatres d'autre part pour clarifier un peu l'origine de cette affection : est-ce que c'est quelque chose d'origine psychologique, est-ce que c'est quelque chose d'origine... donc il y a eu un débat public. Il est évident que le... le spectre d'un traitement médicamenteux dont on parle euh souvent dans cette affection sollicite /euh interpelle tout le monde et à juste titre, et de ce fait c'est un sujet qui a très rapidement, vu la fréquence, la problématique et la question d'un médicament, la question de l'origine, ça a sollicité beaucoup de gens et ça a fait une polémique assez vive il y a quelques années. Alors tout ça s'est fortement calmé à l'heure actuelle et au fond je trouvais que c'était le moment justement de montrer un peu le consensus que nous avons toujours essayé d'avoir et une information objective pour euh un peu enlever toute la polémique de cette histoire et donner un concept très simple et d'expliquer surtout à ceux qui sont touchés par cette affection comment nous voyons, nous, en tant que neuropédiatres, cette affection, comment nous la vivons, tous les jours.

J. On reviendra, Charles-Antoine Haenggeli, si vous voulez, à cette question du traitement et puis cette polémique médicament-pas médicament, autre type d'approches etc. ça, on y reviendra dans un instant, j'aimerais d'abord qu'on clarifie un peu ce que c'est que l'hyperactivité et puis je vais vous demander de faire ce que vous ne faites pas dans le livre de vulgarisation dont on parlait à l'instant, c'est de dire quand euh cette maladie, l'hyperactivité ou le THADA, comme il s'appelle si on utilise le sigle de la maladie, quand est-ce qu'il apparaît dans la littérature médicale ?

H. Alors dans la littérature médicale, il apparaît euh je dirais autour des années 1960 – 70, donc c'est pas tout nouveau, donc il y a une cinquantaine d'années mais on trouve déjà des descriptions d'enfants hyperactifs bien avant donc au XIXe siècle, donc c'est pas quelque chose de nouveau... et rétrospectivement, il y a beaucoup de gens qui ont pu reconnaître d'après les descriptions que c'est un trouble qui touche déjà les personnes bien avant

J. Alors la définition de la maladie, qu'est-ce que c'est qu'être hyperactif ?

H. Alors la définition, c'est un / c'est un trouble, je crois qu'il faut l'appeler un trouble, on peut pas l'appeler une maladie, c'est un trouble, une particularité, euh surtout comportementale. Les enfants qui souffrent de ces affections ont des difficultés dans différents domaines et tout particulièrement quand ils sont en groupe, donc à l'école. C'est des enfants qui sont extrêmement facilement distraits, c'est des enfants qui sont souvent rêveurs, qui n'arrivent pas à écouter, qui n'arrivent pas à suivre les consignes et qui d'un autre côté sont des bouillons qui parlent beaucoup, qui parlent fort, qui gigotent sur leur chaise, qui se lèvent, qui vont se promener, et qui dérangent en classe. Donc ils ont des difficultés à suivre le programme et en même temps ils parasitent la classe, donc ils ont ce double problème. Alors la... il est vrai qu'il y a des formes plus légères, il y a des formes plus sévères, dans la majorité des cas c'est effectivement au moment de l'intégration scolaire que les choses se révèlent. Pour les formes sévères, je dirais que c'est déjà au Jardin d'enfants, pour les formes moyennes euh... c'est en général en première primaire quand les structures scolaires demandent quand même qu'on participe euh et qu'on suive des consignes

J. Qu'on devienne sage, qu'on se concentre, qu'on reste tranquille

H. Ouais. Mais ce qui est intéressant, c'est quand on fait l'anamnèse de ces enfants et qu'on questionne les parents, on s'aperçoit qu'il y a déjà des particularités très tôt, déjà la première année de vie, pour beaucoup d'enfant...

J. Dont les familles s'étaient accommodées en fait

H. Oui, qui était euh moins dérangeantes peut-être mais qui étaient bien évidentes euh... beaucoup de mamans me racontent que la première année de vie, l'enfant / au contraire des autres enfants de la famille, dormait extrêmement mal, était réveillé euh plusieurs fois chaque nuit, donc dérangeait les parents, les réveillait, que au contraire des fois ils dormaient la journée alors qu'on voulait qu'ils soient réveillés, qu'ils avaient beaucoup de difficultés à attendre les repas, il y a des mamans qui me disent : « j'ai illico presto dû acheter un micro-wave » parce que l'enfant ne pouvait pas attendre son repas, je devais chauffer le biberon immédiate/ très rapidement parce que sinon il se mettait dans un tel état qu'il ne

pouvait plus boire et tout se passait mal. Donc ces enfants frappent / pas tous mais beaucoup, souvent déjà la première année de vie. Quand ils / il y a souvent une étape cruciale au moment où les enfants qui se développent d'ailleurs tout à fait bien, après avoir marché, les mamans nous disent : « du jour au lendemain, quand il a su marcher ma vie a changé, parce qu'il était impossible, c'est-à-dire, il ne marchait pas, il courrait, il grimpait, il sautait, il y avait toujours quelque chose qui se passait, toujours un mouvement du matin au soir et surtout il touchait à tout, il touchait à tout, on devait enfermer les choses, il ouvrait les placards, il investiguait, il fallait toujours, toujours 24 heures / enfin tout le temps avoir un œil sur lui parce que euh dès qu'on tournait le dos il se passait quelque chose »

J. Donc c'est des « nids à bêtise » (?), incontrôlables, qui partent dans tous les sens euh

H. Ouais. Puis ensuite, la troisième étape c'est l'intégration au Jardin d'enfant. Euh ces enfants ont beaucoup de difficultés à s'intégrer et puis c'est au fond là que la première fois les choses en général se gâtent parce que certains sont un peu agressifs c'est-à-dire ils veulent quelque chose puis ils le veulent tout de suite, donc si un autre enfant a un jouet qui leur plaît, ils le voudront puis ils iront le chercher, puis ils iront le chercher euh avec force, en bousculant les enfants, en leur arrachant des trucs, puis si l'enfant ne lâche pas, ben ça se termine par des coups, et des fois des morsures donc euh... dès qu'ils sont dans un groupe, dans les formes sévères, ils frappent. Pour vous dire que... au fond il y a quelque chose de perturbant et de perturbé chez ces enfants dès la... dès le départ et les choses se gâtent en général définitivement pour ces enfants au moment de l'école primaire, parce que là on demande en plus que l'enfant soit efficace, fasse son travail, apprenne à écrire, apprenne à lire et... suive comme les autres enfants et en plus qu'il garde une certaine discipline pour s'intégrer dans le groupe et ne pas déranger les autres dans leur travail, ce que ces enfants ne peuvent pas.

J. Donc vous dites ne peuvent pas

H. Ne peuvent pas. Ne peuvent pas

J. C'est vraiment une impossibilité

H. C'est impossible ouais, ils ont de l'impulsivité, de l'hyperactivité, ils ne peuvent pas. Et quand on les gronde, euh ils vont le faire pendant 30 secondes, rester tranquille puis après ça redémarre. Donc ils ne peuvent pas faire autrement

J. C'est pas une question de désobéissance

H. Pas du tout, pas du tout, ça n'a rien à faire avec ça !... Mais il est évident que ce qui est dramatique dans cette affection, c'est que quand l'enfant est difficile les premières années de vie, il y a des conflits avec la maman, la maman euh un enfant qui se réveille chaque nuit, c'est difficile, on va lui dire : « qu'est-ce que tu fais ? », l'autre / le reste de la famille va lui dire : « mais tu... fais mal les choses, ou tu... tu l'alimentes mal, où il y a quelque chose qui joue pas », donc la maman se sentira très rapidement culpabilisée d'avoir un enfant sur les / sur les... qui est différent des autres dans sa famille et qu'elle ne comprend pas pourquoi et puis au moment où il y aura ces difficultés de comportement, ça va se gêner, c'est-à-dire qu'il faudra punir l'enfant, l'enfant qui a ce trouble, on peut pas le punir, parce que il recommence tout de suite, c'est pas comme un autre enfant, on lui dit : « maintenant tu arrêtes, tu touches pas à ce machin », puis c'est plus ou moins fini. Lui il est obligé de refaire. Donc ça amène très rapidement à une situation conflictuelle, d'une part dans la famille, le papa va dire à la maman : « mais qu'est-ce que tu fais, tu fais pas bien la journée euh t'es pas assez schtram avec lui ou ... » ouais, la maman se sentira culpabilisée et dès que l'enfant est au jardin d'enfant, ben les parents reçoivent en général un téléphone après 1 ou 2 jours en disant : « mais votre enfant est / minute/ il y a quelque chose qui se passe, moi je ne peux pas le garder, parce qu'il mord les autres » euh... et ça crée de nouveau une situation conflictuelle. Dans les classes primaires, souvent les parents des autres élèves s'emmêlent aussi, parce que comme cet enfant dérange

J. Agresse éventuellement les autres

H. Agresse, parle euh, empêche les autres enfants de faire un bon travail et les autres parents vont aussi dire : « mais attention cet enfant il... il empêche mon enfant de bien travailler », donc il y a une situation conflictuelle qui s'installe, qui peut être absolument dramatique pour l'enfant lui-même, exclu de tout, pour la famille, qui est dans le collimateur, et qui a des répercussions psychologiques absolument grave. Donc vous parliez de psychologie, nous / à mon avis, c'est un trouble qui amène automatiquement des problèmes psychologiques sévères.

J. Mais donc selon vous, Charles-Antoine Haenggeli, ces problèmes psychologiques sont la conséquence du trouble et non pas la cause

H. Tout à fait, tout à fait

J. Parce qu'on ne sait pas très bien dans quel sens poser les choses

H. Non, je crois que tout le monde admet que c'est dans ce sens ! Il n'y a pas de doutes

J. Mhmm. Comment explique-t-on ce trouble ?

H. Alors... ce qui a beaucoup aidé c'est le... je dirais l'observation des différents phénomènes chez ces enfants, d'une part, je crois que la génétique est très importante. On s'est aperçu que cet enfant /

ce trouble était héréditaire, c'est-à-dire dans la majorité des familles que nous voyons, l'enfant a un des deux parents qui se rappellent, ou des grands-parents se rappellent que c'était le même topos : ils reconnaissent par exemple leur fils, dans leur petit-fils et c'est / ils ont eu les mêmes problèmes. Donc on sait qu'il y a une génétique très nette à cette affection et les généticiens ont ensuite pu démontrer par des euh... par des analyses de familles, par des analyses d'enfants jumeaux et par des analyses d'enfants adoptés que c'est effectivement / les gènes étaient beaucoup plus important que l'entourage de l'enfant. Donc ça, c'est des preuves cliniques. Ensuite, depuis qu'on sait que un médicament qui augmente la disponibilité d'un transmetteur, donc la dopamine euh de façon spectaculaire, j'entends vous donnez le médicament et l'enfant est pendant 3, 4 heures comme les autres et ensuite rebellote il est comme avant, donc ça, ça serait difficilement acceptable si c'était un trouble psychologique, j'entends visiblement les médicaments qui augmentent la dopamine, dans certains circuits changent quelque chose, donc ces enfants doivent avoir un défaut là-bas, qu'ils ont hérité, puisque le papa a aussi, probablement eu ce défaut alors il y a eu toute une série d'analyse qui ont euh... démontrer qu'il y avait certains circuits qui fonctionnaient mal, les neuropsychologues peuvent le démontrer, ils peuvent aussi montrer que en mettant le médicament, ça se corrige : fonction exécutive, planifier les choses, contrôler les choses, rester attentif, donc ça peut être prouvé par des tests et puis le... les / restant dans cette hypothèse dopamine, euh ils ont essayé par des imageries fonctionnelles de voir si ces circuits pouvaient être illuminés parce qu'on peut montrer des fonctions ou des territoires qui s'activent lorsqu'on fait certaines tâches et c'était positif dans plusieurs groupes d'enfants hyperactifs ou de jeunes adultes hyperactifs, donc c'est des preuves

J. C'est-à-dire ?

H. C'est des preuves fonctionnelles qu'on peut montrer, on peut montrer au niveau cérébral, par des imageries fonctionnelles qu'il y a des différences entre ces enfants et la population normale

J. Donc si je vous comprends bien (...) un enfant hyperactif / le cerveau d'un enfant hyperactif ne fonctionne pas de la même manière que le cerveau d'un enfant dit normal

H. Exactement, certains circuits / certains circuits fonctionnent différemment et on peut le montrer, (?) très sophistiqué on peut pas l'utiliser comme un test diagnostique, mais ça a été fait, et ça se montre. Et sur ces bases, les généticiens ont fait une liste au fond de gènes candidats euh parce que pour la dopamine fonctionne, il faut qu'elle soit synthétisée, il faut qu'elle soit libérée, il faut qu'elle trouve son récepteur, il faut qu'elle soit réabsorbée pour une nouvelle action etc. donc là, il y a toute une série de gènes candidats impliqués

J. Quand vous dites gènes candidats, ce sont des gènes qui sont... participant

H. Qui pourraient être / qui pourraient être impliqués dans l'histoire. Bon nous, cliniciens, savions déjà que le tableau clinique est variable, donc il y a des formes plus légères, des formes plus sévères, nous savons très bien que chez les garçons, l'hyperactivité, l'impulsivité dominant et nous avons découvert ces dernières années que chez la fille, c'est beaucoup plus discret souvent, et c'est plutôt le... la rêverie, le fait d'être euh pas très attentive, distrait, qui domine, donc ils sont beaucoup moins, on les repère moins bien euh... donc... on savait que c'était peut-être pas un groupe de troubles qui aboutissaient peut-être au même tableau avec des petites variantes que nous reconnaissons cliniquement, donc sur la base de ça, ils ont fait des études en regardant si les gènes candidats / ils ont fait une petite liste, regardé dans / la dopamine, mais aussi l'adrénaline, la sérotonine, d'autres... pour voir si dans ces familles, on trouvait plus souvent certaines particularités du gène et ça a été le cas. Alors actuellement, il y a déjà 8 gènes qui sont impliqués dans cet / dont on sait que certaines / ce qu'on appelle les allèles, certaines particularités de ce gène se retrouvent en / beaucoup plus fréquemment, donc ils sont associés à la maladie. Ça ne veut pas dire qu'ils causent la maladie, mais qu'ils sont associés à la maladie, donc on a vraiment actuellement des preuves que c'est un problème... qu'on hérite.

J. Si on se place du point de vue des parents (...) euh comment faire pour être certain qu'on est bien face à un diagnostic d'hyperactivité ? parce que j'étais frappée en lisant votre livre de reconnaître d'abord certaines caractéristiques de certains de mes enfants, je pouvais me dire : ah ben tiens, donc finalement on se dit : est-ce que mes enfants / ou certains de mes enfants ont été hyperactifs ou candidat à ça

H. Hyperactifs ou très actifs

J. la frontière est relativement mince parce que vous parliez tout à l'heure de cette impatience ou cette difficulté à résister à la frustration qu'ont les enfants hyperactifs, tous les enfants ont plus ou moins de difficulté à ça

H. Tout à fait, bien sûr, c'est une question fréquemment posée : est-ce que c'est un mythe cette histoire, est-ce que c'est simplement, je dirais, la forme extrême d'un spectre d'activité des enfants, est-ce qu'on est au bout ? non alors je crois que... on reconnaît ces enfants, j'entends il y a des

enfants très actifs, il y a des enfants turbulents, il y a beaucoup d'enfants hyperactifs pour d'autres raisons, raisons sociales, maltraitance, enfin il y a beaucoup d'autres raisons d'être hyperactifs, mais ces enfants qu'on appelle des enfants avec le trouble THADA sorte véritablement du lot, c'est-à-dire ils présentent un ensemble de particularités qui les mettent vraiment dans un panier à part, et c'est pas un enfant qui est simplement très actif parce qu'il est / je sais pas / d'origine méditerranéenne ou... en comparaison par exemple avec un enfant suédois, c'est pas du tout ça. Ils ont un ensemble de particularités qui fait qu'ils sortent du lot dans la famille, ils sortent du lot à l'école, ils sortent du lot à votre cabinet parce qu'on les reconnaît, vraiment quand on a un peu l'habitude de les voir on les reconnaît euh ou on les suspecte disons euh cliniquement. C'est des enfants différents. Donc je crois que l'entité clinique est maintenant reconnue, donc vous savez qu'il y a toute une liste de critères diagnostiques qu'on essaye de réunir, à l'aide de... du questionnaire verbal ou par écrit, il y a des questionnaires et que ces enfants doivent réunir un certain nombre de critères pour être diagnostiqués euh... je... j'ai dit qu'on les reconnaît. Ça veut pas dire qu'il faut 10 minutes pour avoir fait le tour du problème. Non, je crois que c'est une règle et j'insiste beaucoup hein à l'hôpital des enfants là-dessus, il faut approcher le diagnostic le plus précisément possible et pour ça, on a besoin d'autres évaluations que l'observation et l'anamnèse. Donc ces enfants ont un examen neurologique, ces enfants doivent passer des tests pour / et ces enfants doivent avoir une évaluation psychologique, justement pour voir s'il n'y a pas un autre problème. Peut-être ajouté, peut-être qui expliquerait lui seul, mais qui serait lié ou qui serait associé parce que... autant que l'évaluation de ces enfants pluri-disciplinaire, la prise en charge doit être pluri-disciplinaire et il faut tenir compte de différents aspects pour permettre à ces enfants, et à ces familles d'avoir une prise en charge vraiment optimale

J. Parce que / si je vous pose la question, parce qu'on sait chacun que le parcours scolaire des enfants est plus ou moins facile, il y a des enseignants avec qui on a des affinités, d'autres avec qui on en n'a pas et toute la... la polémique mais aussi le discours ambiant autour de cette question de l'hyperactivité et du traitement avec le médicament la Ritaline euh... on a / on peut se trouver face à des enseignants qui soit vont désigner un enfant en disant : « il est hyperactif, il dérange ma classe » et donc c'est une manière de se débarrasser du problème, ou les parents vont se poser la question etc. et euh... ben le souci qu'on peut avoir, c'est d'essayer d'éviter de traiter les enfants qui ne sont pas à traiter (commentaires, hiérarchie des soucis différente...), donc ce que vous conseillerez c'est que... dès qu'il y a une suspicion que quelque chose ne fonctionne pas, allez faire des examens approfondis, allez véritablement investiguer...

H. Tout à fait, tout à fait, je crois qu'un enfant qui est suspect d'avoir des troubles du comportement en classe et qui dérange et qui est distrait, doit avoir une évaluation complète. Tout à fait, c'est très important. Euh actuellement l'école euh... bon toujours je pense l'école demandait qu'on suive et qu'on ne dérange pas et qu'on ait un certain succès académique. Pour ces enfants, malgré une bonne intelligence, qu'il faut aussi évaluer, ont d'énormes difficultés et ils se mettent en échec euh... Donc il y a des décisions scolaires et si on ne reconnaît pas le problème, on va prendre des décisions erronées. Ces enfants donnent souvent l'impression d'être un peu immatures parce qu'ils bougonnent comme un enfant peut-être à 3 ans le fait, mais à 6 ans ne devrait plus le faire, il devrait pouvoir rester tranquille 30 minutes, 45 minutes, donc il donne un sentiment d'être immature et la tendance est très grande de dire : « bon ben il va doubler sa première primaire et puis tout ira bien ». Non, ces enfants auront exactement les mêmes problèmes en doublant et en refaisant la première primaire parce que leur problème n'est pas reconnu et la prise en charge thérapeutique n'est pas là, donc c'est très important qu'il y ait de la collaboration entre les enseignants qui doivent reconnaître le problème ou le suspecter, on leur demande pas de faire un diagnostic, c'est évident, d'étiqueter l'enfant mais de le suspecter et de permettre à cette famille de et à cet enfant, d'avoir une évaluation complète.

J. Quel genre d'adultes devient un enfant hyperactif, parce que ça ne se résout pas, si j'ai bien compris, on reste hyperactif finalement

H. Attendez qu'est-ce que devient un enfant hyperactif à l'âge d'adulte, ouais. Alors euh... ça c'est quelque chose de... qui a beaucoup changé ces dernières années euh... autrefois on disait toujours : bon c'était une infection qui dure pendant quelques années, qui s'estompe gentiment vers l'âge de la puberté, tout rentre dans l'ordre et tout va bien. Alors on s'est aperçu que c'était tout faux, malheureusement c'est tout faux, parce que au fond ce qui se passait, c'est que les enfants à l'âge de... la puberté, de l'adolescence, ils ne vont plus chez le médecin, donc le pédiatre qui les suivait ne les voit plus et ne les voyant plus, ils disaient : « ah ben tout va bien, je ne le vois plus », mais c'est pas pour ça qu'il est guéris / pas guéris (rires légers). Alors il y a maintenant / puisque les... ça fait à peu près 40 ans qu'ont débuté les études prospectives aux Etats-Unis, donc on connaît le follow up...

J. Il y a des quinquagénaires hyperactifs

H. Ah oui, peut-être pas quinquas / mais quadragénaires. Et on s'est aperçu que le pronostic n'est au fond pas si rose que ça. Euh d'une part on sait que ça peut guérir ou disparaître ou devenir vraiment...

J. Ou s'apprivoiser peut-être

H. Ou s'apprivoiser dans un... je pense que c'est surtout grâce aux mesures thérapeutiques, mais un enfant bien pris en charge précocement, qui a pu suivre son école, qui a pu avoir son succès euh... je pense que 1/3 environ des patients, guérissent, entre guillemets, et vont bien. Mais on sait que chez 1/3 environ des enfants qui arrivent à l'âge de jeune adulte, il y a quand même encore des... quelques problèmes, donc ils devraient suivre probablement / avoir un suivi psychologique peut-être à plus long terme / on parle pas de médicaments à ce niveau-là, mais simplement que quelqu'un surveille un peu que ça se passe bien, le démarrage dans la vie professionnelle, que / qui nécessite un petit suivi. Et puis il y a quand même 1/3 environ des enfants qui, jeunes adultes, ont des problèmes significatifs

J. Qui vont se manifester comment ?

H. Qui vont se manifester par des difficultés avec leur copain, copine, une certaine impulsivité, c'est-à-dire des décisions hâtives, des coups de gueule alors que c'était pas nécessaire, une réaction démesurée à une peccadille avec quand même des conséquences importantes, claquer la porte à son patron pour un petit truc, bon c'est vrai que ça crée des ennuis, donc ils prennent des décisions hâtives un peu euh : « je fais puis ensuite je réfléchis », qu'ils regrettent. Donc cette impulsivité reste souvent et peu embêter et empoisonner la vie et comme ça a des répercussions sur l'entourage, il s'ensuit très souvent un état dépressif, donc là, pour un tiers, on recommande / j'ai pas d'expérience personnelle là, parce que je m'occupe que des enfants, on recommande en général la poursuite d'un traitement / d'un soutien psy, d'un traitement antidépresseur souvent et d'un traitement éventuellement même de Ritaline et compagnie qui se poursuit. Donc c'est moins rose que ce qu'on croyait. Maintenant ce qu'on sait aussi par ces études, c'est que... le / je dirais l'évolution, il y a certains facteurs qui euh... permettent de prédire un peu et on sait que par exemple les enfants très agressifs, très jeunes, qui mordaient, qui tapaient, qui enlevaient les jouets, qui bouscullaient, ont un moins bon pronostic que les enfants qui n'étaient pas agressifs, c'est un petit groupe, mais on sait que l'agressivité c'est un peu le moins bon pronostic par la suite. On sait aussi que plus l'intelligence est bonne, et dieu sait qu'il y a des enfants dans ce groupe qui sont super intelligent euh favorise aussi le pronostic. Et on sait maintenant que en comparant les différentes modalités thérapeutiques, que le succès à long terme, vient uniquement du traitement combiné, c'est-à-dire il faut absolument associer les mesures thérapeutiques telles que le soutien psychologique, nous n'avons pas parlé des comorbidités, donc si un enfant a en plus un trouble de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, il faut tenir compte de ça, donc il y a plusieurs choses qu'il faut faire, y compris la médication. La médication en soi, aide le mieux, c'est ce qu'il y a de plus spectaculaire, ça permet à l'enfant de bien travailler, mais attention à long terme, la médication seule, ça n'aboutit à rien, il faut vraiment le tout.

J. Là, on est vraiment au cœur de cette polémique hein, pour rappeler en deux mots, il y a d'un côté, les... dans une polémique tranchée, d'un côté les tenants de la médication, donc ce médicament, la Ritaline, qui ... on a le sentiment que ça nous vient des Etats-Unis mais c'est peut-être simplement une pratique euh qui...

H. C'est un médicament Suisse, Bâlois (rires)

J. On a la médication plus leste aux Etats-Unis peut-être, hein donc... on a le sentiment que la mode est venue de là-bas et que... on s'est mis à donner des médicaments aux enfants alors qu'en Suisse, on le faisait pas jusqu'à il y a peu de temps et je lisais dans la presse en fait qu'il y a eu une explosion de la prescription de Ritaline, ces dernières années en Suisse, donc c'est un problème réel.

H. Tout à fait

J. Et puis, d'un autre côté, euh... toujours dans une image très tranchée, les tenants des mesures d'accompagnement, que ce soit psychologique euh yoga... toutes les formes sportives, toutes les formes possibles pour simplement permettre à ces enfants de décharger une énergie qui semble un peu difficile à gérer et quand même de faire un parcours. Et puis, eh ben dans la polémique, c'est un peu les uns contre les autres. Votre discours, si je vous suis bien, c'est : la nécessité d'associer les deux. J'aimerais qu'on s'arrête quand même à cette question de la médication.

H. ouais je crois que c'est une question importante.

J. Euh qu'est-ce que ça veut dire de donner de la Ritaline qui a 7, 8, 10, 12 ans

H. Tout à fait. Alors la Ritaline, à juste titre, est dans le collimateur parce que...

J. Donc la Ritaline, c'est le nom

H. C'est le nom du médicament qui est largement le plus utilisé et qui est, à mon avis, le seul disponible actuellement, en Europe. Aux Etats-Unis il y a d'autres formes médicamenteuses qui sont aussi utilisées, mais on parle surtout de Ritaline. Euh la Ritaline, à juste titre, est dans le collimateur

parce que la Ritaline est uniquement réservée à certains enfants avec une forme sévère de ce problème, qui en ont besoin

J. C'est un calmant en fait '

H. Pas du tout, pas du tout. Alors il faut bien expliquer qu'est-ce que fait la ritaline. C'est pas un stimulant. C'est pas un... un calmant, euh ça n'a pas d'effets paradoxal, pas du tout. Comme je vous ai dit au départ, chez ces enfants certains circuits, au niveau cérébral, dont la majorité probablement fonctionne avec le transmetteur dopamine, ne marche pour différentes raisons pas tout à fait bien. Qu'est-ce qu'elle fait la Ritaline ? et puis les amphétamines, donc qui sont utilisés aux Etats-Unis, ben ça augmente la disponibilité, c'est-à-dire ça freine le départ de la dopamine une fois qu'elle a fait son travail au niveau du récepteur. Donc au fond chez ces enfants, la médication corrige un petit défaut, un manque...

J. Un peu comme les antidépresseurs ? c'est un peu le même genre de...

H. Peut-être, les antidépresseurs ont une certaine activité tout à fait similaire, les tricycliques ont une activité similaire qui permette à certaines substances d'être plus longtemps proches du récepteur et de ce fait de... faire fonctionner ces circuits

J. Mais ça n'est pas un antidépresseur, il faut être très clair

H. Pas du tout. Donc on corrige un défaut et on met ces enfants au niveau normal et c'est ce qu'on voit cliniquement : ces enfants travaillent bien. Alors attention, si vous donnez trop, vous aurez des ennuis

J. Parce qu'ils vont être quoi ? assommés euh

H. Ils sont souvent assommés, ils sont zombies

J. Donc il faut ajuster le dosage de manière assez fine

H. Tout à fait, tout à fait, tout à fait.

J. Qu'est-ce que ça veut dire à long terme ? est-ce qu'il y a une accoutumance, est-ce que ça veut dire que...

H. Non, alors vous corrigez quelque chose et il y a / je dis bien chez les enfants avec ce problème, bien défini, vous corrigez quelque chose bien sûr c'est un médicament qu'on n'aime pas donner parce que on donne à long terme, pendant des années, à des enfants jeunes, c'est normal d'être catastrophé devant cette idée, moi je le suis aussi, j'essaye de l'éviter tant que je peux, mais euh... il a quand même certains avantages ce médicament, c'est qu'il agit pendant 4 heures, et puis vous pouvez le donner la semaine pendant les heures de travail scolaire, et vous pouvez l'arrêter le WE, vous n'avez / vous pouvez l'arrêter pendant les vacances, donc vous / c'est un médicament, une fois qu'on a observé son efficacité, on le met à la carte et puis le / l'enfant plus grand fait ça tout seul, ou l'enfant plus jeune c'est les parents qui le font : on l'utilise quand l'enfant peut en bénéficier. Un médicament qui crée une dépendance, c'est totalement différent, vous êtes obligé de le prendre tous les jours, puis vous avez une augmentation du dosage parce qu'on s'y habitue, alors c'est absolument le contraire avec la Ritaline, il y a pas d'augmentation du dosage, c'est toujours la même petite pilule, que l'enfant soit petit ou grand, la seule chose qui change, c'est évidemment qu'il a un travail scolaire ou extra-scolaire différent à 15 ans que à l'âge de 6 ans et l'enfant qui a 6 ans aura besoin d'un comprimé le matin qui marche très bien et qui lui suffit, un enfant de 15 ans, en classe de collège, en aura probablement besoin pour certains jours d'un deuxième à midi, et pour certains jours un troisième dans le courant de l'après-midi, c'est la seule chose qui change, il peut arrêter le WE, pas tous, mais la majorité, et puis il peut arrêter pendant les vacances ou le prendre en fonction des activités qu'il veut faire

J. Si c'est un après-midi sportif, pas besoin de ritaline, parce que là il va pouvoir se défouler

H. Alors attention, ça c'est très intéressant : comme on a beaucoup de sportifs, euh les parents observent de temps à autre et essaient de donner la Ritaline pour l'activité sportive. Alors c'est tout à fait étonnant, il y a ... j'ai toute une série de hockeyeurs et même de hockeyeuses et qui sous l'effet de la Ritaline sont mauvais, sur la glace, il sont pas bons

J. Pourquoi ils y vont plus, ils bougent plus, ils...

H. Non, ils ont pas la vivacité qu'il faut pour le hockey. Et c'est juste l'inverse pour les footballeurs, alors j'ai 2, 3 footballeurs qui sont absolument nuls quand ils ne sont pas sous Ritaline, parce qu'ils sont toujours loin de l'action, pas proche du ballon, ils ne sont pas intégrés, ils ne suivent pas le jeu et sous Ritaline : formidable. C'est des observations que les parents nous font et c'est tout à fait intéressant.

J. ça reste à expliquer ça

H. Pardon ?

J. ça reste à expliquer ça

H. Oui mais je crois que ça s'explique un peu par euh... par la problématique, l'impossibilité de... ce que demande le jeu / et de suivre et d'être dans l'action.

J. Si on est, je pense que ce qu'on a compris, c'est l'importance / comme souvent d'ailleurs dans ce genre de situation / de déculpabiliser les parents et les enfants... donc de dire : ben c'est un problème, c'est un trouble, c'est pas lié à une mauvaise éducation, c'est pas lié à une déficience des parents, etc.

H. Tout à fait. C'est le but du livre

J. c'est vraiment le discours du livre. Une fois qu'on a fait ça, reste à savoir ce qu'on propose aux parents qui sont confrontés à ce problème-là. Alors on a parlé de la Ritaline, on a parlé de la médication, vous avez souligné que c'était quand même réservé à des cas vraiment sévères. Est-ce qu'on peut obtenir le même type de résultat ou d'amélioration avec d'autres méthodes pour les parents qui seraient vraiment trop réticents à entrer dans une médication

H. Tout à fait. Alors il y a beaucoup d'autres méthodes : alimentaire euh... il y a beaucoup de... disons de méthodes douces qui créent peut-être un lien très privilégié entre la mère et l'enfant euh... je crois qu'il ne faut jamais décourager ça. Cependant euh il ne faut oublier que différents traitements tels que par exemple la logopédie dont beaucoup d'enfants ont besoin parce que 1/4 ont des difficultés d'apprentissage de la lecture, d'autres ont besoin de psychothérapies, ces séances thérapeutiques sont beaucoup moins efficaces ou même pas efficaces du tout, si l'enfant pendant ces séances n'est pas sous l'effet médicamenteux. Il y a pas de dialogue ! j'entends beaucoup de parents m'ont dit : « mais depuis qu'il prend le médicament, je peux parler avec lui, il participe à nos discussions, avant il disait / il disait jamais rien ». Et les thérapeutes nous disent la même chose. Donc les / c'est vraiment la combinaison des deux parce que les traitements autres dont il a absolument besoin, sont beaucoup plus efficaces si l'enfant pendant cette période est là, est présent.

J. Une des difficultés / on parlait d'hyperactivité, de bouillons, d'enfants qui se concentrent mal etc. mais à vous entendre, j'ai l'impression qu'un des... le centre du problème c'est quand même un problème relationnel, c'est une capacité à euh aller vers l'autre, s'intéresser à l'autre, tenir compte de l'autre euh, dialoguer avec l'autre

H. Tout à fait et de l'aborder normalement. Ces enfants sont très impulsifs donc ils vont essayer de s'immiscer dans les groupes, ils vont déranger les autres, ils vont les bousculer, ils vont euh... alors que un petit groupe s'est formé pour discuter de quelque chose, ils vont aller au centre et puis vouloir faire leur place, donc ils sont / ils sont maladroits dans leur rapport des autres enfants, ensuite ils veulent / c'est souvent eux qui veulent édicter les règles du jeu, modifier le jeu, donc ils dérangent les autres et on les veut plus, on les veut plus. Donc les conflits sont inévitables, dus au problème.

J. Est-ce qu'on pourrait imaginer, que vu la fréquence hein, vous disiez en tous cas 5%, on propose à ces enfants-là peut-être une école qui soit plus adaptée à eux

H. Oui, alors je crois que c'est important. Le choix de l'école est... en principe les enfants bien diagnostiqués, bien thérapeutés (*commentaires : sous-entendu le SMP fait mal son boulot*) ou tout s'est bien passé, où il y a l'information scolaire, devraient en toute grande majorité suivre un cursus scolaire normal. Mais c'est vrai que certains enfants ont vraiment des difficultés et ont besoin de quelqu'un à côté d'eux, ce que l'école publique ne peut pas faire, donc on recommande pour certains enfants, des classes à petit effectif euh connaissant bien le problème, mais il est évident que l'on a aucunement besoin de classes pour enfants hyperactifs comme certains le proposent, j'entends, c'est pas du tout ça...

J. Parce qu'on parle de classes où on ferait du sport l'après-midi ou du sport le matin où une proportion... où on demande des temps de concentration moins long...

H. Un système très... basé sur des activités personnelles, sportives etc. est peut-être plus favorable pour ces enfants, qu'un système très rigide, très poussé, sur l'apprentissage de l'orthographe, lecture, etc. Donc il y a quelques écoles qui sont peut-être plus adaptées que d'autres

J. En même temps, je... sauf erreur je lisais que l'évolution de la /des méthodes pédagogiques aujourd'hui qui sont beaucoup basée sur l'autonomie, sur la capacité de gérer son travail, de le gérer dans le temps, sur la semaine etc. euh donc une évolution vers une école moins directive et qui responsabilise plus l'enfant, j'ai cru lire en fait que c'était une catastrophe pour les enfants hyperactifs parce qu'on leur demande quelque chose qu'ils ont énormément de peine à fournir

H. Voilà, donc / donc... ils ne peuvent pas faire un programme pour une semaine, il faut vraiment que les consignes se suivent l'une après l'autre et que quelqu'un surveille, que ça soit fait avant de commencer quelque chose d'autre. Donc pour eux de planifier sur une semaine, c'est impossible, c'est impossible

J. Donc il pourrait aussi y avoir des choix pédagogiques, en fait, qui seraient plus adaptés à leur problème

H. Tout à fait, ouais. Est-ce que j'ose revenir rapidement à la Ritaline, parce que je n'ai pas répondu à une de vos questions. J'ose ?

J. Ah bon ? oui bien sûr

H. Vous m'avez posé la question pourquoi il y a tout à coup une augmentation énorme de la Ritaline. Alors je crois qu'il faut dire une chose : aux Etats-Unis, dans certains états, il y a environ 10 ans, il y a eu vraiment une augmentation massive de prescription de différents médicaments, pas seulement la Ritaline, à tous les enfants qui avaient des difficultés scolaires, un peu indépendant de la cause de leur problème et ça a fait une augmentation et un tollé pas possible et à juste titre, donc il faut vraiment, vraiment nous, que nous ne fassions pas la même erreur de distribuer ce médicaments à tous les enfants qui dérangent en classe ou qui ont une difficulté scolaire, non ! et chez nous c'est vraiment la règle, d'évaluer complètement ces enfants avant de décider éventuellement d'un essai thérapeutique : c'est toujours un essai. Et puis vous savez qu'en Suisse, il y a aussi eu, les statistiques le montrent, une augmentation extra-ordinaire de / et c'est / il y a peut-être des abus, je veux bien, il y a peut-être des prescriptions hâtives, je me bats là contre, parce que je trouve que c'est pas un test diagnostic de donner de la ritaline pour voir : est-ce que ça marche ? donc c'était ça ; ça marche pas donc c'était autre chose...puis on / on ne peut pas faire ça. Mais il y a des bonnes raisons aussi pourquoi ça a augmenté, la prescription donc de Ritaline, et une des raisons c'est qu'on a reconnu / on s'est toujours demandé pourquoi il y avait tellement de garçon et pas de filles et on s'est aperçu maintenant que le tableau est très différent et que les filles passent inaperçues. Et maintenant on reconnaît ces filles, qui sont dans la lune, qui n'écoutent pas, qui sont beaucoup plus discrètes, donc elles dérangent moins, donc il y a moins de conflits, donc elles suivent leur classe gentiment, mais on a reconnu qu'elles avaient au fond le même problème, donc c'est une des raisons d'augmentation, c'est qu'on traite aussi maintenant des filles / beaucoup plus de filles. L'autre raison, c'est qu'on s'est aperçu que le traitement est un traitement à long terme et on s'est aperçu qu'il y avait justement des jeunes adultes qui avaient les mêmes problèmes et qui des fois tournent mal, donc il y a aussi une poursuite de la médication. Donc c'est ça les raisons de l'augmentation, c'est pas uniquement parce que tout à coup tout le monde va être sous Ritaline, pas du tout.

J. Ce qu'on peut aussi imaginer c'est que... des enfants hyperactifs auxquels on n'a pas proposé de médication, d'une manière ou d'une autre, c'est un peu ce que je disais tout à l'heure, ont tant bien que mal, apprivoisés leur trouble et se sont organisés avec ça

H. Tout à fait, tout à fait, il y a des enfants / ça existent heureusement

J. Des enfants à qui on va proposer le médicament très jeunes, finalement cet apprentissage-là ils ne le font pas ou alors il va leur falloir le faire à un moment donné, quand ils seront adulte ou quand ils décideront de renoncer au médicament, je ne sais pas, mais euh... c'est peut-être une méthode un peu protestante et très suisse d'imaginer les choses, mais cette manière de faire avec, euh le risque de l'intervention du médicament, c'est qu'on ne l'acquiert jamais

H. Je crois que le début du traitement médicamenteux est vraiment un sujet à controverse et il y a / nous suivons la règle ici que aucun enfant en dessous de 6 ans n'est traité avec des médicaments

J. C'est déjà jeune 6 ans

H. Donc avant l'âge de l'école primaire, et c'est des enfants qui sont en échec scolaire en raison de ce trouble, donc il faut des raisons sérieuses

J. Ouais, faut que ce soit quand même assez massif

H. Ah ouais ! Donc on peut justifier le traitement médicamenteux pour essayer que l'enfant puisse suivre son école et avoir des relations normales en famille et avec son copain. Si c'est pas le cas, ben on a une spirale qui va vers la catastrophe, donc là c'est justifié. Il y a d'autres personnes qui nous disent : « oui mais vous reconnaissez le trouble bien avant, au Jardin d'Enfants, pourquoi vous ne traitez pas déjà »... et je sais qu'il y a des écoles ou des pays où on traite les enfants plus jeunes. Moi je pense que... sauf véritablement une exception, il faut garder la règle que les enfants avant l'âge de l'école publique, donc l'école primaire, ne devraient pas être sous médication, là je me bats pour qu'on commence pas ces traitements très jeune. La psychomotricité, les soutiens psychologiques, l'aide à la famille, l'information bien sûr permet souvent de passer les premières années euh avec des mesures aussi au Jardin d'Enfant qui permettent d'éviter ça

J. Il y a un dernier point que j'aimerais aborder avec vous d'une manière peut-être un petit peu plus légère. En lisant ce livre, je me disais finalement euh on désigne comme entre guillemets malades ou en tous cas sujets à trouble ces enfants hyperactifs et la profession que j'exerce m'apparaissait tout à coup comme s'adressant à une population d'hyperactifs euh les écoles de journalisme, les rédactions, et les... et toutes les écoles de publicité...(Fin de la première face) ...stimulant, que il faut leur proposer une espèce de renouvellement permanent pour maintenir leur attention, donc je me disais : finalement on traite et on désigne comme malade des enfants qui présentent le... les caractéristiques majeures de la société qui nous fait fonctionner

H. Oui sauf que pour les journalistes etc., ça se passe très bien, vous n'avez pas de conflit avec votre entourage. Ces enfants-là, très rapidement ils sont seuls, on les éjecte, on ne les veut plus, ils sont plus invités, on ne les veut pas parce qu'on sait que ça va mal finir, donc... il y a des répercussions de ce trouble qui sont majeures que vous n'avez pas dans le groupe que vous citez. Donc bien sûr qu'on a tous certaines caractéristiques

J. C'est vrai, parce que quand on zappe devant sa télévision, personne ne... vous ne dérangez personne, c'est ça en fait la différence, peut-être

H. Oui, mais même en société vous allez tenir le coup, tandis que eux ne peuvent pas, quand ils sont en groupes, c'est fini, donc on est obligé de les aider

J. Pour vous c'est clair que l'hyperactivité n'est pas un mal de société ou n'est pas lié à une évolution de notre société

H. Non. (souponne) Non, mais la société change quand même beaucoup notre / la vie de ces enfants, j'entends il faut du succès à l'école, il faut suivre à l'école, les parents ont beaucoup changé aussi, parce que les mamans sont au travail donc il y a moins de mamans au foyer euh... je crois que la société révèle ce problème beaucoup plus à l'heure actuelle qu'elle ne le faisait autrefois. Les familles sont aussi plus petite donc un enfant qui a ce problème va peut-être sauter aux yeux plus facilement que dans une grande famille euh... ou ça bouge de toute façon beaucoup. A l'école, les enseignants demandent quand même / ils sont aussi sous pression, un espèce de challenge d'avoir des bonnes moyennes pour la classe et que tout le monde soit promu etc. et puis là, il y a un enfant dans la classe qui perturbe non seulement *J. son cursus à lui, mais celui des autres*, celui des autres, donc il y a une pression de la société qui est là - *J. Il y a moins de tolérance* - H. ah oui, absolument, donc c'est beaucoup plus embêtant, je dirais, aujourd'hui d'avoir ça que peut-être il y a 50 ans ou 100 ans, ça c'est évident

J. Donc ce qu'on pourrait dire c'est que ces enfants ne se conforment pas à une société qui devient de plus en plus hyperactive mais la société les tolère moins bien parce qu'elle ne sait pas quoi faire

H. Les tolère moins bien, elle les tolère moins bien. Donc la... l'école demande que les enfants quand même suivent certaines consignes, aient une certaine discipline et aient des règles et pour eux c'est difficile, donc ils se trouvent souvent éjectés et puis en étant éjectés, ben ces enfants vont retrouver d'autres enfants éjectés peut-être pour d'autres raisons et risquent de mal terminer (*Commentaires : allusion à la politique de prise en charge du SMP*).

J. Donc c'est une espèce de stigmatisation, et de mise à l'écart

H. Ouais, ouais, ouais. Il faut vraiment que nous fassions tout pour que même avec des médicaments, ils puissent suivre l'école et être heureux, avec leur famille et avec une école qui marche bien, et on peut.

J. Mais c'est vrai que c'est quand même difficilement acceptable, en tous cas moi j'ai une réticence à me dire : on va donner des médicaments à ces enfants, simplement parce que l'école, les familles, la société n'est plus ... n'est plus capable de faire avec eux, c'est-à-dire d'accepter leur particularité et peut-être leurs difficultés (commentaires : tout dépend de l'interprétation de la différence, de la particularité).

H. L'alternative ?

J. Je ne sais pas, mais c'est une vraie question

H. Il n'y en a pas, il n'y en a pas, il n'y en a pas. Alors des alternatives sont souvent proposées, mais il y en a pas, elles aboutissent à l'échec malheureusement, les alternatives

J. les alternatives sont souvent proposées, c'est ?

H. Oui c'est-à-dire euh changer la vie euh... l'aspect plutôt philosophique de la chose euh ça aboutit à l'échec malheureusement, c'est un... ouais, ça ne marche pas

J. c'est l'échec par rapport aux enfants

H. Et de la famille, ouais tout à fait, malheureusement ça ne marche pas... peut-être pour une forme légère, je veux bien mais pour les formes sévères, ça ne marche pas

J. Donc il faut / on n'a pas tellement le choix si je vous comprends bien

H. Non, mais on évalue, on réfléchit, on discute et on fait un essai

J. Une dernière chose que je voulais voir avec vous, Charles-Antoine Haenggeli, très rapidement, donc ce qu'on peut conclure, c'est que face à un diagnostic ou une tentation de diagnostic d'hyperactivité, euh... et puis simplement un pédiatre sans autres formes de procès, prescrit des médicaments, vous ... vous prônez quand même la prudence et vous seriez réticent.

H. Ah tout à fait, non, non, moi / chez nous, c'est impossible de faire comme ça, donc nous insistons beaucoup pour que l'évaluation soit complète et puis que euh...

J. Mais ça peut être compliqué, on habite dans une région loin ...

H. ouais, ça prend un mois, ça prend deux mois, mais j'entends c'est pas une histoire... de quelques jours c'est pas... il y a des urgences occasionnellement, quand les parents reçoivent une lettre : « votre enfant, on ne le veut plus à l'école », oui il y a des urgences, c'est évident, mais en général le processus d'évaluation prend un mois, deux mois, et ensuite on se retrouve, on discute et puis nous insistons beaucoup pour que toutes les mesures autres soient en route, c'est-à-dire que nous connaissions le problème et les problèmes annexes, on en n'a pas beaucoup parlé euh soient pris en charge, que les traitements soient mis en route et ensuite on ajoute éventuellement pour la moitié des enfants une médication qui permet à toutes ces mesures d'être fonctionnelles

J. *En Suisse où est-ce qu'on peut trouver ce type d'approche ? à part à l'Hôpital Cantonal de Genève, ça on l'a compris*

H. Ben je crois que tous les neuropédiatres suisses font ça

J. *Mmhmm mais il faut s'adresser à un neuropédiatre*

H. Je pense que le neuropédiatre connaît quand même le mieux le problème et... oui, à mon avis, oui.

J. *ça peut signifier des démarches assez compliquées pour les gens qui vivent à distance d'un hôpital universitaire*

H. Oui alors il est évident qu'aux Etats-Unis, c'est peut-être plus facile puisqu'il existe des groupes où il y a quelqu'un qui évalue le développement, où il y a le neuropédiatre, il y a le neurologue, il y a peut-être un généticien, il y a une psychologue, tout est regroupé. Chez nous, c'est peut-être un petit peu plus difficile parce que les différentes personnes ne sont peut-être pas sur le même lieu.

J. *Il y a des associations de parents, c'est déjà organisé*

H. Tout à fait. Ah oui tout à fait, oui, oui, bien sûr, qui font des conférences, qui enseignent, qui ont un site internet qui permette à tout le monde de se renseigner et de partir plus loin pour avoir de l'information nécessaire

J. *Donc je propose en fait aux auditeurs qui seraient intéressés, de consulter notre site internet euh le meilleur des mondes sur le site de la radio suisse romande et on mettra les liens avec ces sites-là. Euh Charles-Antoine Haenggeli, je vous remercie, et je rappelle le titre de ce livre très facile à aborder qui est vraiment destiné aux gens qui sont confrontés à ce problème : « Toby et Lucy, deux enfants hyperactifs » (...)*

Le Meilleur des mondes : production de Lison Mérique pour Espace 2, rediffusée le dimanche 21h RSR/espace 2. 1010 Lausanne. mdm@rsr.ch. Commander la cassette au 026 323 24 24.

Fin de l'émission. Précision ajoutée : sur le fait que nombreux opposants à la Ritaline appartiennent à la Commission des Citoyens.... Qui fait partie de la Scientologie.

Sur le site rsr :

<http://212.74.180.106/view.asp?DomID=648&ClickedDate=9/29/2002#Dimanche>

Charles-Antoine Haenggeli, neuropédiatre

pour son livre ***Toby et Lucy, deux enfants hyperactifs***, aux éditions Georg.

Illustrations de **Pécub**.

Entre 1996 et 2000, les prescriptions de ritaline, le médicament qui "soigne" l'hyperactivité, ont augmenté de 690% en Suisse. Ce simple chiffre indique bien l'ampleur du problème et explique à lui seul la polémique qui s'est déclenchée depuis quelques années.

Le Dr **Charles-Antoine Haenggeli** est neuropédiatre à l'Hôpital cantonal et universitaire de Genève où il voit passer des centaines d'enfants suspectés d'être hyperactifs. Il a tenu à publier un livre de vulgarisation, illustré par Pécub, destiné à expliquer la nature de ce trouble aux enfants qui en sont atteints comme aux familles dont un des membres l'est. Une manière de dédramatiser et déculpabiliser chacun. L'occasion de souligner que l'hyperactivité est réellement un trouble neurologique, dont l'intensité peut varier, mais qui n'est pas lié à une mauvaise éducation ou à une mauvaise volonté de l'enfant. Il est donc important de faire un diagnostic précis avant de décider si une prescription de ritaline s'impose ou non.

Au-delà de la polémique, précisons que la décision d'administrer ou non un médicament à un enfant appartient aux parents, en collaboration avec l'équipe médicale. Parmi les plus farouches opposants à la ritaline, on trouve la Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme, un organisme d'origine américaine, qui est étroitement liée à l'Eglise de Scientologie.

Les parents d'enfants hyperactifs se sont organisés en associations : l'**ASPEDAH**, Association Suisse Romande de Parents d'Enfants avec Déficit d'Attention et/ou Hyperactivité et **HYPSONS**, Hyperactivité – SOS.

**Retranscription des Textes de C.A. Haenggeli,
Toby et Lucy, deux enfants hyperactifs**

Georg, 2002

[p.5]

Encore un bouquin sur le THADA !

Il est vrai qu'il en existe déjà beaucoup, des petits et des gros. En plus il existe des centaines de publications, des films et des vidéos.

Mais il n'y a pas de bouquin qui explique aux enfants pourquoi leur vie à l'école et à la maison est si difficile, et comment nous pouvons les aider.

Ce livre est donc destiné en premier lieu aux enfants avec le THADA, mais aussi à leurs frères et sœurs et à leurs parents, ainsi qu'aux enseignants et à toutes les personnes intéressées à apporter leur aide.

Dans ce but, nous avons essayé de décrire notre concept du THADA en termes simples, tout en donnant des informations justes, objectives et aussi complètes que possible. L'utilisation de quelques termes scientifiques est inévitable, mais nous nous sommes efforcés de les expliquer.

Afin d'ajouter l'utile à l'agréable, nous avons illustré le texte par de très nombreux dessins. Le bouquin est ainsi devenu une BD.

Texte et dessins sont le fruit des témoignages de plusieurs centaines d'enfants, de leurs parents et de leurs enseignants, reçus lors des consultations de neuropédiatre à l'Hôpital des Enfants à Genève, complétés par les connaissances acquises par l'étude de l'abondante littérature, lors d'entretiens, de conférences, et de journées de formation.

Grâce au talent de Pécut, Toby & Lucy sont les deux héros qui nous accompagneront tout au long de ce livre.

[p.6] *C'est quoi, le Thada ?*

THADA est le terme, pas très joli, inventé en réunissant les premières lettres de Trouble Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention.

C'est dans les pays où l'on parle français, le nom donné à cet ensemble de difficultés, dont les principales sont celles d'être hyperactif et impulsif, d'être peu attentif et d'être facilement distrait en classe.

Dans les pays où l'on parle l'anglais... = ADHD

Beaucoup d'autres noms ont été donnés à ce trouble, qui est connu depuis fort longtemps, puisqu'il a déjà été décrit en 1845 par Heinrich Hoffmann, qui appela son fils « Zappelphilipp », ce qui signifie « Philippe qui gigote sans cesse ».

Le THADA n'est pas rare. Trois à cinq pour cent des enfants en âge scolaire en souffrent. Les garçons sont plus souvent atteints que les filles.

Les difficultés observées chez les enfants avec le THADA peuvent être résumées ainsi : **Ces enfants sont plus actifs que les autres**. En classe, ils bougent et parlent beaucoup, ils sont incapables de rester tranquillement assis et dérangent leur camarades.

[8]

Ils sont impulsifs, ne peuvent se contrôler, parlent haut et fort, n'attendent pas leur tour, agissent avant de réfléchir et répondent avant même que l'enseignant n'ait terminé de poser la question.

Ils ont des difficultés à se concentrer sur leur travail et sont facilement distraits par tout ce qui se passe autour d'eux. Ils sont incapables d'écouter attentivement les consignes et donnent souvent l'impression d'être dans la lune.

[9]

A domicile aussi ils ont la bougeotte, tiennent difficilement en place, changent sans cesse d'activité, commencent mille jeux, mais ne les terminent jamais.

Le nombre des signes du THADA et leur sévérité varient d'un enfant à l'autre. Certains enfants sont plutôt hyperactifs et impulsifs, d'autres plutôt inattentifs et distraits. Cependant, tous présentent suffisamment de caractéristiques communes pour être distingués d'autres enfants qui sont peut-être aussi très actifs ou facilement distraits pour d'autres raisons. Les enfants avec le THADA sortent du lot, aussi bien dans leur famille que dans leur classe.

Dans les chapitres qui suivent, nous essayerons de décrire plus en détail ce trouble, ses signes cliniques, ses causes, les mesures thérapeutiques.

Cependant, une fois n'est pas coutume, nous commencerons par la description des qualités des enfants avec le THADA, car elles sont nombreuses, et non pas des difficultés, même si celles-ci sont grandes.

[10] *Les enfants avec le THADA sont formidables*

Les enfants avec le THADA sont des enfants intelligents. Ils sont pleins d'imagination, curieux et créatifs.

Il y a parmi eux des enfants surdoués et même des génies. Saviez-vous que le physicien Albert Einstein, Prix Nobel, que l'écrivain Jules Verne, auteur des « Vingt mille lieues sous les mers », que le cinéaste Walt Disney, créateur de Mickey, Daisy et Bambi, que le biologiste Louis Pasteur, qui inventa la pasteurisation, que le musicien Wolfgang Amadeus Mozart, compositeur de la « Flûte enchantée », et bien d'autres célébrités, avaient été des enfants avec le THADA ?

Ils ne tolèrent pas l'injustice et prennent fait et cause pour les faibles.

Ils ont une mémoire d'éléphant et peuvent se souvenir d'événements que leurs frères, sœurs et parents ont oubliés depuis longtemps.

Ils se passionnent pour la nature et adorent partir en explorateur étudier flore et faune

Ils sont doués pour le théâtre et le cirque. Ils sont des clowns merveilleux et des jongleurs époustouflants.

Ils portent avec eux des projets grandioses.

[14] *Le THADA rend la vie difficile*

Malgré toutes ces qualités, les enfants avec le THADA rencontrent beaucoup de difficultés dans la vie de tous les jours, tout particulièrement à l'école et lors d'autres activités de groupe. Ils bougent beaucoup, remuent sur leur chaise, se lèvent et se promènent en classe. Ils sont bavards, parlent haut et fort, et dérangent leurs camarades.

Ils sont distraits, n'écoutent pas les consignes, et n'arrivent pas, malgré toute leur bonne volonté, à se concentrer sur leur travail. Occupés à surveiller le travail des voisins, ils oublient de terminer le leur.

Ils sont incapables d'attendre leur tour. A l'ordre « à vos places... »... ils sont déjà partis !

[16]

Ils ont du désordre sur leur pupitre, tripotent les crayons, les laissent tomber, les brisent. Leurs travaux sont peu soignés. Écriture et tenue des cahiers font le désespoir des enseignants. Ils dépassent les lignes, les caractères changent de taille, ils font beaucoup de fautes par inattention, oublient des détails, effacent, raturent, froissent le papier.

Les résultats sont en dents de scie. Un jour, tout est (presque) parfait, le lendemain, rien ne va plus. Ceci est fort déconcertant pour les enseignants et les parents.

Pour avoir du succès auprès de leurs camarades, ils sont amenés à faire des farces stupides, et ils ne peuvent s'empêcher, même s'ils sont grondés ou punis, de recommencer.

Les enseignants sont rapidement épuisés par la surveillance presque permanente qu'ils doivent exercer pour assurer la bonne marche de la classe. Les mamans sont épuisées par l'effort nécessaire pour surveiller les devoirs. Il faut beaucoup de temps aux enfants avec le THADA pour se mettre en route, et même les devoirs faciles peuvent durer une éternité.

[18]

Ils oublient leurs affaires dans le bus, égarent les gants, le bonnet, le sac à dos.

Les relations avec les copains se gâtent rapidement, en raison de leur fâcheuse habitude d'argumenter, de vouloir avoir le dernier mot, d'aborder les camarades avec maladresse, de les bousculer, de les tirer, d'interrompre leur jeu et de vouloir imposer leurs propres règles.

A domicile, ils changent de jeu sans cesse, passent d'une activité à l'autre, et ne terminent rien.

Cependant, ils sont capables de passer plusieurs heures d'affilée... avec les jeux vidéo, car la vitesse des mouvements, les situations qui changent sans cesse, les interventions rapides qu'elles exigent, leur conviennent à merveille. **Interdits de ces jeux ou de TV,** ils préfèrent se défouler dehors, tout seuls, avec leur vélo, la trottinette ou les patins à roulettes.

[20]

Les repas en famille peuvent devenir un cauchemar. Ils bougent beaucoup à table, renversent la tasse, font voler les frites, se lèvent. Dans bien des familles, ils finissent par manger seuls, avant les autres membres.

Ils ont tendance à interrompre la conversation des parents, exigeant d'être entendus sur-le-champ et de recevoir une réponse immédiatement.

Ils changent brusquement d'humeur et peuvent faire des crises de rage violentes pour un rien. Contrariés, ils se sauveront dans leur chambre en claquant la porte et en boudant.

Les réprimandes et les punitions n'ont pas d'effet sur eux, car ils ne peuvent s'empêcher de refaire ce qui vient de leur être interdit.

[22] *Le THADA peut se manifester avant l'âge scolaire*

Nourrissons, les enfants avec le THADA ont de la peine à attendre leur repas, ils hurlent, se jettent sur le biberon, mangent à tout vitesse, avalent de l'air et souffrent de coliques. Leur sommeil est léger et ils se réveillent plusieurs fois chaque nuit.

Quelques mamans se souviennent que leur enfant avec le THADA avait déjà eu la bougeotte dans leur ventre. Quelques nouveau-nés sont tellement agités qu'ils arrivent à déplacer leur berceau à la pouponnière.

Ils se développent tout à fait normalement, mais dès qu'ils ont appris à marcher... ils courent, grimpent sur les meubles, ouvrent les placards. Ils touchent à tout et obligent les parents à ranger les bibelots hors de portée ou à les enfermer à clé, et de surveiller l'enfant de près lorsqu'ils sont en visite ou dans un magasin.

[24]

Ils ne semblent pas voir le danger, font des bêtises dès que les parents tournent le dos, et doivent être surveillés en permanence.

Certains enfants donnent l'impression d'être montés sur un ressort et n'arrêtent pas un instant de bouger du matin au soir.

Les petits accidents sont fréquents, nécessitant parfois quelques points de suture. Étonnamment, ils se laissent soigner... calmement, donnant l'impression d'être insensibles à la douleur.

A la crèche, certains ont tendance à se montrer agressifs, à arracher les jouets des mains des autres, à taper et à mordre, ou à démolir les constructions de leurs camarades.

Ils sont incapables de rester assis en cercle et d'écouter jusqu'à la fin l'histoire que la maîtresse raconte.

[28] *Avec le THADA, tout se complique*

Bien sûr, nous avons exagéré. Toutes les difficultés que nous venons de décrire ne sont heureusement pas observées chez tous les enfants avec le THADA. Elles sont néanmoins présentes en grand nombre et assez sévères pour rendre la vie de tous les jours difficile pour les enfants et leur entourage. Ces enfants sont rapidement repérés et montrés du doigt.

Ce qui est plus grave, c'est que les copains ne veulent plus jouer avec eux, qu'ils perdent l'un après l'autre tous leurs amis, et qu'ils ne sont plus invités aux anniversaires. Cette exclusion, qu'ils ont de la peine à avouer aux parents, porte un méchant coup à l'estime de soi.

Traités injustement de paresseux, d'enfant mal élevé, de mauvais caractère, ils se révoltent, d'autant plus qu'ils sont souvent punis de retenue pour les fautes des autres et deviennent rapidement le souffre-douleur de la classe.

[30]

Parfois, ils sont même exclus des sorties, telles que les courses d'école, la visite d'un musée ou la classe verte.

Toute la famille est évitée par les autres familles et reçoit parfois même des lettres méchantes. Les parents n'osent plus attendre leur enfant au sortir de l'école, de peur de rencontrer les parents mécontents des autres élèves de la classe.

[32]

D'année en année, l'enfant aura plus de difficultés à suivre le programme scolaire. Tôt ou tard, il sera en échec malgré ses bonnes capacités. Il perdra alors toute confiance, se sentira « nul », « incapable », « bon à rien ». Il n'aura plus aucune envie d'aller à l'école. Certains, et c'est encore plus grave, n'auront plus envie de rentrer à la maison, ni même de vivre !

Des conflits surgiront inévitablement entre les parents et les autorités scolaires, concernant les mesures à prendre. Certains enfants vont doubler (mais auront inévitablement les mêmes difficultés !), d'autres vont changer de classe ou d'école, certains se verront refuser l'accès à l'école.

Des conflits éclateront aussi entre les parents, qui se sentent coupables, sans bien savoir pourquoi, car ils ont fait tout ce qui était possible et imaginable pour aider l'enfant (surtout les mamans, les papas ont plutôt tendance à prendre leur distance), et ne savent plus où donner de la tête.

[34] *C'est dû à quoi, le THADA*

En fait, à l'heure actuelle, personne ne connaît la cause précise du problème.

Cependant, tout fait penser qu'à la base, les enfants avec le THADA ont hérité un défaut qui empêche certains circuits cérébraux de fonctionner comme il faut. A n'en pas douter, les difficultés que ceci provoque sont modulées par d'autres facteurs, tels que l'entourage familial et scolaire de l'enfant, la présence ou non de problèmes psychologiques ou de troubles associés au THADA que nous discuterons plus loin. L'intolérance à certains aliments semble également pouvoir jouer un rôle.

Les résultats d'études génétiques, d'études par imagerie cérébrale, de tests neurophysiologiques et des traitements médicamenteux parlent tous en faveur d'un défaut des circuits qui relie la partie antérieure, frontale, du cerveau et des groupes de neurones, appelés les noyaux de la base, circuits qui fonctionnent au moyen du neurotransmetteur appelé dopamine. Ces circuits nous permettent de planifier, d'organiser, d'exécuter et de contrôler un travail avec toute l'attention nécessaire et sans être distraits. (cf. p.40)

Le THADA est héréditaire !

L'origine génétique est démontrée depuis fort longtemps par l'étude de nombreuses familles d'enfant jumeaux et d'enfants adoptés. L'étude de familles a révélé que le THADA est transmis d'une génération à l'autre, et que le risque d'un enfant d'être atteint du THADA est d'environ 50% si l'un des deux parents en a souffert. L'étude des jumeaux a montré que les vrais jumeaux (appelés monozygotes, car issus d'un seul ovule fécondé) sont beaucoup plus souvent concordants, soit atteints les deux, soit non atteints, que les faux jumeaux (...). L'étude d'enfants adoptés a montré que la présence du THADA ne dépend pas de la famille d'accueil, mais des parents biologiques. Les gènes sont donc plus importants que l'entourage.

[36]

Le neurotransmetteur dopamine est la molécule qui transmet le message d'une cellule nerveuse à l'autre dans ces circuits. Elle est fabriquée et libérée par la première cellule nerveuse pour accéder à un site précis, le récepteur, situé dans la membrane de la 2^e cellule. Lorsque le transmetteur est accroché au récepteur, la 2^e cellule est activée. Après avoir fait son travail, la dopamine est décrochée de son récepteur et fait, à l'aide d'un transporteur, le chemin inverse pour se retrouver de retour dans la première cellule, bien emballée et prête pour un nouvel emploi.

Nous savons aujourd'hui que chez certains enfants avec le THADA, le récepteur de la dopamine est mal construit, et la dopamine a des difficultés à y accéder.

[38]

Chez d'autres enfants, c'est au contraire le transporteur qui enlève trop rapidement la dopamine.

Chez d'autres encore, c'est la fabrication, ou synthèse, de la dopamine qui est insuffisante et les emballages n'en contiennent pas suffisamment.

La synthèse de la dopamine, des différents éléments qui forment son récepteur, et du transporteur, se fait sous le contrôle de différents gènes. Actuellement, les chercheurs ont déjà identifié huit anomalies génétiques, qui augmentent la susceptibilité au THADA. Si la majorité de ces gènes concernent le métabolisme de la dopamine, d'autres concernent le métabolisme d'autres neurotransmetteurs, tels que la noradrénaline, la sérotonine, et même la nicotine (certains adultes qui fument pour se calmer seraient en fait atteints du THADA !). L'implication de plusieurs gènes dans un même trouble est appelée « hétérogénéité génétique », et permet d'expliquer la variabilité des symptômes observée chez les enfants avec le THADA, appelée « hétérogénéité phénotypique », et la réponse variable aux traitements médicamenteux. Elle explique aussi les co-morbidités, dues à des gènes de susceptibilité communs. Ces connaissances permettront de mieux connaître les origines du THADA, d'en préciser les différents types (le THADA doit être considéré comme un groupe d'affections) et de choisir le traitement le plus approprié à chaque cas.

[40]

Au moyen de différentes méthodes d'imagerie et d'enregistrement de l'activité du cerveau, il a pu être démontré qu'il y avait de petites différences entre le cerveau d'enfants ou d'adultes avec le THADA et le

cerveau de sujets sans THADA. Cependant, ces examens sont compliqués, et certains résultats n'ont pas toujours pu être confirmés par d'autres équipes de chercheurs.

L'amélioration immédiate de nombreux symptômes par les médicaments qui augmentent la présence appelée « bio-disponibilité », auprès du récepteur, est un autre argument en faveur du rôle essentiel de la dopamine dans le THADA.

Si les résultats d'études cliniques ne permettent pas de retenir un rôle causal de problèmes psychologiques, il est cependant indéniable que des facteurs psychologiques jouent un rôle très important dans l'évolution du THADA. Un entourage défavorable, à domicile ou à l'école, ou la présence d'autres problèmes que le THADA, aggravera les difficultés et pourra faire tourner la spirale dans le mauvais sens. Finalement, rien n'ira plus pour l'enfant.

[42] *Chez certains enfants, il y a plus que le THADA*

Chez un quart environ des enfants, d'autres difficultés s'ajoutent au THADA. Ceci n'est cependant pas le fruit du hasard. Au contraire, ces différents troubles sont liés, car ils touchent les mêmes circuits ou des circuits voisins, et sont eux aussi héréditaires. Leur association n'étant pas fortuite, il est permis de troubles associés ou « co-morbidité ».

Les co-morbidités le plus fréquemment associées au THADA sont au nombre de trois : la dyslexie, la maladie des tics et le trouble obsessionnel-compulsif. Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et dépressifs et le comportement oppositionnel des adolescents sont aussi associés au THADA, mais plutôt comme des conséquences que des co-morbidités.

[44]

La dyslexie est un trouble de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Les enfants qui en sont atteints ont tendance à inverser les lettres qui se ressemblent, (...) La dyslexie, qui peut toucher des enfants très intelligents, est une des sources majeures de découragement chez les enfants atteints du THADA.

La maladie des tics se manifeste par des mouvements rapides, brefs, involontaires, par exemple le clignement d'un œil, une grimace, une secousse de la tête ou d'un bras. En plus de ces tics moteurs, il existe des tics vocaux (...) Aussi bien les tics moteurs que les tics vocaux peuvent être plus complexes, sous forme de gestes ou de mots (souvent vilains) ou de petite phrase (...)

Le trouble obsessionnel-compulsif est caractérisé par des obsessions persistantes, c'est-à-dire des pensées qui persécutent ou des gestes que le patient doit impérativement exécuter pour soulager une tension interne, par ex. le besoin de se laver sans cesse les mains, de vérifier inlassablement la même chose, de toucher de manière répétitive un objet, de poser les pieds au même endroit.

Le diagnostic de ces co-morbidités et des autres troubles associés se fait en questionnant l'enfant et ses parents, en observant l'enfant, et par des examens complémentaires : évaluation logopédique en cas de suspicion de dyslexie, évaluation pédopsychiatrique en cas de suspicion de troubles obsessionnel-compulsif, anxieux ou dépressif. Le diagnostic de ces troubles est très important pour deux raisons : d'une part, ils nécessitent chacun une prise en charge thérapeutique spécifique, logopédie pour la dyslexie, soutien psychologique et parfois médicamenteux pour la maladie des tics, psychothérapie pour le trouble obsessionnel compulsif, d'autre part, certains médicaments utilisés pour traiter le THADA peuvent aggraver les tics ou le comportement obsessionnel-compulsif.

[46] *Comment faire le diagnostic*

Le diagnostic du THADA et des troubles associés n'est pas un diagnostic facile. Il n'existe pas de test biologique, par exemple au moyen de l'analyse d'un prélèvement de sang ou d'un échantillon d'urines. Le diagnostic est donc clinique, et il est complexe, en raison du fait que le THADA constitue un groupe hétérogène, qu'il peut s'accompagner d'une ou de plusieurs co-morbidités, et que son expression est grandement influencée par de nombreux facteurs, tels que l'âge, la famille, l'école.

Il ne faut jamais oublier que des symptômes similaires à ceux du THADA, par exemple l'hyperactivité ou le manque d'attention, des troubles du comportement et des difficultés scolaires peuvent être causés par des problèmes tout autres que le THADA.

Le diagnostic peut être suspecté par la description faite par les parents, l'enfant et les enseignants. Il peut être précisé par les réponses à des questionnaires qui permettent d'évaluer les difficultés et de répertorier les critères diagnostiques, qui ont été définis par des spécialistes. Il sera confirmé par l'observation de l'enfant, l'évaluation des capacités cognitives et de l'attention par des tests spécifiques. D'autres examens seront nécessaires en cas de suspicion de la présence d'une co-morbidité.

[48]

Il est important de ne pas passer à côté du diagnostic, car cela signifierait de passer à côté de l'aide possible et nécessaire pour l'enfant, sa famille et sa classe !

Cependant, s'il ne faut pas tarder à établir le diagnostic, car tout retard dans la prise en charge augmente le risque de voir l'enfant se décourager, perdre confiance et se retrouver en échec scolaire, il ne faut pas non plus se précipiter et établir un diagnostic à la hâte, car il pourrait conduire à des erreurs de prise en charge et des traitements inappropriés.

L'approche diagnostique doit toujours être pluridisciplinaire. Plusieurs évaluations et plusieurs tests sont nécessaires, requérant l'expertise de différents spécialistes : pédiatre et neuropédiatre, psychologue et pédopsychiatre, logopédiste, neuropsychologue, psychomotricienne. Chacun a son rôle à jouer, pour établir le diagnostic, pour la mise en route des mesures thérapeutiques, puis pour le contrôle de l'efficacité de ces mesures et des progrès accomplis.

[50]

Pédiatre et neuropédiatre sont en général les premiers à être consultés, souvent à la demande des enseignants. Ils écouteront attentivement l'enfant et ses parents, et poseront de nombreuses questions sur les difficultés actuelles et passées, sur les maladies et les accidents. Ils chercheront à savoir si d'autres personnes de la famille (tout particulièrement père et grand-père, car les personnes de sexe masculin sont plus fréquemment atteintes) ont, ou ont eu, des difficultés similaires.

Ils observeront le comportement de l'enfant lors de la consultation (mieux encore, lorsque l'enfant joue avec d'autres enfants à la salle d'attente), puis feront un examen clinique et un examen neurologique. Ces deux examens sont normaux chez les enfants avec le THADA, mais ils permettront d'éliminer certaines affections, congénitales ou acquises, pouvant causer des symptômes similaires.

Le neuropédiatre recherchera les « petits signes » observés chez la majorité des enfants jeunes avec le THADA, en particulier l'incapacité de suivre un objet des yeux sans faire des saccades, l'hypotonie et l'hyperlaxité au niveau des bras avec mains de polichinelle, les difficultés à faire les marionnettes.

Il observera les signes d'impulsivité, par exemple le fait de tordre le doigt de l'examineur plutôt que de le serrer, ou de shooter le ballon avec une fougue démesurée.

[54]

Par des questions précises, il cherchera la présence des critères diagnostiques du THADA, répertoriés dans le Manuel de l'Association Américaine de Psychiatrie, le Diagnostic and Statistical Manual, 4^e édition (DSM-IV), ou dans la liste très similaire établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la International Classification of Diseases, 10^e édition (ICD-10). La présence ou l'absence des différents critères, regroupés dans les domaines manque d'attention, hyperactivité et impulsivité, permettra de reconnaître les trois sous-types du THADA habituellement distingués : - trouble de l'attention prédominant, - trouble hyperactif/impulsif prédominant, - trouble mixte (de loin le plus fréquent). Pour être valides, les anomalies doivent être sévères, elles doivent être présentes aussi bien à l'école qu'à domicile ou sur la place de jeux, elles doivent être incompatibles avec l'âge de l'enfant (un enfant plus jeune a le droit d'être moins attentif et de bouger plus !). Elles doivent avoir débuté avant l'âge de six ans et être présentes depuis au moins six mois sans interruption.

[55]

Un moyen simple de collecter les informations pertinentes concernant les difficultés à l'école qui sont le plus souvent à l'origine de la consultation, mais que le médecin ne peut que difficilement observer lui-même, est de demander aux parents de transmettre aux enseignants un questionnaire tel que celui établi par Conners (Conners Rating Scale) ou celui de Barkley (Barkley Rating Scale). Ce même questionnaire, complété quelques mois après la mise en route des mesures thérapeutiques, permettra d'évaluer l'évolution

Les « psys », c'est-à-dire psychologues et psychiatres pour enfants, ont un rôle très important à jouer. Ils doivent en effet répondre à de très nombreuses questions : - les difficultés pourraient-elles avoir une autre cause, par exemple un retard mental, un conflit familial, une maltraitance, un surmenage ? – quelles sont les capacités cognitives de l'enfant, sont-elles homogènes ? L'enfant est-il surdoué et dérange-t-il à l'école parce qu'il s'ennuie ? C'est le test appelé Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) qui permet de donner la réponse. – l'enfant est-il capable de rester attentif et de ne pas se laisser distraire ?

C'est le Continuous Performance Test (CPT) qui permet d'y répondre. – existe-t-il une co-morbidité, par exemple un comportement obsessionnel-compulsif ? – existe-t-il des signes d'un autre problème psychologique, par exemple un trouble anxieux ou un état dépressif ? – quelles sont les répercussions des difficultés sur la vie de l'enfant et de sa famille ?

Pour certains enfants, l'évaluation devra être complétée par d'autres examens encore, par exemple une évaluation neuropsychologique chez les enfants suspectés d'avoir des troubles de la reconnaissance des formes, de l'orientation dans l'espace (troubles visuo-spatiaux), un examen logopédique chez les enfants suspectés de dyslexie, un examen psychomoteur chez les enfants qui ont des troubles de la motricité globale, révélés à la gymnastique, ou des troubles de la motricité fine, révélés par des difficultés à écrire, à dessiner ou à bricoler.

[58] *Comment aider les enfants avec le THADA*

Comme nous l'avons vu, l'évaluation diagnostique est pluridisciplinaire et nécessite la collaboration d'une équipe de spécialistes. Il en est de même pour la mise en route du traitement. Le succès de la prise en charge thérapeutique vient de la complémentarité des différentes mesures

Dans un premier temps, il faut informer la famille et expliquer les résultats des différents examens et tests pratiqués, les conclusions, le diagnostic, la nature du THADA, ses causes et son traitement. Cette information apporte en elle-même déjà une aide car elle soulage et déculpabilise. Ouf ! Ce n'est pas de notre faute ! Ce n'est pas dû à une mauvaise éducation ! Ce n'est pas parce que j'ai repris mon travail ! Ce n'est pas parce que la petite sœur est née ! Notre garçon n'est pas un enfant paresseux et il n'a pas mauvais caractère !

Au cours de cet entretien, il sera possible de proposer aux parents qui le désirent des revues, livres, vidéos, adresses d'associations de parents ou de site internet.

Enfant et parents apprendront ainsi qu'il ne sont de loin pas seuls et que beaucoup d'autres familles ont les mêmes difficultés

[60]

Dans un deuxième temps, il faudra donner des conseils à la famille. Leur but est d'apprendre à gérer les conflits et encore mieux à les éviter. Le fait d'être en opposition permanente avec tout son entourage est particulièrement difficile pour l'enfant. L'établissement de quelques règles claires et simples pour la vie de tous les jours, auxquelles doivent se tenir l'enfant et les deux parents est important. Etre positif, louer l'enfant, l'encourager, lui faire confiance, fermer les yeux sur les petites infractions et éviter les comparaisons, sont des comportements qui permettront à l'enfant de reprendre confiance.

L'établissement d'une routine pour toutes les activités de la journée, aussi bien les jours scolaires que les jours de congé, le WE et les vacances, concernant les repas, la TV, les devoirs, les loisirs, le jeu avec les camarades, les rendez-vous avec copain ou copine, donnera des points de repère rassurants à l'enfant.

Des conseils devront aussi être donnés aux enseignants. L'enfant devra être assis au premier rang, en face de l'enseignant pour faciliter la surveillance, le contact visuel, une complicité, les petits signes d'encouragement, la main réconfortante sur l'épaule.

L'enfant devra être assis à bonne distance des sources de distraction et entouré de camarades calmes. Son pupitre sera libéré de tout ce qui n'est pas indispensable à son travail.

[62]

Les matières scolaires devront lui être présentées par petites portions, étape par étape et autant que possible sous forme audio-visuelle. L'enfant devra respecter des règles claires et simples et constantes. L'appui individuel, donné par une aide pédagogique pendant quelques heures par semaine, peut être très bénéfique. L'enfant devra pouvoir disposer d'un peu de temps supplémentaire pour terminer ses travaux. La participation à des ateliers d'apprentissage pourra aider l'enfant à mieux organiser son travail. Toutes ces mesures permettent à la majorité des enfants avec le THADA de poursuivre une scolarité normale.

Les bons résultats et les réussites devront être soulignés, et les échecs ne devront en aucun cas conduire à une réprimande devant tous les camarades. Qualités et points forts de l'enfant devront être reconnus et cultivés.

Si l'enfant ne tient plus en place, l'enseignant lui donnera un petit travail, une responsabilité, par exemple nettoyer le tableau noir, vider la poubelle, chercher un livre, ou lui donnera quelques minutes pour se défouler. Une brève séance de gym pour toute la classe est une alternative.

Toute dérogation de la routine quotidienne devra être annoncée bien à l'avance. Excursions, visites, courses d'école, changement d'horaire sont à même de perturber l'enfant avec le THADA.

[64]

Les enfants (et les parents !) qui ont beaucoup souffert de leurs difficultés, qui ont perdu toute confiance et sont déprimés, ainsi que les enfants qui souffrent d'anxiété, de tics ou de trouble obsessionnel-compulsif, auront besoin de l'aide et des encouragements d'un psychothérapeute pour s'en sortir.

Tout ceci paraît déjà être beaucoup, mais ce n'est de loin pas tout. Pour les enfants avec des troubles de la motricité, il faudra ajouter un traitement de psychomotricité.

Pour les enfants présentant un trouble spécifique de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, la logopédie est indispensable.

Même si aucune étude scientifique n'a permis de le prouver, des régimes alimentaires atténuent les symptômes du THADA chez certains enfants. Ainsi les régimes oligo-antigéniques donnent des résultats chez les enfants souffrant d'une intolérance alimentaire. Il ne faut donc pas décourager les mamans qui désirent en faire l'expérience, ou qui ont observé une amélioration en éliminant certains aliments.

[66] *Traitement médicamenteux : le consensus*

A toutes ces mesures et traitements il est indiqué d'ajouter, chez la moitié des enfants environ, un traitement médicamenteux. Ce traitement ne sera prescrit qu'une fois les autres mesures mises en route. L'effet bénéfique sur les symptômes majeurs, le manque d'attention, la distraction, l'hyperactivité et l'impulsivité, permettra aux enfants de travailler à l'école comme leurs camarades. Le méthylphénidate est la substance la plus utilisée à travers le monde, dans le but d'atténuer les symptômes du THADA. C'est un médicament qui est efficace chez trois enfants sur quatre, et qui est bien toléré par la majorité des enfants traités. Le méthylphénidate est un vieux médicament. Il a été découvert en 1944 déjà par le chimiste Leandro Panizzon, qui lui a donné le nom de Ritaline, en l'honneur de son épouse, Margherita, ou Rita. C'est au milieu des années soixante que son effet bénéfique chez les enfants avec le THADA a été découvert.

De très nombreuses études ont confirmé depuis lors son efficacité. Le méthylphénidate a un effet immédiat, souvent spectaculaire, parfois « miraculeux » : l'enfant est assis tranquillement, il fait son travail comme ses camarades, il est attentif, participe, termine ses travaux. Son écriture est transformée, les fautes d'orthographe ont diminué, la tenue des cahiers est exemplaire !

Chez la moitié des enfants traités, parents et enseignants s'exclament : « c'est un autre enfant », « c'est comme l'eau et le vie », « c'est comme le jour et la nuit », « nous revivons tous », « il n'arrête plus de travailler », « il veut aller à l'école le dimanche ».

[69]

Cependant, même si l'effet immédiat est excellent, l'effet bénéfique à long terme n'est possible que si le médicament complète les autres mesures thérapeutiques. Seul le traitement complet apporte une amélioration durable, et le médicament ne doit jamais remplacer les autres traitements ! Sous l'effet du médicament, les autres mesures thérapeutiques sont plus efficaces, par exemple l'appui scolaire, la logopédie, le soutien psychothérapeutique. Ensemble, les différentes mesures permet tend à la spirale de tourner dans le bon sens : les bons résultats scolaires, les succès, les progrès académiques permettent à l'enfant de reprendre la confiance la disparition des conflits lui permet de retrouver ses amis.

[70]

Contrairement à ce qui est souvent dit ou écrit, l'effet du méthylphénidate n'est ni stimulant, ni sédatif, ni paradoxal : chez les enfants avec le THADA, et chez eux uniquement, il corrige en partie le défaut de transmission de la dopamine que nous avons décrit plus tôt. En empêchant le transporteur d'enlever trop rapidement la dopamine, il permet à celle-ci d'être active plus longtemps au niveau des récepteurs et donc de mieux activer les circuits dont la bonne fonction est nécessaire pour être attentif et concentré.

Le méthylphénidate agit à faible dose, ce qui est bien. Ce qui est moins bien, c'est qu'il n'agit que pendant quatre heures, en fonction des horaires scolaires. Ainsi la majorité des enfants dans les premières classes primaires prennent un comprimé de 10 mg le matin avant de partir pour l'école. Les enfants plus grands prennent une deuxième dose de 10 mg en début d'après-midi. Les adolescents

prennent parfois une troisième dose de 10 mg au milieu de l'après-midi, pour les devoirs et les activités extrascolaires.

[71]

Fort d'une expérience de plus de quarante ans, il est aussi permis d'affirmer que le méthylphénidate, qui n'est pas une amphétamine, mais pipérazine, est une substance sans danger, sans effets secondaires majeurs, ni à court terme, ni à long terme, et qui maintient son effet bénéfique tout au long du traitement. Cependant, si elle agit sur les symptômes du THADA, elle ne les guérit pas !

Les effets secondaires sont peu nombreux, légers et souvent passagers : certains enfants se plaignent d'avoir mal au ventre, ou mal à la tête. La majorité ont peu d'appétit à midi et ont de la peine à s'endormir le soir. L'effet sur le pouls, qui peut s'accélérer, ou sur la tension artérielle, qui peut être un peu plus élevée, est minime.

[72]

En cas de surdosage (un comprimé de 10mg peut être trop fort pour un enfant de six ans), parents et enseignants observent un enfant « zombie », qui paraît déprimé. La réduction immédiate du dosage et un contrôle sont alors impératifs.

Un léger ralentissement de la croissance a été rapporté, mais des études contrôlées ont montré par la suite que cet effet était minime et passager, et que les enfants avaient une taille normale après la puberté.

[73]

Attention : le méthylphénidate ne sera d'aucune utilité, au contraire, si les difficultés de l'enfant ne sont pas dues au THADA ! Comme nous l'avons déjà dit, il peut aussi aggraver certaines maladies associées. Il peut ainsi faire apparaître ou aggraver la maladie des tics ou le comportement obsessionnel-compulsif. Il ne guérit pas non plus les difficultés d'apprentissage de la lecture ou du calcul !

[74]

Si le début rapide de son effet est bienvenu, l'arrêt assez brutal de son effet environ quatre heures après la prise est souvent mal ressenti, comme un rebond, et peut causer des bagarres aux cuisines scolaires à midi, ou des conflits à domicile le soir. L'expérience avec la forme « retard » du méthylphénidate (appelée SR, pour sustained release), libéré lentement, montre qu'elle ne résout pas toujours ces problèmes. Sa durée d'action n'est pas toujours de huit heures, son efficacité est tardive et moins bonne que celle de la forme « simple ». Cependant les enfants détestent avaler un médicament à midi à l'école, ou oublient de le faire. Une forme de méthylphénidate à prendre une seule fois le matin et qui agit toute la journée à l'école, après l'école pour les devoirs, et encore le soir jusqu'au coucher, est disponible aux Etats-Unis, une autre forme avec les mêmes caractéristiques (Long Acting, LA) le sera bientôt en Europe.

Il existe d'autres médicaments, réservés à un petit nombre d'enfants dans des situations particulières : - la dexamphétamine (Dexamine), utilisée chez les enfants nécessitant une médication, mais ne répondant que peu au méthylphénidate, - un mélange de dexamphétamine et de levoamphétamine (Adderall), disponible aux Etats-Unis, mais pas en Europe, - l'imipramine (Tofranil), parfois prescrite aux enfants avec en plus du THADA un trouble anxieux, un état dépressif, des troubles du sommeil ou une énurésie nocturne (qui font encore pipi au lit après l'âge de huit ans), - la clonidine (Catapresan) pour les enfants avec des tics et pour les enfants très agressifs.

[76] *Traitement médicamenteux : la discordance*

La prescription de méthylphénidate est à juste titre un sujet très controversé. Elle ne doit jamais se faire à la légère, mais au contraire être mûrement réfléchi. Les buts et tous les aspects du traitement doivent être discutés avec les parents et l'enfant. Les effets bénéfiques espérés et les effets secondaires possibles doivent être énumérés.

La première prescription ne doit être faite qu'après l'évaluation complète et la mise en route des autres mesures thérapeutiques. Elle ne doit en aucun cas constituer un test diagnostique.

[78]

A notre avis, il ne doit pas être prescrit aux enfants en âge préscolaire. Chez les enfants jeunes, l'information, les conseils, le soutien psychologique et la psychomotricité suffisent en général.

[79]

L'augmentation énorme du nombre de prescriptions, observée ces dernières années dans de très nombreux pays, doit nous interpellier. Même si elle fait suspecter des abus, elle peut aussi avoir des

explications valables : la reconnaissance du THADA et son diagnostic plus fréquent et plus précoce, la reconnaissance du trouble déficit de l'attention sans hyperactivité chez les filles, l'accord sur la nécessité d'un traitement médicamenteux pour certains enfants, la longue durée du traitement, l'observation de l'évolution défavorable chez certains enfants sans traitement médicamenteux.

[80]

Le méthylphénidate n'induit aucune tolérance : il n'est pas nécessaire d'augmenter le dosage avec l'âge, mais uniquement d'adapter le nombre des prises en fonction de l'horaire scolaire, des devoirs, des autres mesures thérapeutiques et des activités extrascolaires. Il n'induit aucune dépendance chez l'enfant avec le THADA, chez lequel il corrige partiellement le défaut dans les circuits à dopamine. Il a été démontré au contraire que le traitement bien conduit avait un effet préventif sur la toxicomanie et la délinquance.

[81]

Enfant et parents ne doivent en aucun cas être culpabilisés par leur entourage, les grands-parents, les voisins, les enseignants, d'avoir accepté la proposition d'un traitement médicamenteux. Personne n'aurait l'idée de reprocher à un diabétique de prendre l'insuline que son pancréas n'est pas capable de synthétiser en quantité suffisante ! Les remarques du style « qui t'a donné le droit de manger des bonbons à l'école ? » blessent profondément l'enfant.

[82]

La **maman** à laquelle le pharmacien demande « vous êtes sûre, Madame, que vous voulez donner ce médicament à votre petit ? » est culpabilisée une fois de plus inutilement.

[83]

La première prescription sera faite pour une durée d'observation de une à deux semaines, en période scolaire « de croisière ». Les parents devront donner également une ou deux doses à domicile, le mercredi ou le week-end, afin de pouvoir juger eux aussi de l'effet bénéfique et des éventuels effets secondaires, sinon ils risquent de ne voir l'enfant qu'au moment du retour de l'école, lorsque le médicament n'agit plus, et d'avoir l'impression que rien n'a changé ou que les choses sont encore pires. La décision de poursuivre ou non le traitement sera prise après avoir recueilli l'avis des enseignants et des thérapeutes. En cas de poursuite, le nombre de doses sera adapté à l'horaire scolaire et aux autres activités.

[84]

Nous insistons une fois de plus sur le fait que le traitement médicamenteux ne doit en aucun cas remplacer, mais toujours compléter les autres mesures thérapeutiques, tout particulièrement le soutien psychologique. Les bénéfices de ses traitements sont nettement plus grands lorsque l'enfant est sous médicament, et seul l'ensemble des mesures permet le succès à long terme ! Pour la majorité des enfants, le traitement sera limité aux jours scolaires. Cependant, certains enfants ont besoin du traitement également le week-end et parfois aussi pendant les vacances, afin de ne pas gâcher les jours de repos à eux-mêmes et à toute la famille, et de ne pas être renvoyés de la colonie de vacances. Il est recommandé de reprendre le traitement quelques jours avant la reprise de l'école, afin de permettra à l'enfant de partir d'un bon pied, surtout s'il change de classe ou d'école

[85]

La durée du traitement est variable : la majorité des enfants avec le THADA pourront arrêter progressivement de prendre le médicament vers l'âge de la puberté. La poursuite du traitement est cependant nécessaire chez un petit nombre d'adolescents, dont les difficultés continuent à leur rendre la vie difficile. Même si l'hyperactivité a tendance à s'atténuer, les troubles de l'attention et de la concentration, et parfois l'impulsivité, avec décisions hâtives, irréfléchies, peuvent avoir des conséquences fâcheuses. Attention cependant à la prescription chez les adolescents. Chez les enfant ne souffrant pas du THADA, le méthylphénidate peut avoir un léger effet stimulant et euphorisant avec un potentiel d'abus et de dépendance. Il faut donc à tout prix éviter que frères et sœurs de l'enfant avec le THADA le prennent, ou que l'adolescent avec le THADA le distribue à ses copains. Même à l'âge adulte, le traitement médicamenteux peut rester un atout majeur pour certains jeunes qui ont des difficultés avec leurs études ou des relations conflictuelles avec leur entourage familial ou professionnel.

[86] *J'ai tout compris*

J'ai compris pourquoi tout n'était pas simple autour de moi, ni à la maison, ni à l'école.

Je sais que je ne suis pas seule avec ces difficultés, et que beaucoup d'autres enfants ont les mêmes problèmes que moi.

[88]

Je sais que j'aurai besoin d'aide pour trouver mon chemin, d'encouragements et de traitements pendant de nombreuses années

Je sais que ce n'est pas ma faute, ni celle de mes parents, ni celle de mes enseignants.

Peut-être que le médecin me prescrira des médicaments. Je sais que ceux-ci ne guérissent pas mon THADA, mais qu'ils m'aideront à faire mon travail à l'école comme les autres enfants et je pourrai de nouveau jouer avec eux à la récréation et retrouverai mes amis

Quand je serai plus grand, je pourrai progressivement arrêter le traitement, et c'est moi qui déciderai à quel moment je le ferai.

[90] *J'aimerais en savoir plus*

Je suis un jeune avec le THADA :

Gervais J. *Le cousin hyperactif*. Ed. Boréal, 1996.

Levine M. *All Kinds of Minds*. Educators Publishing Service Inc. 1993.

Minde KL. *L'enfant hyperactif : un guide pour les enfants*. Ed. Ass Can troubles d'apprentissage, 1988.

Je suis parent d'un enfant avec le Thada.

J'aimerais lire autre chose

Barkley RA. *Taking Charge of ADHD*. Guide for Parents, Guilford Press, 1995.

Corraze J. Albaret JM., *L'enfant agité et distrait*, Expansion Scientifique Française, Paris, 1996

Desjardins C. *Ces enfants qui bougent trop, Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant*, Les Ed. Québecor, 1992.

Falardeau G. *Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider*, Le Jour Editeur, 1992.

Greenberg GS, Horn WF. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder : Questions and aspects for parents*. Champaign. IL, Research Press, 1991.

Lavigueur S., *Ces parents à bout de souffle*, Les. Ed. Québecor, 1998.

MCNamara BE & FJ. *Keys to parenting a child with attention deficit disorders*, Exceptional Parent Library, 2001.

Weingartner PL. *ADHD Handbook for Families*. Exceptional Parent Library 2001.

J'aimerais lire parler à d'autres parents

ASPEDAH : www.aspedah.ch

HYPPOSOS : www.hypsos.ch

Camp d'été...

Je suis enseignant :

Parker HC. *The Attention Deficit Disorder Workbook for Parents, Teachers and Kids*. Impact Publications, Plantation FL. 1988.

Levine M. *Keeping ahead in School*. Educators Publishing Service Inc. 1990.

Je suis médecin

Barkley R. *Attention Deficit Hyperactivité Disorder : A Handbook for Diagnosing and Treatment*. Guilford Press N.Y. 1990

Greenhill L L. Osman B.B. *Ritalin, Theory and Practice*, 2nd ed. ...

Weiss G. Trokenberg H.L. *Hyperactive children grown up*. 2nd ed. Guilford Press, NY, 1993

American Academy of Pediatrics, *Clinical Practice Guideline : treatment of school aged child with ADHD*, Pediatrics 2001 : 108, 1033-1044

Elia J. Ambrosini PJ., Rapoport JL. *Treatment of ADHD*, New Engl. J. Med. 1999 ; 340, 780-788.

Menache CC. Urion DK, Haenggeli ChA. *Hyperactivité avec déficit de l'attention : le point de vue du neuropédiatre*. Med Hyg. 1999. 57, 1994-2001.

Zametkin AJ. Ernst M. *Problems in the management of ADHD*. New Engl J Med. 1999 ; 340, 40-46.

**Ex. d'intervention du Dr Haenggeli dans la presse romande :
Matin (journal grand public)**

**Article du
 17 juin 2002**

ENFANCE

[Le Matin, 17 juin 2002, S. Davaris, et C.A. Haenggeli]

L'hyperactivité, ça se soigne

Ce trouble neurologique atteint près d'un élève sur vingt. Un médicament existe. Nécessaire, mais pas suffisant, il doit être assorti d'un suivi psychologique.

Près de 5% des enfants sont hyperactifs, soit un élève dans chaque classe de vingt. Aujourd'hui, médecins, psychologues et parents s'accordent à dire que seul un traitement médicamenteux est efficace contre ce dysfonctionnement neurologique. Indispensable, même, mais pas suffisant sur le long terme. Un accompagnement psychologique s'impose. "Ce consensus entre les différentes disciplines est un pas énorme. Il y a deux ans, nous en étions bien loin", se félicite Charles-Antoine Haenggeli, responsable de la neuropédiatrie aux Hôpitaux universitaires de Genève.

C'est que le médicament en question la Ritaline, classé dans la catégorie des stupéfiants, a longtemps été controversé avant d'être finalement accepté (lire l'encadré). Aujourd'hui, médecins, parents, enseignants, psychologues et logopédistes se concertent, tant pour le diagnostic que pour la prise en charge.

Explication génétique

Longtemps méconnue en Europe, l'hyperactivité ou TDAH, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité a été révélée au public romand par une émission de la TSR, diffusée il y a quatre ans. Depuis, les centres hospitaliers ont vu arriver des centaines de parents ayant reconnu, au travers des symptômes décrits, le comportement hors norme de leur enfant. Trouvant enfin un mot pour qualifier le mal dont il était atteint, nombre d'entre eux ont été soulagés d'apprendre que le trouble était d'origine génétique. "La culpabilité était très forte, et il est difficile pour des parents qui font tout leur possible de se sentir accusés", rapporte André Carlsson, président d'Hypsos, association genevoise de parents d'enfants hyperactifs.

"C'est inné, on naît hyperactif, et on le reste", explique le Dr Haenggeli. Le milieu familial ou scolaire peuvent révéler, exacerber le problème, mais ils ne le créent jamais de toutes pièces. Le trouble, plus fréquent chez les garçons que chez les filles, apparaît très tôt. Il disparaît vers la puberté dans un tiers des cas, à la fin de l'adolescence pour un deuxième tiers. Mais, pour les autres, une certaine impulsivité subsiste à l'âge adulte. D'où la nécessité de poursuivre le traitement au-delà de l'enfance."

Intelligents, mais incompris

S'il existe des formes légères, d'autres plus sévères d'hyperactivité, ce trouble est une souffrance. Pour l'enfant, sans cesse réprimandé. Pour l'entourage la famille, l'école démuni devant une énergie débordante et insatiable. "L'enfant hyperactif l'est en tout lieu, avec tout le monde et tout le temps", résume André Carlsson (Hypsos GE).

L'enfant hyperactif vit dans un état d'agitation et de nervosité. Son sommeil est troublé. Agressif, il s'intègre mal, n'obéit pas. Il se concentre peu, souffre de difficultés de langage, d'écriture et de calcul. Dans 40% des cas, l'hyperactif est dyslexique. Enfin, il court un risque accru de provoquer des accidents.

Mais ses facultés intellectuelles ne sont pas du tout en cause. "Souvent ces enfants sont très intelligents, parfois supérieurement intelligents", souligne Charles-Antoine Haenggeli. "Leurs raisonnements peuvent être très élaborés, ajoute la neuropsychologue Florence Zangas-Gehri, mais en arithmétique, par exemple, ils donneront des réponses aberrantes car ils ne savent pas organiser leur pensée."

La Ritaline, controversée mais indispensable

La Ritaline fait peur. Ce voisin de l'amphétamine, classé comme stupéfiant, est prescrit aux Etats-Unis depuis 1944. Or un usage abusif a été constaté dans certains Etats, où 20% des enfants ont reçu de la Ritaline, simplement parce qu'ils étaient un peu "vifs". Par précaution ou par défiance, l'Europe a longtemps ignoré ce syndrome, préférant explorer la voie psychanalytique qui, seule, s'est révélée

inefficace. Aujourd'hui la polémique s'est apaisée, l'information sur l'hyperactivité a fait son chemin et les ventes de Ritaline progressent à grands pas en Suisse. Faut-il y voir un danger?

"Aucun parent ne donne de gaieté de cœur un stupéfiant à son enfant, tempère André Carlsson. Nous avons tout essayé, mais rien ne marche. Et ce médicament est le seul en Europe. Je suis abasourdi par cette polémique, entretenue entre autres par l'Eglise de scientologie. Oui, les effets secondaires existent: des maux de tête, une perte d'appétit et une certaine émotivité, mais ils restent peu nombreux. Il faut surtout voir les effets bénéfiques: les enfants retrouvent un comportement normal, ils peuvent enfin se concentrer. A l'école, ils rattrapent leur retard à une vitesse spectaculaire."

Journaliste Sophie Davaris

© Le Matin

Bulletin 15 de l'OFSP. 8 avril 2002. 282. pp. 284-290.

Informations supplémentaires : **Dr Jean-Blaise Montandon**, pharmacien cantonal

Service de la santé publique, 2001 Neuchâtel. Téléphone 032 889 52 27

E-mail: JeanBlaise.Montandon@ne.ch

Laurent Médioni, chef de la division stupéfiants, Swissmedic, 3000 Berne 9, Téléphone 031 323 91 90

E-mail: Laurent.Medioni@swissmedic.ch

Stupéfiants

Evolution du nombre de prescriptions de RITALINE® (méthylphénidate) dans le canton de Neuchâtel entre 1996 et 2000.

Les autorités sanitaires helvétiques surveillent l'utilisation des stupéfiants destinés à un usage thérapeutique. Au cours des dernières années, leur attention a été attirée par l'augmentation massive de l'utilisation de méthylphénidate. L'expérience inter-nationale et la littérature médicale apportent d'ores et déjà certaines explications concernant cette évolution.

La Suisse se devait cependant d'examiner de plus près ce phénomène nouveau pour notre pays. C'est dans ce but que l'Office fédéral de la santé publique a mandaté le pharmacien cantonal du canton de Neuchâtel pour analyser les prescriptions de méthylphénidate destinées à des patients de ce canton de 1996 à 2000. La présente publication fournit quelques éléments intéressants obtenus grâce à cette analyse.

INTRODUCTION

Le méthylphénidate (RITALINE®) est un stimulant du système nerveux central, chimiquement et pharmacologiquement proche des amphétamines.

Ce produit est utilisé pour le traitement de la narcolepsie, parfois de la dépression, et, surtout chez l'enfant et le jeune adulte, des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (THADA).

L'Organisation des Nations Unies (ONU) relève dans un récent rapport [1] que l'utilisation de méthylphénidate à des fins médicales s'est fortement développée au cours des années 90 dans le monde. La fabrication mondiale de méthylphénidate a passé de 2,8 tonnes en 1990 à 15,3 tonnes en 1997. Une des observations faites par l'ONU est la forte utilisation de méthylphénidate aux Etats-Unis, laquelle représente à elle seule une proportion de l'ordre de 85% du marché mondial. Ce produit est utilisé pour le traitement des troubles de l'attention, notamment chez l'enfant. L'ONU évoque en outre les préoccupations récentes suscitées aux Etats-Unis par un éventuel risque de surdiagnostic de troubles de l'attention associé à une surprescription de médicaments. L'ONU fait part aussi de cas de détournement de cette substance vers des circuits illicites qui ont pu être clairement établis [2].

L'utilisation de méthylphénidate s'est aussi accrue dans de nombreux autres pays. Notamment l'Allemagne, le Canada et le Royaume-Uni ont fortement augmenté leurs importations durant ces dernières années.

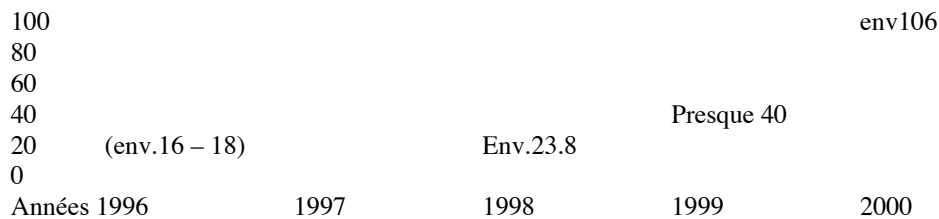
En Suisse, les autorités disposent depuis 1996 de données précises sur l'utilisation de méthylphénidate. C'est en effet à partir de cette année que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mis en place un contrôle informatisé des livraisons de stupéfiants dans notre pays. On constate ainsi que l'utilisation globale a passé de 13,7 kilos en 1996 à 15,4 kg en 1997 et 23,2 kg en 1998 (1) NBP : Cela ne représente qu'une infime partie de la production indigène, car, rappelons-le, la Suisse est l'un des principaux exportateurs de méthylphénidate sur le marché mondial. En 1997, notre pays a exporté 1238 kg de méthylphénidate.) . En comparaison internationale, l'utilisation de RITALINE® dans notre pays se situait en 1997 au niveau des autres pays européens, loin derrière les USA et le Canada.

Que se cache-t-il derrière les données globales d'utilisation dont dispose l'OFSP? Pour le savoir, une étude systématique des prescriptions de RITALINE® a été effectuée dans le canton de Neuchâtel (population: env. 162 000 hab., soit 2,3% de la population suisse). Il s'agissait de déterminer quelle quantité de RITALINE® est prescrite dans le canton, quelles tranches de la population sont concernées par l'utilisation de RITALINE®, et d'examiner les dosages prescrits, ainsi que leur évolution au cours des dernières années.

Figure 1. Utilisation du méthylphénidate en Suisse de 1996 à 2000

Kilos

120



BASE LÉGALE PERMETTANT LES ACTIVITÉS DE CONTRÔLE

Le méthylphénidate et les préparations qui contiennent cette substance, dont la RITALINE[®], sont soumis au contrôle des stupéfiants. Le méthylphénidate figure dans l'appendice a. de l'ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 12 décembre 1996 (OStup-Swissmedic).

La loi sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951 (LStup) et l'ordonnance fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 29 mai 1996 (OStup) contiennent les dispositions légales applicables; l'une des mesures de contrôle concerne la prescription des stupéfiants figurant dans l'appendice a. : chaque ordonnance médicale doit être rédigée sur un formulaire spécial (carnet à souche). Les ordonnances sont numérotées ; les originaux, après exécution des prescriptions par les pharmaciens, sont remis aux services cantonaux compétents pour le contrôle. Il est dès lors possible de répertorier de manière exhaustive toutes les remises de RITALINE[®] aux patients ambulatoires, et partant de là, d'obtenir des données statistiques sur l'utilisation de ce produit.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

De 1996 à 2000, toutes les prescriptions de RITALINE[®] exécutées dans les pharmacies publiques du canton de Neuchâtel ont été analysées.

Les données ont été saisies en ayant recours à un logiciel informatique (application propre développée sous Access 2 de Micro-soft).

Les données concernant la population neuchâteloise dans son ensemble sont tirées de la statistique annuelle des assurés selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Bien entendu, les aspects concernant la protection des données personnelles ont été strictement respectés.

RÉSULTATS

Quantités totales prescrites.

Les quantités annuelles de méthylphénidate dispensées dans les pharmacies ont été calculées en additionnant toutes les ordonnances médicales (tableau 1). De 1996 à 2000, la quantité annuelle totale utilisée dans le canton de Neuchâtel

est passée de 224 g à 1769 g, ce qui représente une augmentation de +690%. Ce fait illustre l'évolution rapide de l'utilisation de RITALINE[®] durant ces 4 dernières années.

Nombre de patients

Le nombre de patients a été obtenu en additionnant toutes les personnes qui ont reçu au moins une ordonnance médicale durant l'année civile considérée. Les résultats présentés dans le tableau 2 montrent que le nombre total de patients pour lesquels de la RITALINE[®] a été prescrite au moins une fois est passé de 76 en 1996 à 433 en 2000, ce qui représente une augmentation de 470%.

L'augmentation de la quantité totale de méthylphénidate prescrit en valeur relative est plus importante que celle du nombre de patients. Cela revient à dire que théoriquement, les doses administrées par patient ont augmenté durant la période étudiée. Ainsi, en 1996, les 76 patients ont reçu en moyenne arithmétique 2,9 g de RITALINE[®], alors qu'en 2000, les 433 patients ont reçu 4,1 g, soit 41% de plus.

Répartition selon l'âge de la population traitée. Pour les enfants: répartition par sexe et proportion par rapport à la population totale

Deux tranches d'âge ont été choisies pour la présentation des résultats.

La première regroupe les enfants de 5 à 14 ans révolus et la seconde tous les autres patients.

Ce découpage a été déterminé sur la base des prescriptions analysées.

En effet, on constate que la très grande majorité des prescriptions sont faites aux enfants entre 5 et 14 ans, période qui correspond à l'âge de la scolarité. Dans les prescriptions analysées, il n'y avait pas d'enfants en-dessous de 5 ans.

Tableau 1

Quantités annuelles totales de RITALINE[®] utilisée dans le canton de Neuchâtel entre 1996 et 2000

Année	Grammes	Progression annuelle	Progression par rapport à 1996 dans le canton de Neuchâtel	Progression par rapport à 1996 en Suisse
1996	224			
1997	295	+ 32%	+ 32%	+ 11%
1998	898	+204%	+301%	+ 70%
1999	1286	+ 43%	+474%	+187%
2000	1769	+ 38%	+690%	+690%

Tableau 2

Nombre de patients ayant reçu au moins une fois une ordonnance de RITALINE ® entre 1996 et 2000

Année	Nombre de patients	Progression annuelle	Progression par rapport à 1996
1996	76		
1997	95	+ 25%	+ 25%
1998	240	+153%	+216%
1999	332	+ 38%	+337%
2000	433	+ 30%	+470%

En 1996 et 1997, de 50 à 60% de la population traitée était âgée de 5 à 14 ans (tableau 3). Dès 1998 et jusqu'en 2000, 4/5 ème de la population traitée est âgée de 5 à 14 ans.

Ainsi, dès 1998, la majorité des traitements avec de la RITALINE ® concerne les enfants. En outre, de 1996 à 2000, le nombre d'enfants ayant reçu de la RITALINE ® au moins une fois dans l'année civile a progressé de 770%, alors que chez les patients plus âgés, l'augmentation n'a été que de 136% durant la même période.

Les proportions de garçons, respectivement de filles, dans la population traitée des 5 à 14 ans sont présentées dans le tableau suivant (4A). De 8% en 1996, la population de filles a passé à 19% en 2000. Malgré cette progression, les filles restent encore largement minoritaires dans la population de 5 à 14 ans traitée avec de la RITALINE ®.

Le tableau 4B indique les proportions de garçons, respectivement de filles qui ont été traités avec de la RITALINE ® par rapport à la population totale des enfants du même âge. La prévalence du THADA est estimées chez les enfants à 5%–10% [« Le syndrome psycho-organique infantile (SPO) », Bulletin des médecins suisses 1999: 80; No 11, p. 663–669)].

En l'an 2000, la proportion d'enfants (2,87% de garçons et 0,70% de filles) recevant de la RITALINE ® dans le canton de Neuchâtel se situe encore largement en-dessous de cette prévalence (du THADA estimée chez les enfants à 5%–10% [« Le syndrome psycho-organique infantile (SPO) », Bulletin des médecins suisses 1999: 80; No 11, p. 663–669]).

Une analyse plus fine de la répartition des âges entre 5 et 16 ans a été faite en tenant compte des données de 1998 à 2000. On constate sur la figure 2 que les maxima des 3 courbes se situent entre 8 et 11 ans. Cette tranche d'âge comporte le plus d'enfants traités. Puis, la décroissance est rapide. A 16 ans, il n'y a pas plus d'enfants traités qu'à 5 ans. En outre, on n'observe pas de déplacement des courbes vers la droite en fonction des années civiles. Ce qui laisse suggérer que les traitements entamés dans l'enfance ne se poursuivent vraisemblablement que rarement jusqu'à la fin de l'adolescence ou au-delà.

Tableau 3

Nombre de patients répartis par âge

Année	Patients de 5 à 14 ans	Patients de 15 ans (%) et plus	Proportions
1996	40	36	53/47
1997	56	39	59/41
1998	194	46	81/29
1999	277	55	83/27
2000	348	85	80/20

Nombre de patients

Tableau 4A

Proportion de garçons et proportion de filles dans la population des 5 à 14 ans traités par de la RITALINE ®

Année	Proportion de garçons	Proportion de filles
1996	92%	8%
1997	89%	11%
1998	88%	12%
1999	83%	17%
2000	81%	19%

Tableau 4B

Proportion de garçons et proportion de filles traités par rapport à la population totale des enfants du même âge

Année	Proportion de garçons	Proportion de filles	Total (garçons et filles)
1996	0,38%	0,03%	0,21%
1997	0,52%	0,06%	0,29%
1998	1,77%	0,25%	1,02%
1999	2,35%	0,45%	1,42%
2000	2,87%	0,70%	1,80%

Doses journalières en moyenne annuelle

La RITALINE ® est commercialisée sous forme de comprimés dosés à 10 mg de méthylphénidate (comprimés SR à 20 mg depuis 1999).

Selon l'information officielle du Compendium suisse des Médicaments [3], la posologie recommandée s'élève de 1 à plusieurs comprimés par jour, avec un maximum de 6 comprimés quotidiens. L'augmentation des doses se fait généralement par palier de 10 mg, correspondant à 1 comprimé.

Pour illustrer l'évolution des doses reçues durant la période étudiée, de 1996 à 2000, une présentation des résultats sous la forme de doses journalières en moyenne annuelle a paru être plus explicite que l'expression d'une quantité moyenne par patient. La dose journalière en moyenne annuelle a été calculée en divisant la quantité totale de méthylphénidate que chaque patient a reçue par 365. Puis, chacun a été réparti dans l'intervalle de dose journalière correspondant à sa dose calculée. Les résultats présentés dans le tableau 5 sont exprimés en pourcentage par rapport au total des patients évalués pour chaque année civile. Dans le tableau 6, le pourcentage est déterminé par rapport au nombre total d'enfants de 5 à 14 ans.

La majorité des patients a reçu, durant chaque année civile prise en compte, une quantité de RITALINE ® inférieure à 365 comprimés, soit moins de 1 comprimé par jour en moyenne annuelle. (69,3% en 1996 et 50,1% en 2000). La proportion des patients ayant reçu 1 à 2 comprimés par jour en moyenne annuelle est passée de 20% en 1996 à 31,2% en 2000, dénotant une tendance à l'augmentation des doses prescrites. Pour les dosages plus élevés, soit 2–3 comprimés par jour (1996: 6,7%; 2000: 11,8%) et 3–4 comprimés par jour (1996: 2,7%; 2000: 5,1%), la proportion des patients est peu importante, même si on constate une légère augmentation entre 1996 et 2000. La proportion des patients qui reçoit 4 à 5 comprimés par jour ou plus est très faible, puisqu'elle est de l'ordre de 1%. En outre, un adulte a reçu, en 1999, entre 60 mg et 70 mg par jour en moyenne annuelle (résultat non présenté).

Ces résultats montrent que la majorité des patients traités reçoit de faibles quantités de RITALINE ®, ce qui ne permet pas un traitement continu sur l'année entière. Cela laisse suggérer que de nombreux traitements sont effectués durant de courtes périodes et qu'une administration continue durant toute l'année est peu fréquente. En comparant les données des tableaux 5 et 6, on constate que, dans la population des 5–14 ans, la proportion des patients qui reçoit moins de 10 mg par jour (1 comprimé) en moyenne annuelle est légèrement inférieure à celle de l'ensemble (1996: 62,4% versus 69,3% et 2000: 48,7% versus 50,1%). En revanche, c'est l'inverse pour l'intervalle 10–20 mg/jour (1996: 27,5% versus 20,0% et 2000: 32,6% versus 31,2%). Apparemment, les doses annuelles administrées chez les enfants de 5 à 14 ans semblent être très légèrement supérieures à celles de la population totale.

Tableau 5

Répartition de tous les patients en fonction des doses journalières en moyenne annuelle (données en pour-cent du nombre total de patients)

Doses	Nombre de patients en pourcent du total				
	1996	1997	1998	1999	2000

	(total: 75 patients) patients)	(total: 433 patients) patients)	(total: 94 patients)	(total: 240 patients)	(total: 332 patients)
<10 mg/jour	69,3%	64,9%	60,0%	57,2%	50,1%
10–20 mg/jour	20,0%	20,2%	27,9%	26,5%	31,2%
20–30 mg/jour	6,7%	9,6%	7,9%	11,1%	11,8%
30–40 mg/jour	2,7%	4,3%	1,7%	3,9%	5,1%
40–50 mg/jour	1,3%	1,1%	0,8%	0,6%	1,2%
50–60 mg/jour	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,5%

Tableau 6

Répartition des patients de 5 à 14 ans en fonction des doses journalières en moyenne annuelle (données en pourcentage du nombre total de patients de 5 à 14 ans)

Doses	Nombre d'enfants de 5–14 ans en pourcent du total				
	1996 (total: 40 patients) patients)	1997 (total: 347 patients) patients)	1998 (total: 56 patients) patients)	1999 (total: 194 patients) patients)	2000 (total: 277 patients) patients)
<10 mg/jour	62,4%	57,1%	54,1%	52,3%	48,7%
10–20 mg/jour	27,5%	26,8%	32,5%	31,0%	32,6%
20–30 mg/jour	5,0%	8,9%	8,8%	12,3%	12,1%
30–40 mg/jour	2,5%	5,4%	1,5%	3,2%	4,9%
40–50 mg/jour	2,5%	1,8%	1,0%	0,7%	1,4%
50–60 mg/jour	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%	0,3%

DISCUSSION

L'augmentation importante des prescriptions de RITALINE® dans le canton de Neuchâtel a eu lieu très clairement en 1998, année durant laquelle le nombre de patients traités a été multiplié par 2,5 environ. Cette progression se poursuit durant les années 1999 et 2000, mais à une cadence moins élevée (30–40% par an).

Compte tenu des données à disposition, l'analyse effectuée dans le canton de Neuchâtel reflète en partie la situation constatée au niveau suisse; la tendance générale est analogue dans la plupart des cantons. Cependant, en considérant les données globales pour la Suisse, l'augmentation massive est intervenue durant l'année 2000.

Par rapport à d'autres pays, comme les Etats-Unis d'Amérique ou les Pays-Bas, l'augmentation des prescriptions de RITALINE® s'est produite avec un certain retard en Suisse. L'augmentation de l'utilisation de la RITALINE® peut s'expliquer, en grande partie, par une meilleure connaissance qu'ont les pédiatres, les parents et les enseignants des troubles occasionnés par le THADA [5].

Les résultats montrent clairement que la grande majorité des patients se situe dans la tranche d'âge des 5 à 14 ans, particulièrement dès l'année 1998, où la proportion des enfants s'élève, dès lors, à 80% environ. Il y a une nette prédominance de garçons (92% en 1996 et 81% en 2000), bien que la proportion de filles traitées ne cesse de croître, celle-ci passant de 8% en 1996 à 19% en 2000. Au niveau européen, une enquête faite auprès de plusieurs spécialistes rapporte que près de 60% des patients traités se trouvent dans la tranche d'âge de 6 à 12 ans, ce qui se rapproche des données analysées dans ce travail [6].

La prévalence du THADA généralement admise dans la littérature est de 5–10% des enfants [4, 5].

Avec 2,87% de garçons et 0,7% de filles (globalement 1,8%), le nombre d'enfants traités dans le canton de Neuchâtel est encore inférieur à cette prévalence. Toutefois, il y a peut-être lieu de se préoccuper de ces chiffres, parce qu'ils sont encore en progression et que tous les enfants présentant des troubles de ce type n'ont pas besoin d'un traitement médicamenteux avec des stimulants, 20 à 30% n'y répondent pas [7].

Le pic de la fréquence des traitements en fonction de l'âge, en 1998–2000, se trouve entre 8 et 11

ans, ce qui correspond dans le canton de Neuchâtel aux degrés scolaires de 3^{ème}–5^{ème} années primaires.

Les courbes de fréquence pour 1998 à 2000 sont assez similaires et ne présentent pas de déplacement dans la pyramide des âges. Il semble à première vue que les traitements entamés à 8–11 ans ne se poursuivent pas très longtemps.

Une stigmatisation du recours aux psychotropes, avec un sentiment de perte d'autonomie pour le patient traité, peut expliquer en partie la non poursuite du traitement à l'adolescence, période durant laquelle le jeune patient ne l'accepte plus facilement [8].

Toutefois, le manque de recul ne permet pas encore de tirer de conclusion définitive à ce sujet.

L'analyse des doses administrées permet de constater que dans la majorité des cas elles ne sont pas très élevées. 50–60% des patients ont eu moins de 1 comprimé par jour en moyenne annuelle. Il y a tout de même une tendance à la hausse.

En effet, de 20,0% en 1996, le nombre de patients qui ont reçu entre 10 mg et 20 mg par jour a passé à 31,2% en 2000. Dans la population des 5–14 ans, ces mêmes chiffres sont les suivants: 27,5% en 1996 et 32,6% en 2000. Dans les plus forts dosages, 20–30 mg par jour, le nombre des patients est relativement faible, environ 10% en 2000, mais la progression est importante puisque cette proportion passe de 6,7% en 1996 à 11,8% en 2000. Ces chiffres montrent que les doses quotidiennes en moyenne annuelle deviennent plus élevées avec le temps, même si cette tendance n'est pas encore très soutenue. La majorité des patients sont toujours traités avec des doses inférieures à 10 mg par jour en moyenne annuelle, indiquant que les traitements ne sont pas continus durant toute l'année, mais qu'ils sont vraisemblablement ponctuels ou limités à certaines périodes, comme par exemple pendant les heures scolaires à l'exception des vacances et des jours de congé.

Ce travail a permis de cerner quelques caractéristiques démographiques de la population traitée avec de la RITALINE® dans le canton de Neuchâtel et d'en suivre l'évolution sur 4 ans. Le collectif des patients analysés représente quelques centaines de personnes et donne une photographie assez précise de l'âge des patients et des doses reçues.

Bien qu'issus d'une population de 162 00 habitants environ (2,3% de la population suisse), il ne serait pas prudent d'extrapoler sans autre ces résultats à la Suisse entière, en raison des différences culturelles de notre pays qui ne sont certainement pas sans influence sur l'approche thérapeutique du THADA. Toutefois, on peut considérer que l'image globale que l'on obtiendrait en Suisse en élargissant cette étude ne devrait pas être sensiblement éloignée de celle-ci.

Les autorités sanitaires continuent à suivre de près l'utilisation du méthylphénidate en Suisse. Elles constatent que d'autres dérivés d'amphétamines sont également prescrits pour le traitement du THADA. L'OFSP soutient la réalisation d'une autre étude en cours actuellement, laquelle devrait permettre d'acquérir des données complémentaires sur les patients traités.

En conclusion, dans la mesure où les traitements reposent sur un diagnostic sérieux et s'ils apportent une amélioration sans engendrer d'autres problèmes, l'utilisation du méthylphénidate peut contribuer, à côté d'un soutien psychologique effectué par du personnel qualifié et celui des parents, à aider les patients concernés.

Bibliographie

[1] Substances psychotropes 1998,

Statistiques pour 1997, p. 47, rapport des Nations Unies

[2] Rapport de l'organe international de contrôle des stupéfiants pour 1996, page 90 à 95 et rapport international de contrôle des stupéfiants pour 1997, page 151 à 154. Tous deux publiés par les Nations Unies

[3] Compendium suisse des Médicaments, édition 2000

[4] Le syndrome psycho-organique infantile (SPO), Bulletin des médecins suisses 1999: 80; No 11, p. 663–669

[5] Facteurs socioculturels et traitement de l'ADHD, Buitelaar J, Bergsma A.; in Troubles déficitaires de l'attention/troubles hyperkinétiques: diagnostic et traitement par des stimulants, séminaire organisé par le groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg, 8–10 décembre 1999, Conseil de l'Europe, mai 2000, p. 19–61.

[6] Pratiques en matière de diagnostic et de traitement de l'ADD/ADHD/HD en Europe, Sindelar B.; in Troubles déficitaires de l'attention/troubles hyperkinétiques: diagnostic et traitement par des stimulants, séminaire organisé par le groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou), Strasbourg, 8–10 décembre 1999, Conseil de l'Europe, mai 2000, p. 63–116.

[7] Hyperactivité avec déficit de l'attention: le point de vue du neuropédiatre; C.C. Menache et col, Médecine et Hygiène 1999: 57, p. 1994–2001

[8] Hyperactivité et RITALINE® : le pour et le contre, F. Bange, M.-C. Mouren-Siméoni, Médecine thérapeutique/ Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, mai – juin 2000: p. 167–171.

TSR, « Mise au point ».Entretien avec L.Medioni (Swissmedic) 21 avr. 2002

Intro ... La loi interdit toute publicité pour médicaments vendus sur ordonnance.

Swissmedic : enquête sur la Ritaline.

Journalistes : « Les prescriptions de ce médicament pour traiter les enfants hyperactifs explosent en Suisse ».

Entretien avec Laurent Medioni, chef de la division Stupéfiant chez Swissmedic, Responsable du contrôle des stupéfiants a demandé une enquête sur la Ritaline

L.M. « la Ritaline est un médicament soumis à la législation sur les stupéfiants et qui a la particularité d'être utilisé principalement par les enfants. Compte tenu de l'augmentation très forte des prescriptions de ce médicament, il s'agissait d'en savoir plus et c'est ce que nous avons fait en faisant réaliser une étude dans le canton de Neuchâtel ».

Reportage :

« Le principe actif de la Ritaline, le Méthylphénidate, a été synthétisé en 1944 à Bâle par les laboratoire Ciba. Il s'agit d'un psychostimulant, dont on a rapidement remarqué l'efficacité pour traiter les enfants d'hyperactivité et de déficit d'attention. La Ritaline a un effet limité dans le temps, 2 à 4 heure par comprimé. Elle permet de canaliser la concentration et le contrôle du corps, notamment pendant les périodes scolaires. Aux Etats-Unis, la Ritaline est prescrite aux enfants depuis de nombreuses années. Ce pays absorbe 85 % du marché mondial. Depuis le milieu des années 90, on constate une forte augmentation de l'utilisation de la Ritaline en Allemagne, en Angleterre et en Suisse. Le phénomène de société est tel, que même une série télé grand public comme *l'Insti*. en parle. Mais cette utilisation d'un stupéfiant pour traiter ces enfants en bas âge, provoque régulièrement des polémiques entre les pro et les anti-Ritaline qu'ils soient médecins, enseignants ou parents. Novartis dont la Ritaline est aujourd'hui l'un des 20 produits phare, est souvent accusée de pousser à la consommation. Le débat sur la dépendance et les effets secondaires, n'est pas clos.

Laurent Medioni, chef de la division stupéfiants chez Swissmedic, a décidé d'examiner à la loupe le phénomène en Suisse. Né à Sierre en 1954, il fut pharmacien d'hôpital, pharmacien cantonal à Neuchâtel, puis chargé du contrôle des stupéfiants à l'Office Fédéral de la Santé Publique, avant de passer chez Swissmedic au 1^e janvier dernier. Cet hyperactif du travail, comme il se définit, a commandé plusieurs études. Les premiers résultats d'une étude menée dans le canton de Neuchâtel, ont été publiés la semaine dernière. La prescription de Ritaline a explosé en 1996 et 2000 : augmentation 690 %. Les garçons sont plus touchés que les filles, et aujourd'hui pratiquement 3 % des garçons entre 5 et 16 ans sont traités à la Ritaline. Une seconde étude menée en ce moment à Morges, et sera publiée à l'automne ».

Interview :

J. Alors Laurent Medioni, comme on l'a vu, aux Etats-Unis, la Ritaline est prescrite depuis longtemps, comment est-ce que vous expliquez une augmentation aussi forte, 700 %, dans notre pays, à partir du milieu des années 90 ?

L.M. Euh, les médias ont sans aucun doute joué un rôle prépondérant dans l'information du public et du corps médical au sujet de cette possibilité thérapeutique. Il y a eu notamment une émission à la télévision (*Check Up ?*) qui a recueilli un écho considérable, et je pense que ça a été le déclencheur principal de ce phénomène¹

¹ Commentaires : Premier facteur évoqué comme explication de l'augmentation des prescriptions : les médias... cf. plus loin, dans les mesures qui seront prises par les autorités sanitaires : promouvoir la formation des

J. Alors il y a aussi eu des associations de parents qui se sont créées, mais c'est un peu inquiétant ce que vous dites, parce qu'on a l'impression que c'est un phénomène de mode en fait

L.M. Je ne crois pas qu'il s'agisse d'un phénomène de mode, mais d'une prise de conscience qui a eu lieu plus tardivement en Suisse et en Europe que ce n'était le cas aux Etats-Unis

J. Est-ce que vous pensez que ça va encore augmenter ?

L.M. Il est vraisemblable que le retard que nous avons par rapport aux Etats-Unis sera rattrapé, il est déjà au point de l'être actuellement et il le sera encore au cours des prochaines années vraisemblablement.²

J. Alors il y a un autre chiffre qui interpelle, aujourd'hui il y a pratiquement 3 % des garçons qui sont sous Ritaline, on va arriver vers 4 ou 5, si on vous entend, qu'est-ce que ça évoque pour vous, qui êtes responsable des stupéfiants, de savoir qu'il y a autant d'enfants qui sont soignés aux stupéfiants

L.M. Il faut bien préciser que la Ritaline fait partie euh / est un médicament qui est soumis à la législation sur les stupéfiants, mais c'est un médicament qui a une application thérapeutique et qui peut aider de nombreux enfants à surmonter une situation difficile qu'ils connaissent dans leur vie quotidienne, ainsi que leurs parents bien entendu

J. Mais alors quand on voit ces chiffres, on se dit de deux choses l'une : ou alors avant, il n'y avait pas d'enfants hyperactifs et tout à coup il y en a beaucoup ici depuis les années 90, ou alors avant, il y avait 5 % d'enfants hyperactifs qui n'étaient ni dépistés, ni traités

L.M. Alors le problème de l'hyperactivité est mieux connu depuis ces dernières années et ce qui fait que les spécialistes, les pédiatres, pédopsychiatres et psychologues, prennent d'avantage en compte ce problème.

J. Alors effectivement, un médecin me disait aujourd'hui en dépiste (?), la question c'est de savoir si on ne dépiste pas un peu trop ?

L.M. C'est un danger, mais là aussi, les enquêtes que nous avons menées à l'Office Fédéral de la Santé Publique, montrent une certaine prudence de la part des thérapeutes, parce qu'effectivement il s'agit quand même d'un médicament soumis à la législation sur les stupéfiants et on ne prescrit pas un tel médicament à la légère³.

J. ça veut dire qu'il n'y a pas à votre avis d'abus ou de prescription à la légère pour le moment

médecins et l'information au public => révèle l'orientation des actions sanitaires publiques qui vont à l'inverse d'un effort de limitation des prescriptions.

² Commentaires : Comme si le pourcentage d'enfants traités était défini à priori, sous prétexte que les Etats-Unis sont l'exemple à suivre, et que les différences internationales témoignent uniquement d'un retard historique. Apparemment, non seulement le chiffre actuel de 3 % n'impressionne pas les autorités financières, mais il semble en plus admis que ce retard vis-à-vis du phénomène américain se doit d'être rattrapé.

³ Commentaires : L'OFSP, ou de manière générale les autorités sanitaires (dont L.M. est le représentant) témoignent – soit-disant preuve à l'appui- d'une grande confiance dans le sérieux des praticiens. Légitimation forte des pratiques thérapeutiques actuelles, officiellement reconnues comme rigoureuses, qui évince la question de la surprescription. Cf. En même temps, à la fin de l'entretien, L.M. affirme que l'OFSP compte élaborer des recommandations destinées aux médecins, pour une prescription « judicieuse » de la Ritaline. Si ces 2 propos ne sont pas contradictoires, c'est que le contenu de ces recommandations serait plutôt favorable à la prescription (usage judicieux ne veut pas dire la même chose que précaution, contrôle ou limitation des prescriptions).

L.M. Il n'est pas exclu qu'il y ait des abus, mais c'est invraisemblable, c'est peu vraisemblable et si il y a des abus, ils ne sont pas commis en quantité très importante

J. Parce que les médecins aujourd'hui disent aussi qu'ils essayent, que quand ils ont un enfant, ils posent le diagnostic d'hyperactivité, puis on essaye de traiter à la Ritaline, si ça marche, on est conforté dans notre diagnostic et on continue le traitement et si ça marche pas, eh ben on arrête. Est-ce qu'on joue pas un peu aux apprentis-sorciers comme ça, quand même ?

L.M. Quand un enfant hyperactif doit être pris en charge, en fait il y a plusieurs approches pour le traitement : le traitement médicamenteux, c'est une possibilité, mais le plus souvent, et c'est très bien ainsi, le traitement médicamenteux est associé à une prise en charge psychologique qui est indispensable pour contribuer à la sécurité et à l'efficacité du traitement.

J. Mais est-ce qu'il n'y a pas une demande qui vient des parents aussi. Vous disiez que c'est probablement les médias qui ont fait exploser les prescriptions de Ritaline, est-ce que finalement n'ont pas l'impression que c'est aussi une pilule miracle ?

L.M. Certains parents sollicitent ce type de traitement de la part de leur médecin, et nous avons aussi la situation inverse, qui est connu, c'est-à-dire que certains parents refusent ce type de traitement qui est proposé par leur médecin, parce qu'ils craignent euh de / qu'un stupéfiant soit administré à leur enfant. Donc on a les 2 possibilités.

J. Est-ce que c'est une pilule miracle ?

L.M. Je ne pense pas que c'est une pilule miracle, mais par contre c'est la thérapie de choix actuellement pour traiter ces enfants. Il n'y a pas énormément d'alternatives et c'est le traitement qui semble le plus efficace pour traiter ce problème d'hyperactivité et de déficit de l'attention

J. Alors on voit que les enfants, selon les chiffres de l'étude, sont traités entre 5 et 16 ans, ce qui correspond très exactement à l'âge scolaire en fait

L.M. Effectivement oui

J. Et ça veut dire quoi ? ça veut dire qu'on veut des enfants qui sont performants à l'école et c'est pour cela qu'on les traite ?

L.M. C'est vraisemblablement parce que c'est là que la symptomatologie est la plus marquée. Ça ne veut pas dire qu'à l'âge de 16 ans, le problème est disparu, mais la symptomatologie est plus discrète

J. Alors comment ça se fait qu'à 16 ans, tout à coup, les prescriptions s'arrêtent en fait ? ça se répare ou ça se...

L.M. Euh il est possible aussi que... il faille voir si le traitement peut être arrêté, ça c'est un point et d'autre part si la situation peut être rétablie / ce phénomène ne dure pas nécessairement à vie / si la situation a pu être rétablie, pourquoi continuer un traitement thérapeutique ?

J. Alors la Ritaline a toujours provoqué une grosse polémique, il y a les pro, il y a les anti, dont la scientologie, ce qui évidemment ne facilite pas le débat, où est-ce que vous vous

situez par rapport à ça ? parce qu'à vous entendre, on a l'impression que vous êtes très pro-Ritaline, en fait

L.M. (*sourit*) Non pas du tout. Nous sommes partisans dans les autorités sanitaires, à ce que des traitements efficaces et sûrs puissent permettre de soulager les problèmes de santé de la population. Actuellement, l'utilisation Ritaline, si elle est faite dans les règles de l'art, apparaît comme une solution raisonnable. Mais ça n'est pas la seule solution, c'est la solution qui semble actuellement la plus favorable

Question sur sa propre position par rapport au médic. : représente celle des autorités sanitaires qui donne la priorité au soulagement des problèmes de santé, de la souffrance (quelle que soit ses origines). Son point de vue quelque peu démagogique : = une solution raisonnable, pas la seule, mais la plus favorable.

J. Et puis il y a aussi un jeu économique évident derrière ça, parce que Novartis produit la Ritaline et plusieurs fois on a accusé Novartis de pousser à la consommation, l'entreprise finance aussi, mais dans une toute petite mesure, l'Association Enfants Hyperactifs aux Etats-Unis, est-ce que vous avez l'impression là aussi qu'on pousse aussi à la consommation pour faire du chiffre d'affaire ?

L-M. ça n'est pas mon sentiment. Premièrement la Ritaline est un traitement qui coûte extrêmement bon marché, c'est le premier point, deuxièmement Ritaline n'est / il n'est pas possible de faire de la publicité pour ce produit que ce soit parmi le corps médical ou parmi les enfants et les parents, et enfin la remise d'échantillon de Ritaline aux médecins est interdite. Et pour le moment, Novartis se tient à ces règles.

Démenti des accusations contre Norvatis (par la journaliste qui a elle-même évoqué les procès). La question des intérêts économique de l'industrie pharmaceutique et de son rôle dans l'augmentation des prescription (pousse à la conso) est balayée en 3 temps : prix modéré du produit (comme si cela n'engendrait pas

J. Et pour le moment, l'entreprise n'a jamais été condamnée, pourtant il y a eu plusieurs procès. Alors on a aussi parlé beaucoup de dépendance et d'effets secondaires, notamment de problèmes de sommeil, de tics nerveux. Est-ce qu'aujourd'hui vous pouvez dire aux parents que si on utilise de la Ritaline avec leurs enfants, il n'y aura pas de problèmes ? on n'a pas de garanties en fait ?

L.M. Le problème le plus important qui peut être rencontré avec l'usage de la Ritaline, c'est la perte de poids, en particulier au début du traitement. Il ne faut pas oublier que les amphétamines, en principe, sont des médicaments qui sont destinés à freiner l'appétit et bien entendu cet effet secondaire se retrouve principalement avec la Ritaline également. Euh en fait de garanties pour un médicament, on sait que quel que soit / quel que médicament que ce soit, il y a toujours des effets secondaires. Et il faut bien se rendre compte qu'avec la Ritaline qui est un médicament extrêmement ancien, une expérience extrêmement abondante a pu être réunie et le rapport bénéfice/risque est tout à fait favorable pour la Ritaline

J. Alors vous êtes chargé du contrôle des stupéfiants dans ce pays, qu'est-ce que vous allez faire, qu'est-ce que vous allez entreprendre pour faire en sorte que la situation reste maîtrisée ?

L.M. Bon, il y a plusieurs axes qui sont prévus, premièrement sur le plan des médicaments, il y aura de nouvelles formes de Ritaline à longue activité, qui vont être mises sur la marché très prochainement, ce qui permettra de faciliter la compliance, c'est-à-dire le suivi du traitement par les enfants. Des patches seront également mis à disposition et d'autres molécules sont en cours de développement. C'est le premier point. Le second point, ça concerne la formation des médecins et aussi l'information du public, là aussi, un effort certain est à entreprendre. Troisièmement, euh des études doivent être poursuivies pour mieux

comprendre le phénomène, l'étiologie de la maladie. Dernier point euh l'Office Fédéral de la Santé Publique est en train d'élaborer des recommandations à l'intention des médecins pour que la Ritaline puisse être utilisée de la façon la plus judicieuse possible

J. Alors on va attendre les résultats de l'enquête qui est menée en ce moment à Morges qui devrait être publié en automne et puis on va attendre vos campagnes d'informations, Laurent Medioni, merci.

L.M. Merci

J. Et puis chaque semaine il y a des personnes hyperactives dans l'actualité, on les aime bien, on les châtie bien, ce sont nos « têtes au carré »

Rapport de la Commission des pétitions chargée d'étudier la pétition concernant les enfants avec trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).	Date de dépôt: 28 avril 2000
---	-------------------------------------

www.geneve.ch/grandconseil/1997-2001/Texte/P01287A.pdf¹
P 1287-A Secrétariat du Grand Conseil. Messagerie P 1287-A

Rapporteur: M me Mireille Gossauer-Zurcher

Mesdames et Messieurs les députés,

La Commission des pétitions a étudié lors de ses séances des 13 et 20 mars, 3 avril 2000, sous la présidence de M me Louiza Mottaz, la pétition 1287 concernant les enfants avec trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité dont voici le texte :

— 2 —

Pétition (1287) concernant les enfants avec trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Mesdames et Messieurs les députés,

En décembre 1997, l'émission CHECK-UP de la Télévision Suisse Romande a sensibilisé l'opinion publique à propos des enfants souffrant du trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Dans le sillage de cette émission, des associations et groupes de parents se sont constitués, des informations ont circulé et d'autres médias (journaux, radios, Internet, etc.) ont consacré leurs pages à ce sujet ainsi qu'à ses approches thérapeutiques.

En dépit de toutes les connaissances scientifiques accumulées sur le TDAH, les associations ont été approchées par de nombreux parents d'enfants souffrant du syndrome et confrontés à des crises familiales aiguës et des échecs scolaires graves.

Au sein d'un groupe de soutien de ces parents, actif à Genève, il est apparu qu'à l'origine de la marginalisation d'un enfant avec le TDAH se trouvait un manque d'information et de coopération entre les divers intervenants (enseignants, inspecteurs, parents, pédiatres, psychologues, orthophonistes, etc.).

Il est aussi apparu qu'à Genève, en sa qualité d'interlocuteur automatique du corps enseignant lorsqu'un enfant présente des troubles du comportement à l'école, le Service médico-pédagogique (SMP) jouait fort mal son rôle de dépistage précoce du TDAH.

Malgré plusieurs interventions de neuro-pédiatres de l'Hôpital des enfants, de psychologues spécialisés et des pédiatres de ville, la direction du SMP s'est toujours refusée de remettre en question son unité de doctrine s'agissant de la prise en charge des enfants TDHA.

Suite à une interpellation urgente au Grand Conseil genevois le 22 octobre 1998 et à une rencontre avec la cheffe du Département de l'instruction publique (DIP) le 18 janvier 1999, un groupe de travail a été constitué et a vainement tenté d'inciter une collaboration entre les parents d'enfants souffrant du trouble et le DIP.

Il s'agissait d'une part, de renforcer l'information des enseignants et celle des parents et, d'autre part, de remettre en cause la procédure interne au DIP débouchant sur le placement d'un enfant en division spécialisée ou en institution.

Malheureusement, le dialogue constant instauré à l'initiative des associations de parents s'est d'abord heurté aux résistances du SMP, puis plus récemment, au refus pur et simple des instances dirigeantes du DIP.

Le but de cette pétition est donc de demander au DIP

1. d'agir régulièrement auprès des enseignants, des inspecteurs et des infirmières scolaires pour informer de manière adéquate sur la prévalence du TDAH dans les effectifs des classes;
2. de soumettre au SMP la constitution d'une plate-forme de consultation pluridisciplinaire (pédiatre de famille, neuropédiatre et psychologue) pour l'évaluation de chaque enfant ayant des troubles de comportement à l'école;
3. de prévoir une seconde opinion médicale, obligatoire et externe au SMP, en cas de diagnostic lourd impliquant le placement d'un enfant en division spécialisée ou en institution.

N.B. : 703 signatures

Hyperactivité: SOS (Genève), "Hypsos", Case postale 103, 1242 Satigny

¹ Occurrence trouvée pour le critère "hypsos".

<http://www.ge.ch/rechercher/welcome.asp?q1=hypsos&ct=Geneve>

Audition de M. et Mme Carlsson, M. Prost, pétitionnaires M me Corinne Carlsson s'occupe de la permanence téléphonique et du courrier de l'Association Hyperactivité : SOS « Hyspos » dont M. André Carlsson est le président.

Ils (C. et A. Carlsson) sont parents d'un enfant âgé de sept ans souffrant d'hyperactivité.

M. Philippe Prost est l'avocat de l'association et père d'un enfant avec TDAH.

M. Carlsson est médecin. A ce titre, il est particulièrement surpris de la manière dont les enfants avec TDAH sont pris en charge dans l'institutionnel à Genève.

Le pétitionnaire estime que, lorsqu'un service atteint les limites de son savoir, il est indispensable de faire appel à des confrères, raison pour laquelle il milite en faveur d'une approche multidisciplinaire. S'il (A. Carlsson) admet que tout un chacun puisse faire des erreurs, il estime néanmoins qu'il est important de les reconnaître aux fins de ne pas les reproduire.

Selon lui (A. Carlsson), il apparaît que le Service médico pédagogique (SMP) est incapable de faire son deuil de certaines théories et de remettre en question certaines pratiques.

Dans le cas de M. Prost, le diagnostic n'a pas été posé par le SMP, mais par les parents eux-mêmes. Depuis janvier 1999, il (M. Prost) siège dans le groupe de travail constitué sous l'égide de l'Office de la Jeunesse pour réfléchir au TDAH en général, et plus particulièrement sur la manière dont le SMP et le DIP abordent cette affection. Le dépôt de la pétition correspond au moment où le groupe a été un peu court-circuité.

Historique de la pétition

Suite à une interpellation urgente d'une députée, en octobre 1998, M me Martine Brunshawig-Graf a reçu quelques membres de l'association pour qu'ils puissent s'exprimer sur la question.

En janvier 1999, M me Brunshawig-Graf a organisé une rencontre à laquelle assistaient M. Manzano, directeur du SMP, et M me Constance de Lavallaz, directrice de l'Office de la Jeunesse.

Lors de cette séance (janv.99), il a été décidé de mettre un groupe de travail sur pied, placé sous la houlette de M me de Lavallaz (directrice de l'Office de la Jeunesse), et réunissant un membre d'Hyspos, un représentant du SMP et une personne du Service de santé de la jeunesse.

Parallèlement, M me Brunshawig-Graf a confirmé son intention de développer également une réflexion du côté de l'enseignement primaire. Le groupe s'est rencontré à deux ou trois reprises et ses participants ont convenu de s'adresser à M. Didier Salamin directeur à la Direction générale de l'enseignement primaire. Lors de l'entretien, il a été dit que l'on souhaitait le dialogue sur certains aspects et la Direction de l'enseignement primaire a prêté une oreille attentive à ce qui se disait.

Malgré ces éléments encourageants, des propos écrits de l'enseignement primaire n'ont pas confirmé une éventuelle collaboration. Bien que le groupe de travail poursuive ses activités, il a été décidé de lancer la pétition qui reprend, dans ses demandes, les problèmes qui avaient été évoqués lors de la réunion avec la cheffe du DIP le 18 janvier 1999.

A propos du SMP M me Carlsson explique que son fils est entré à l'école enfantine à 4 ans et demi et qu'il a présenté de graves problèmes de comportement, de sorte qu'il a été soumis à un bilan au SMP. Le petit Johan a été vu deux fois par une psychologue, puis, lors d'un dernier entretien entre les Carlsson et la professionnelle, cette dernière a estimé que leur fils présentait de telles difficultés à être scolarisé qu'elle ne voyait que le placement en institution.

L'institutrice n'était pourtant pas d'accord avec le fait de placer Johan en classe spécialisée. Elle est encore bouleversée par la remarque de la psychologue qui a prétendu que l'intelligence du petit garçon allait s'arrêter un jour.

En outre, la pédiatre a voulu s'assurer que son fils ne souffrait pas de problèmes neurologiques. Il a finalement été diagnostiqué de l'hyperactivité et Johan est non seulement sous ritaline, mais encore suit une thérapie comportementale.

L'enfant est maintenant en première année et ne présente aucun problème scolaire particulier. Suite aux tests qu'il a subis, il a été constaté que son QI était au-dessus de la moyenne et qu'il était en fait surdoué.

Dans le groupe de soutien qu'elle fréquente, une pédopsychiatre a eu de la peine à croire ce que la psychologue du SMP a dit. Cette spécialiste a d'ailleurs accepté de rédiger un rapport tant elle a été choquée par ce que la famille Carlsson avait vécu.

Etant donné que Johan suit désormais une

scolarité normale, M me Carlsson se demande ce qui serait advenu de lui s'il avait été en institution à 4 ans et demi et elle songe aux autres enfants qui n'ont pas eu sa chance.

M. Carlsson pense qu'il a bénéficié d'une prise en charge qu'il situe dans la norme, voire même un peu meilleure étant donné qu'il est médecin, mais il n'en reste pas moins vrai que l'on en arrive à des erreurs tragiques.

Il dénonce, entre autre, le fait que la pratique de la médecine ne devrait pas être autorisée aux psychologues. A ce propos, il fait savoir qu'un recours est actuellement pendant, afin de faire rectifier le diagnostic erroné de son fils.

L'Association reçoit de nombreux témoignages de parents, soit lors de la permanence téléphonique, soit par courrier électronique. Chaque semaine, elle reçoit deux ou trois nouveaux cas pour lesquels le SMP n'a pas su poser le bon diagnostic. Les Carlsson sont capables de gérer les événements, mais d'autres n'ont pas été aussi chanceux ou n'ont pas pu avoir accès à l'information, par conséquent, ils se préoccupent des enfants placés à tort en institution. Ils savent que certains réclament leur dossier médical.

D'aucuns ont maintenant connaissance de la pathologie dont ils sont atteints et ils peuvent avoir l'impression qu'on leur a volé leur enfance.

Pour M. Carlsson, il ne fait pas de doute qu'il faille désormais adopter une approche multidisciplinaire du phénomène. Selon lui, « le SMP n'est pas médical » et il pourrait tout aussi bien s'appeler « service psychopédagogique » : on n'y trouve pas de pédiatre et pas de neuropédiatre. Plutôt que d'adresser les enfants pris en charge à l'extérieur (exemple : HUG), le SMP fonctionne en vase clos.

Diagnostic de l'hyperactivité

Le pétitionnaire estime que le cas de leur fils ne présentait aucune complexité, mais qu'il n'en va pas de même pour tous les parents, dont certains font encore face à des difficultés financières et sociales.

Un tel constat l'amène (M. Carlsson) à affirmer que la psychologue ne pouvait pas se tromper de diagnostic .

M me Carlsson ne partage pas l'avis de son mari sur ce dernier point. Il est au contraire très difficile de poser un diagnostic, mais elle admet qu'on était en possession d'un certain nombre de pistes concernant son fils : le désordre régnait partout, les visites n'étaient que cauchemar.

En résumé, il y avait une incompétence généralisée à gérer cet enfant qui présentait effectivement des signes d'hyperactivité motrice.

Dans la classe, il ne pouvait pas s'asseoir sur un banc sans faire tomber les enfants qui s'y trouvaient ; il déchirait tout ce que ses camarades faisaient, or la maîtresse avait remarqué que, mis à l'écart pour travailler, il montrait un potentiel certain.

Elle évoque encore les mauvais traitements subits par ces enfants : si elle ne jette pas la pierre aux enseignants, elle estime qu'il est important de les renseigner au plus vite.

M. Prost (avocat Hypsos) précise que le syndrome en question présente un large spectre.

Son enfant, par exemple, souffre surtout d'un important déficit d'attention. En le voyant, on pourrait penser qu'il est dans la lune, mais on a pu constater qu'il était déphasé par rapport à ce qui se passait autour de lui.

Très souvent, les enfants présentent une comorbidité (autres troubles associés) importante ;

son fils, par exemple est dyslexique. A 9 ans, il est confronté à des clignements d'yeux incessants et son niveau de lecture est en retard de deux ans par rapport aux autres enfants, de sorte qu'il a été sorti du système scolaire public.

En règle générale, le diagnostic s'effectue en fonction d'une liste de comportements ou d'observations généralement présents chez tous les enfants. Si on les décèle de manière inhabituelle et sur une période de plus de six mois, on doit alors avoir des suspicions.

Certains nourrissons présentent déjà des signes à la naissance, mais les diagnostics ne sont pas établis en âge préscolaire.

Thérapies

En ce qui concerne les thérapies, les pétitionnaires pensent que la ritaline accompagnée d'une thérapie comportementale constituent une bonne solution.

Les USA utilisent la ritaline depuis les années 1950 et le Danemark depuis 1959. M. Carlsson juge cette médication sans effets secondaires notables.

D'autres produits existent, notamment des antidépresseurs, mais pour lui, la ritaline s'avère judicieuse dans 80 % des cas.

Des études récentes ont montré que les enfants sous médication psychostimulante ne présentaient pas plus de risques de dépendance que les autres à l'âge adulte.

M. Carlsson ne nie pas qu'Hypsos reçoit des téléphones de personnes s'insurgeant contre le fait qu'on drogue leurs enfants.

Le pétitionnaire convient qu'au niveau légal, ce type de médicament est considéré comme une drogue et il nécessite une ordonnance spéciale, si bien que la situation est parfaitement sous contrôle. Il laisse entendre que les praticiens genevois ont un recul d'environ vingt-cinq ans face au TDAH et à sa médication,

M me Carlsson pense que la ritaline joue un effet stabilisateur et concourt à une harmonie au sein même de la famille.

M. Prost explique qu'à travers cet apaisement dû au médicament, un enfant avec TDAH prend conscience du fait que ses agissements ne suscitent plus les mêmes réactions dans son entourage.

Il arrive d'ailleurs que l'on puisse réduire la dose, ce qui est précisément le cas pour son fils, hormis pour se rendre à l'école.

En plus de la médication, la thérapie comportementale a aidé les proches à mieux gérer la situation. On encourage notamment les parents à adopter des comportements positifs, quand bien même cela n'est pas toujours facile. Les parents apprennent à poser les limites où il faut.

Répondant aux questions des députés, M. Carlsson dit que l'on ne guérit jamais du TDAH et qu'il subsiste toujours un déficit d'attention.

M. Prost pense que cette maladie est héréditaire. Des examens permettent de montrer des dysfonctionnements au niveau neurologique. Grâce aux IRM, on s'est aperçu que le cerveau d'un enfant avec TDAH n'est pas semblable à un autre.

M me Carlsson estime que notre canton possède à peu près cinq thérapeutes compétents. Elle cite notamment M me Carla Titmarsh, psychologue. Il y a également un très bon neuropédiatre aux HUG, soit le D r Haenggeli. Elle cite également le D r Georges Rieser.

Selon elle, il est important que les parents puissent aussi associer les frères et soeurs à la thérapie, mais que le SMP ne prévoit pas ce genre de facilités.

M. Carlsson soutient que les thérapies psychodynamiques ne sont pas efficaces.

Audition de M me Germaine Aellen, membre de l'Association Hypsos Si M me Aellen a souhaité être entendue par les députés, c'est parce qu'elle estime que son association est devenue néfaste en s'opposant violemment au SMP et en induisant, auprès de parents désemparés, des craintes ou des soupçons pas toujours fondés.

Situation personnelle

M me Aellen décrit l'enfer que vit l'entourage direct d'un enfant hyperactif et la souffrance de celui-ci. Son fils, aujourd'hui âgé de 18 ans, est connu comme étant un des cas les plus pénibles à Genève. Elle a parfois été contrainte de l'attacher, le retrouvant dehors, en petite chemise, par moins deux degrés ; il n'a pas de problèmes scolaires parce qu'il est surdoué, mais il est capable d'épuiser une maîtresse, voire la classe entière.

Enfant, il ne s'endormait que vers 23 h. et dépensait son énergie dès 6 h. du matin. Les parents devaient continuellement veiller sur lui de crainte qu'il ne se blesse ou qu'il fasse des bêtises.

Accaparant ainsi toute leur attention, une de ses soeurs, n'ayant pu trouver sa place a rencontré de grandes difficultés à l'adolescence. Suivie par le SMP elle a aujourd'hui 21 ans et va très bien.

En tant que psychologue, elle admet avoir eu souvent du mal à gérer son enfant.

Elle reconnaît que son mari et elle n'ont pas toujours pu le cadrer, mais qu'ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient. Si elle n'a jamais porté la main sur lui, car il est connu que la majorité des enfants TDAH sont fréquemment corrigés, les parents étant souvent à bout, elle a, par contre, subi de gros problèmes de santé.

Aujourd'hui, le garçon (fil Aellen), sous ritaline depuis l'âge de 16 ans, est sur le point de passer son bac.

M me Aellen avoue que le traitement s'est avéré miraculeux : en un an et demi, 12 ans de problèmes étaient réglés, mais pour elle, la médication ne suffit pas.

Le médicament a été fourni par le médecin de famille qui n'est pas spécialiste en la matière.

A propos du SMP

Lorsque son fils avait 16 ans, elle (Mme Aellen) s'est adressée au SMP. Le D r Manzano a refusé de lui prescrire la ritaline, ce type de médication n'étant pas approprié pour un adolescent.

M me Aellen reconnaît qu'elle a été soutenue et chaque fois très bien accueillie dans ce service (SMP) lorsqu'elle allait mal.

Elle (Mme Aellen) a été encouragée à être patiente avec son fils et même si elle ne peut admettre la perfection à leur endroit, elle ne comprend pas l'acharnement de Hypsos contre le SMP.

A propos du groupe de travail

Mme Aellen fait partie du groupe du DIP concernant les enfants TDAH, constitué après l'entretien du 18 janvier 1999. Cependant, étant pressentie pour continuer les travaux, l'association (Hypsos) lui a formellement interdit de se rendre à la prochaine séance.

Ce groupe a, selon elle (Mme Aellen), avancé très rapidement dans ses réflexions. Elle estime exceptionnel ce que l'association a déjà obtenu : le SMP est d'accord de mettre sur pied une plate-forme pluridisciplinaire et d'instaurer une structure de médiation. Ils sont même disposés à accepter qu'une psychologue d'Hypsos participe aux conférences internes du service.

Au niveau de l'enseignement primaire, une information, sous forme de conférences, va être donnée auprès des étudiants de la FAPSE, dont M me Aellen s'occupe personnellement. Une rencontre a eut lieu avec les inspecteurs et un document a été envoyé à ceux-ci et aux enseignants (Annexe

1).

Une autre réunion a eut lieu en octobre 1999, regroupant des enseignants, des infirmières et des éducatrices.

A propos de l'Association Hypsos

Considérant que le 80 % des demandes de la pétition ont déjà atteint leur objectif, M me Aellen dénonce l'acharnement de l'association (Hypsos) à combattre le SMP. Elle estime ce combat dangereux dans la mesure où les pétitionnaires incitent les parents à ne pas consulter le SMP. Ces derniers se privent ainsi d'un service gratuit.

D'autre part, lors des réunions, quantité de noms de médicaments circulent. Ce qu'il y a d'inquiétant, c'est qu'il n'y a aucun spécialiste dans le groupe. Même si M. Carlsson est médecin, il est important de spécifier : dentiste !

Elle cite le cas d'un jeune enfant qui prend des doses de 70 mg de ritaline, alors que la dose maximale est de 60 mg. Ce malheureux marche comme un automate et, quand l'effet du médicament disparaît, il reçoit un maximum de fessées... Or, cet enfant n'est pas suivi.

Hypsos est dépassé par de nombreux appels de détresse venant de familles en grand désarroi, avec des cas très lourds mais convaincus que leur enfant est atteint du TDAH. Ce qui est souvent loin d'être le cas.

Les discussions (Hypsos) tournent autour des médicaments, voire d'éventuelles thérapies telle : Developmental Integration Technique. Cette « thérapie permet entre autre de corriger des anomalies au niveau du système nerveux central en éliminant des réflexes archaïques persistants chez certaines personnes ». Il s'agit d'exercices à effectuer quotidiennement à la maison avec l'aide d'un manche de pinceau que l'on déplace sur certaine partie du corps pendant 15 minutes sur un temps de 15 à 18 mois environ. Pour la somme de 1650.- francs !

Quant aux psychiatres qui y sont conseillés, M me Aellen cite celui qui lui a prédit que son fils ne passera jamais son bac et qu'il ira en prison...

Si les réunions ont moins de succès qu'auparavant, l'association reste très active par le biais d'Internet, dont le site vante les mérites de la Ritaline et autres médicaments.

Pour elle, l'association tourne actuellement autour de la seule problématique des Carlsson, blessés par leur expérience au SMP.

A propos des thérapies

M me Aellen n'est pas convaincue par la thérapie essentiellement comportementale qui ne constitue, pour elle, rien de plus qu'un pansement ; elle ne permet pas de corriger tous les aspects du comportement perturbé.

Quant aux thérapies dites analytiques elles ne suffisent pas non plus à elles seules mais elles ont le mérite de rechercher les raisons du dysfonctionnement. En effet, elle estime que les parents d'enfant TDAH ont très souvent des problèmes relationnels avec lui.

Avant de prescrire la ritaline, il est impératif de poser un bilan psychopédagogique, puis, si la prise de médicament s'avère nécessaire, d'être accompagné psychologiquement.

Dans son cas, elle (Mme Aellen) est désemparée, n'ayant pas trouvé le thérapeute qui convienne à son fils ni de structure accueillant un jeune majeur. Pour l'heure, elle se contente des ordonnances délivrées par le médecin de famille qui lui laisse le soin de gérer elle-même le médicament.

Contrairement à l'association, elle (Mme Aellen) ne pense pas que les pédiatres puissent poser seul des diagnostics TDAH, ceux-ci n'ayant des compétences relatives qu'au volet physiologique.

S'agissant de thérapeutes efficaces dans ce domaine et répondant à la question d'une députée, M me Aellen ne souhaite pas disqualifier les confrères mais précise que tout le monde ne peut pas payer 140.- francs environ la séance non remboursée par les caisses maladie.

Audition du professeur Juan Manzano et de M me Miriam Fridman Wenger, psychologue-psychotérapeute (Service médico pédagogique).

En préambule, le professeur Manzano fait observer que la pétition soulève plusieurs questions.

Pour ce qui a trait au TDAH, le psychiatre (Manzano) rappelle qu'il s'agit d'un diagnostic ancien et qu'il n'y a rien de nouveau en la matière. Il s'agit d'instabilité motrice et ce problème est traité depuis environ 30 ans.

Le TDAH se manifeste par des signes assez visibles (troubles de l'attention, hyperactivité). Or, ces symptômes peuvent apparaître dans des situations différentes chez l'enfant. Quand on diagnostique des troubles de l'anxiété, de l'humeur, de la personnalité ou psychologiques, on exclut le TDAH, et on peut traiter ces manifestations globalement par le truchement d'une thérapie.

On parle, en conséquence, de TDAH pour les cas où l'on ne peut pas se prévaloir d'un de ces diagnostics. Les dysfonctionnements du TDAH proprement dit sont rarement isolés et l'on est souvent confronté à une comorbidité.

L'origine de la maladie n'est pas connue, malgré toutes les recherches menées dans ce domaine. On ne peut encore avancer aucune preuve, ce qui ne veut pas dire qu'on n'en découvrira pas un jour les causes.

M me Fridman-Wenger (psychologue au SMP) souligne combien il est difficile de se positionner. La pratique ne s'apparente pas à un service de dermatologie ou de gynécologie. Lorsqu'on pose un diagnostic, il s'agit plutôt

d'une construction tenant compte de la personnalité globale de l'enfant, dans laquelle on peut effectivement déceler de l'hyperactivité. Il s'agit, dès lors, de pondérer les difficultés particulières d'un enfant au regard de l'ensemble de sa personnalité.

Vouloir poser un diagnostic de TDAH revient presque toujours à formuler un pronostic. Leur rôle (SMP) consiste donc essentiellement à procéder à une évaluation de l'ensemble.

S'agissant du traitement, la médication par ritaline exerce un effet calmant. Il est important de souligner que ce traitement n'est que symptomatique. Si le médicament joue un rôle sédatif, il n'empêche qu'il n'a pas d'effet sur les autres problèmes, raison pour laquelle il doit s'accompagner d'autres mesures pour ces enfants.

(Selon Manzano) Aucune étude scientifique n'ayant été menée au-delà de 14 mois sur les effets de ce produit, il est impossible de se prononcer sur l'avenir. En outre, des effets secondaires ont été constaté : troubles du sommeil, perte d'appétit.

(Selon Manzano) Il ne faut, en plus, pas ignorer la dimension chronique de ce mal qui reste un problème grave pour certains enfants et, face aux parents, être à leur écoute, sans pour autant leur laisser de faux espoirs par le biais des médicaments.

Au niveau de la scolarité, il est nécessaire d'instaurer des mesures pédagogiques spéciales si le cas est lourd. D'une manière générale, on essaye de maintenir les enfants dans le milieu scolaire ordinaire en les épaulant de façon ambulatoire.

M me Fridman Wenger (SMP) relève que la présence d'un enfant agité dans une classe de 20-22 enfants est difficile à gérer pour l'enseignant. De plus, l'enfant est très souvent marginalisé par ses camarades. Or, les parents ne sont pas toujours conscients de ces problèmes et ils ne réalisent pas que leur enfant risque de payer cher le fait d'être maintenu à l'école ordinaire.

Sur la manière dont le SMP travaille, M. Manzano fait remarquer que la pétition renferme des affirmations dans lesquelles il ne se reconnaît pas.

Le Service (SMP) qu'il (Manzano) dirige assume trois fonctions. Premièrement, le SMP offre une consultation ambulatoire disponible dans les différents quartiers genevois à laquelle les parents peuvent se rendre s'ils le souhaitent. Le personnel est tenu au secret médical ; par année, plus de 4000 enfants et adolescents y sont reçus. Le SMP effectue une évaluation diagnostique du problème et instaure une collaboration avec les parents. Selon la nature des troubles, on (SMP) regarde quel traitement serait le plus adéquat.

Deuxièmement, le SMP joue également un rôle au niveau de la prévention et offre des conseils aux enseignants, bien qu'il ne s'agisse pas de traiter ici les cas individuellement. Il s'agit alors de dépistages divers.

Troisièmement, le SMP apporte une aide aux centres spécialisés si les enfants n'évoluent pas en milieu scolaire ordinaire. A ce propos, le Dr Manzano insiste tout particulièrement sur le fait que la décision d'intégration dans l'enseignement spécialisé, ainsi que tout autre mesure du type scolaire, ne relève nullement de la compétence du SMP. Ce dernier ne peut parler aux enseignants que si les parents l'y autorisent et l'objectif principal vise à apporter un soutien aux enfants concernés. La décision est du ressort d'une procédure scolaire spécifique menée par les inspecteurs. Au terme d'un processus assez sévère, l'école décide si l'écolier ne peut pas rester en milieu scolaire ordinaire à cause de ses problèmes ou s'il serait plus judicieux de le placer en classe spécialisée ou en Centre de jour offrant une structure plus réduite et un nombre plus grand d'éducateurs à sa disposition. Dans ces circonstances, le SMP n'intervient qu'après la décision.

Il faut savoir qu'à Genève, on instaure d'ailleurs des barrières assez importantes pour franchir un tel cap. Ainsi, on n'enregistre, tous retards confondus (mentaux, troubles sensoriels graves et du comportement, etc.) que 2,3 % de la population scolaire en milieu spécialisé, alors que la moyenne helvétique se situe à 5 %. A ses yeux, le système genevois des consultations ambulatoires du SMP fonctionne comme « coussin » ou « garde-fou » solide.

M. Manzano ajoute encore que les inspecteurs prennent une décision (institution spécialisée) sur la base de motifs scolaires et non médicaux ou psychologiques. A moins que les parents s'y opposent, le Service (SMP) entretient des contacts réguliers avec le pédiatre de l'enfant aux fins d'établir une coordination. D'une manière générale, le SMP travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des services spécialisés.

Enfin, le service offre des formes de thérapies comportementales et cognitives, des psychothérapies psychodynamiques, des traitements de famille, des traitements logopédiques, des thérapies psychomotrices, de la consultation thérapeutique, des soutiens psychopédagogiques et psychosociaux et aussi des thérapies médicamenteuses.

Pour information, le service est composé de : médecins (28,7 postes), de psychologues (35,8), de psychologues détachés au cycle d'orientation (23,6), de logopédistes (20,8), d'assistants sociaux (8,15), d'éducateurs (5,25), de psychomotriciens (11,55) et du personnel administratif.

En ce qui concerne la première invite de la pétition qui demande une information auprès des enseignants, M. Manzano signale qu'un groupe de travail a été créé sur le sujet en partenariat avec les enseignants et Hypsos.

Selon lui, ledit groupe a donné de bons résultats et on a mis l'accent sur une meilleure circulation de l'information avec les enseignants.

Il (Manzano) est, au surplus, partisan de favoriser la médiation car il n'a échappé à personne que la consultation peut se révéler difficile pour les parents. Comme le psychiatre a plutôt le sentiment que les choses évoluent dans le bon sens, il se montre d'autant plus surpris d'avoir affaire à une telle pétition.

Sur l'expression « unité de doctrine » dont est accusé le SMP, il avoue ne pas comprendre ce que les pétitionnaires entendent par là. On ne peut pas avoir des opinions différentes sur ce qui a déjà été prouvé : « quand c'est prouvé, c'est prouvé ». Cela étant, le psychiatre fait savoir que personne n'est obligé de consulter le SMP.

De son côté, le Service (SMP) envoie aussi des enfants dans le privé, dans la mesure où il ne peut pas suivre tous les enfants. Les parents peuvent consulter directement dans le privé, ou dans des autres Services, ou aller ailleurs pour solliciter une deuxième opinion.

Quant à l'invite consistant à demander au DIP « de soumettre au SMP la constitution d'une plate-forme de consultation pluridisciplinaire (...) » elle est, pour lui, un total non sens. En conclusion, il rappelle que le SMP est un service spécialisé et qu'il ne peut pas procéder à des autres examens que ce qui concernent sa spécialité. Il fait appel à d'autres spécialistes (neurologues, ophtalmologues, ORL) afin de procéder à des examens complémentaires s'il y a lieu.

En réponse à la question d'une députée qui s'étonne que des psychologues, qui ne sont pas des professionnels de la santé, puissent poser des diagnostics, M me Fridman Wenger signale que plus du 80 % des traitements prescrits par le SMP ne sont pas des traitements médicamenteux.

Les psychologues font partie au SMP d'une équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité directe d'un chef de clinique. D'autre part, les psychologues sont au bénéfice d'une convention avec l'OFAS et possèdent, dans leur domaine, la même formation qu'un médecin assistant, tant au niveau de la formation de base que de la formation continue. En outre, ces praticiens sont tous affiliés à des associations professionnelles.

Audition de M. Didier Salamin, directeur, direction générale de l'enseignement primaire et de M. Maurice Dandelot, directeur de l'enseignement spécialisé, directeur adjoint du SMP. M. Dandelot (SMP) est chargé, dans le cadre de ses fonctions, de coordonner les négociations entre les inspecteurs de l'école ordinaire et ceux du secteur spécialisé.

Généralement, lorsqu'un enseignant s'inquiète du comportement d'un élève, il conseille aux parents de consulter le SMP ou un thérapeute privé. Cette décision appartient aux parents.

La majorité des enfants qui bénéficient d'aide (logopédiste, psychologue, etc.) n'aboutit pas dans le secteur spécialisé, les mesures ambulatoires étant largement suffisantes. Dans les cas, rares (sur 34'000 enfants fréquentant le primaire, 2,3 % sont en milieu spécialisé), où le placement, en classe spécialisée ou en institution, s'avère nécessaire, celui-ci ne survient pas de façon brutale, mais à la suite d'une longue observation sur le terrain, assortie d'un certain nombre de bilans conduits par l'inspecteur, de concert avec le corps enseignant. Dès lors, les parents sont obligés d'accepter l'organisation scolaire imposée par les circonstances et la solution recherchée est adaptée aux besoins de l'enfant.

Dans ce contexte, une décision d'autorité (placement en éducation spéciale) ne constitue jamais un événement auquel les parents ne s'attendaient pas.

Le lien entre l'autorité scolaire et les thérapeutes peut se faire si les parents donnent leur accord ce qui s'avère judicieux aux fins d'éviter de prendre des mesures abruptes. Il arrive d'ailleurs fréquemment que les médecins demandent à l'école de rechercher des solutions au sein même de l'école. Lorsque celle-ci relève, par exemple, les extrêmes difficultés pour un enfant d'être maintenu dans sa classe, les thérapeutes soulignent alors qu'il serait préférable qu'il ne quitte pas son environnement familial et ses camarades. Mais ce sont quand même les responsables d'école qui

connaissent vraiment la réalité des aménagement scolaires !

M. Dandelot (SMP) estime que le placement d'enfant dans une classe spécialisée vers six/huit ans favorise une bonne évolution et un retour à l'école ordinaire. Au delà de cet âge, le retour est fortement compromis.

M Salamin précise que le dossier scolaire comporte des pièces médicales et des règles d'usage sont respectées de façon identique pour tous les enfants, quels que soient leurs problèmes. Par exemple, il se peut qu'un enfant IMC ait besoin d'un certain aménagement pour pouvoir rester dans l'école de son quartier. Dès lors, il peut être utile d'avoir un rapport de l'orthopédiste, ce document étant remis au corps enseignant par les parents. Les thérapeutes ne transmettent que les informations strictement nécessaires au choix de la meilleure structure.

En admettant qu'un élève doive changer d'enseignant, seuls les rapports pédagogiques seront transmis. Ceux-ci visent à l'objectivité et doivent éviter de poser des jugements de valeur sur la personnalité de l'enfant ou sur ses problèmes et sur ce qui relèverait strictement de la sphère médicale. Il est à noter qu'ils ne sont pas transmis au cycle d'orientation.

En lien avec la pétition, M. Salamin relève qu'il n'a eu à traiter que 2 cas de décisions contestées. L'une des demandes émanait de l'avocat d'Hypsos qui souhaitait avoir accès au dossier pour vérifier ce qui avait fondé la décision. Au terme de discussions menées avec les parents, un accord satisfaisant a été trouvé.

L'autre situation tournait autour de la question de l'organisation de la prise de ritaline. Le dossier de cet enfant était suivi par le Dr Haenggeli (HUG). Les parents, divorcés, ne partageaient pas la même approche vis-à-vis du médicament. Après avoir pris les dispositions nécessaires, l'enfant n'était plus tiraillé entre une mère favorable à la ritaline et un père réticent.

M. Salamin (SMP) insiste encore sur le fait que ce type d'affections est plutôt rare.

Pour détecter le TDAH, il doit se manifester avant l'âge de 7 ans. En milieu scolaire, un des indices pour le diagnostiquer, consiste, lors d'entretiens avec les parents, à constater qu'ils font état d'une situation invivable à la maison.

Ce syndrome touche surtout la catégorie des garçons.

Il est possible, également, que d'aucuns aient tendance à ranger sous la dénomination TDAH des problèmes d'éducation.

Concernant le groupe de travail, les discussions ont démarré il y a 2 ans avec le Dr Haenggeli et les instances du DIP. Un séminaire de santé scolaire a été organisé autour de ce syndrome en janvier 1999.

En septembre de cette même année (1999), suite à une demande d'Hypsos, une réunion a eu lieu en présence de M. Dandelot (SMP). L'association s'est présentée avec un certain nombre de revendications, notamment d'inclure le TDAH dans une procédure interne touchant l'ensemble des enfants du canton. La Direction générale de l'enseignement primaire a refusé d'entrer en matière. Il a ensuite écrit au président d'Hypsos pour qu'il lui fasse parvenir des brochures de l'association et de l'Aspedha. Une information a été communiquée aux inspecteurs (voir annexe) et des réunions du groupe ont été agendées. Le DIP tentera de comprendre quelles divergences subsistent. Les ponts ne sont donc pas coupés et beaucoup de choses ont été accomplies.

Enfin, par rapport à la 3^e invite, de prévoir une seconde opinion médicale obligatoire en cas de diagnostic lourd impliquant le placement d'un enfant en division spécialisée ou en institution, M. Dandelot constate que cela fonctionne déjà ainsi à Genève depuis longtemps et à satisfaction, soit que les décisions d'orientation ne sont pas d'ordre médical, ce qui constitue un garde fou non négligeable.

Il a personnellement le sentiment que les personnes qu'il a pu côtoyer, dans le cadre du groupe de travail, vivaient des situations pénibles sur le plan personnel, mais qu'il n'estime pas être pertinentes du point de vue de la majorité des gens rencontrant des difficultés. Il s'esquisse, en filigrane de la revendication des pétitionnaires, l'espoir légitime de voir chaque enfant rester en milieu scolaire ordinaire, mais une telle attitude n'est tout simplement pas raisonnable.

Discussion de la commission

Même si tous les députés ont été sensibles à la souffrance des pétitionnaires, aucun ne soutient les allégations de l'association Hypsos. Plus grave encore, ils (les députés) dénoncent leurs pratiques visant à faire la promotion de médicaments sans suivi thérapeutique, voire de thérapies farfelues, à des prix prohibitifs. De plus, si réellement cette pratique se vérifie, ils estiment scandaleux que des enfants, pas forcément atteints par le syndrome, ingurgitent sans contrôle des produits dangereux, suite aux conseils de l'association Hypsos, qui rappelons-le, décourage les parents à consulter le SMP.

Il est évident que le couple Carlsson, blessé par son expérience dans ce service, fait de leur cas particulier une généralité, induisant en erreur de nombreuses personnes.

Suite au dépôt de cette pétition, suivie par un battage médiatique, les enseignants ont eu affaire à nombre de parents angoissés, imaginant leur enfant frappé par le TDAH.

Il est donc essentiel que le DIP poursuive son effort d'information auprès du personnel enseignant, aidé dans cette tâche par le SMP (députés du Gd Conseil Dixit)

S'agissant des invites, la première, précisément d'agir auprès des enseignants, des inspecteurs et des infirmières scolaires pour informer(...), est en voie d'être réalisée dans la mesure où l'information a commencé à être donnée d'autres interventions étant déjà prévues.

La deuxième, de soumettre au SMP la constitution d'une plate-forme pluridisciplinaire(...), est en partie remplie dans la mesure où le SMP contacte, avec l'accord des parents, les pédiatres des enfants traités.

Enfin, concernant la dernière invite, de prévoir une seconde opinion médicale obligatoire en cas de diagnostic lourd impliquant le placement d'un enfant en division spécialisée ou en institution, les propos, tant du directeur de l'enseignement spécialisé, M. Dandelot, que ceux du Dr Manzano, confirment que le placement d'un enfant en classe spécialisée, est décidé d'entente avec toutes les personnes concernées : parents, enseignant, inspecteur, SMP.

Vote

La majorité de la commission est favorable au dépôt de cette pétition sur le bureau du Grand Conseil. Les commissaires qui souhaitent un renvoi au Conseil d'Etat ne soutiennent pas par là les pétitionnaires, mais veulent donner un signal au SMP, l'encourageant à davantage de collaboration avec les autres services ou partenaires concernés. D'autre part, ils estiment urgent d'informer tous les enseignants. Le dépôt de cette pétition

sur le bureau du Grand Conseil a été ainsi voté par 9 oui (2 AdG, 1 R, 2 L, 2 S, 2 Ve), 3 non (2 DC, 1 L) et 3 abstentions (1 AdG, 1 R, 1 S).

La majorité de la commission vous demande, Mesdames et Messieurs les députés, de bien vouloir suivre ses conclusions.

Entretiens

*Par respect de confidentialité,
les entretiens ci-dessous ne figurent pas dans
le document diffusé des annexes*

5. Entretiens responsables Associations

- I. Entretien président de l'Aspedah, 27.05.2002.
- II. Notes d'entretien Hypsos, 21.06.2002.
- III. Entretien responsable d'Hyperactif, un enfant comme les autres, 31.10.2000.

6. Entretien responsable SMP

Entretien avec une responsable SMP, 29.10.2000.

Extraits de discours¹ sur la Ritaline

Action sur les principaux symptômes du TDAH

« Actuellement il est admis que les stimulants, tels que l'amphétamine et le méthylphénidate (MPH), améliorent les performances faisant appel à l'attention et la concentration (Douglas 1974 ; Sprague et Sleator 1977 ; Aman 1980) et les performances motrices (Knights et Hinton, 1969) chez les enfants hyperkinétiques ou normaux. Ils améliorent aussi la mémoire et la vigilance (Rapoport et coll. 1978-1980), ainsi que la résistance physique (Weiss et Laties 1962) chez les adultes normaux » (111) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. [101-102]]

« Les stimulants ont des effets multiples. Ils agissent pratiquement sur tous les symptômes de l'hyperactivité: - Accroissement de la capacité d'attention et de la concentration (chez 70 à 75% des enfants) ; - Diminution de l'impulsivité ; - Diminution du niveau d'activité sans rapport avec les tâches (chez 70 à 75% des enfants) ; - Diminution de l'agressivité ; - Accroissement de la conformité ; - Amélioration de l'écriture ; - Amélioration des rapports interpersonnels ; - Amélioration de la performance dans les sports » [Présentation. Site Canadien sur l'hyperactivité (guide pour parents). Copyright 1996-1998 Elaine Lemire. Tout droits réservés. Mise en réseau du site le 17.10.1996. (Tous les pourcentages cités sont tirés du livre du Dr Guy falardeau, Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider, Montréal, Le jour éditeur, 1992.) 217]

« Le MPH a schématiquement une action sur trois des principaux symptômes: il permet une activité plus dirigée et plus productive, il améliore le contrôle de l'impulsivité, il renforce les activités de concentration et les capacités d'apprentissage. » [A.N.A.E. 1996. L.Vallée. Professeur, Service des maladies infectieuses et neurologie infantiles. Hôpital Roger Salengro. CHRU.59037. Lille Cedex 136]

« La Ritaline(r) entraîne une amélioration du contrôle de la motricité fine. Elle améliore nettement la fonction d'attention et renforce ainsi la mémoire à court terme et les activités de concentration. » [AVTES. Romandie. Christophe Bornand pour la commission presse. " Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants " 26]

« Le méthylphénidate est un stimulant du système nerveux central avec un effet marqué sur les activités mentales et motrices ». [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. NOVARTIS PHARMA 19]

« Partant des tests présentés précédemment (en l'occurrence, l'appariement des figures familières, ou des tâches de reconnaissance d'images, dont on a vu les limites), " l'effet sur la symptomatologie centrale conduit à l'augmentation de l'attention générale, à l'amélioration des épreuves d'attention continue et à une diminution de l'activité étrangère à la tâche. L'hyperactivité est réduite, ainsi que les comportements impulsifs. La réduction de l'agression est nette et singulièrement à l'égard des pairs. L'amélioration des comportements sociaux dans le cadre de la famille, de l'école et dans celui des rencontres avec les pairs est avérée » (p.110). [Corraze J. & Albaret J.M., L'enfant agité et distrait, Expansion scientifique française : Paris, 1996. 359]

« Appartenant à la famille des amphétamines, ce médicament aurait un effet stabilisateur chez les enfants hyperactifs. » [Le Courrier, 16 novembre 1998, Marco Gregori. "Il serait temps que le SMP admette qu'il a commis des erreurs" 17]

« Pour calmer les enfants turbulents - atteints de ce que l'on appelle le syndrome d'hyperactivité -, certains pédiatres leur donnent parfois de faibles doses de psychostimulants, tels que la Ritaline(r), médicament largement utilisé ». [Pharma Information. Suisse. " En bref ". 01.99. + Science actualité. France. Mars.99. " Effet paradoxal de la Ritaline " 16]

¹ Les références figurent entre []. Les chiffres à l'intérieur des crochets (à la fin) concernent la numérotation des paragraphes issue de la codification des discours dans le logiciel d'organisation et d'analyse des données Nud*Ist. Les chiffres entre (), eux, font référence au numéro de page des extraits issus d'ouvrage ou d'articles. Ils manquent lorsque le matériel a été récolté sur internet.

« Résultats du traitement par les stimulants ; points qui devrait être amélioré: 1- agitation ; 2- concentration ; 3- impulsivité et contrôle de soi ; 4- conformité ; 5- agression physique et verbale ; 6- interactions sociales avec les amis (es), parents, professeurs ; 7- productivité académique et précision (exactitude) » [The New England Journal of Medicine . Alan J. Zametkin, et Monique Ernst. "Problems in the management of attention- deficit-hyperactivity disorder" paru le 7 janvier 1999. Résumé sur le Site Elaine). 65]

« Swanson et al. (1993): suite à l'analyse de 341 articles (review articles), ont découvert que les symptômes sont deux fois plus améliorés que le QI et les résultats scolaires. Carlson et Bunner (1993): amélioration significative de la concentration sur un travail et aussi sur les apprentissages. Pas de données sur les résultats académiques à long terme. Hinshaw (1991): grande réduction des agressions (hyperactivité seulement). » [The New England Journal of Medicine . Alan J. Zametkin, et Monique Ernst. "Problems in the management of attention- deficit-hyperactivity disorder" paru le 7 janvier 1999. Résumé sur le Site Elaine. [71-73]]

« Reduce the child's activity level and increase the attention span » [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 1999.118]

« Cette amélioration porte autant sur les comportements moteurs d'agitation et d'impulsivité que sur les comportements sociaux et relationnels avec une meilleure tolérance aux situations de contrainte. » (2912) [M. Dugas, M. Bouvard " Les chimiothérapies ", chap. 168, in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome 4, p.2905-2937. PUF. Paris. 1997 (3e ed.) (1e ed. 1985). [47] + (M.F. Le Heuzey, M.Dugas, " Troubles du comportement " (ds chap. Neuropsychiatrie) & M Bouvard, M. Dugas " Troubles anxieux " in E. Aubert, Y. Aujard, G. Lenoir. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences. 1992. 487-495 [(488) 48])

« For many people, these medicines dramatically reduce their hyperactivity and improve their ability to focus, work, and learn. The medications may also improve physical coordination, such as handwriting and ability in sports ». [Site NIMH (National Institute of Mental Health). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)" 356]

« However, most of them described presumably positive effects of medication on their behaviors and feelings (63 percent reported that medication had made them calmer, 59 percent found it easier to concentrate, and 60 percent said that medication made it easier for them to control their temper) ». [NIH (National Institut Health). Jan Loney, consensus, November 1998. " Risk of Treatment Versus Nontreatment " 52]

« Les enfants hyperactifs, à raison de 75 %, semblent s'améliorer sous l'effet de psychostimulants, alors que 25 % ne manifestent aucun changement et que leur état peut même s'aggraver (...) L'amélioration se traduit en général par une durée accrue de l'attention, une amélioration des fonctions cognitives, une capacité de concentration plus grande et une impulsivité diminuée » (1279) [Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique.2e ed.Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. 123-124]

« Methylphenidate effectively suppressed hyperactive, disruptive, and aggressive behavior as assessed by observations and rating scales » [Site checkmateplus.com. Drs. Gadow and Sprafkin (N.Y). CHILD SYMPTOM INVENTORIES. Revue de presse. 164]

« Le consensus scientifique sur l'utilisation des stimulants pour traiter les enfants "hyperactifs" consiste à reconnaître leur effet calmant sur la conduite perturbatrice et une amélioration de la performance de tâches répétitives, à court terme. » [Résumé. Santé Mentale au Québec, 22, 1, 216-238, DORÉ, C., COHEN, D. (1996). "La prescription de stimulants aux enfants "hyperactifs": une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants ". Résumé issu du Site Adapt.Scol.Fr (Réf.) 12]

« La revue de la littérature scientifique médicale montrerait un consensus quant à son effet sur l'amélioration d'attitudes ou de comportements dysfonctionnels de base que sont l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité ». [HONOREZ, J.M. (1998). La transmission des résultats de recherche un devoir social: le cas des travaux sur le Ritalin. Les recherches enseignées en espaces francophones

(Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France), 1, 83-98. Résumé issu du site Adapt.Scol.Fr. 18]

« When the Ritalin is given to the patient, the inhibitory cells regain control and now he or she can work more smoothly, sit still, and not be as impulsive ». [Ritalin. Site : www.chemistry.vt.edu/chemdept/helm/2514/project/ritalin/ritalin.html 39]

« De nombreuses études corroborent que le méthylphénidate améliore de façon efficace l'attention et le comportement (2-4) » [Société canadienne de pédiatrie (SCP). 1990. " Le méthylphénidate dans l'hyperactivité avec déficit de l'attention ". 14]

« Chez la plupart des patients, les stimulants diminuent l'activité excessive, la distractibilité, l'impulsivité, l'explosivité et l'irritabilité » [Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis de psychiatrie. Science du comportement, psychiatrie clinique. (trad.française coordonnée par P.Louville). Ed. Pradel, Paris, 1998. (trad. De la 8e édition de Synopsis of Psychiatry, Baltimore, 1998). 158].

« Le traitement du trouble implique l'utilisation des amphétamines (5 à 60 mg/j) ou le méthylphénidate (5 à 60 mg/j). L'augmentation de la durée d'attention, la diminution de l'impulsivité et l'amélioration de l'humeur sont des signes d'une réponse positive. » [Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis de psychiatrie. Science du comportement, psychiatrie clinique. (trad.française coordonnée par P.Louville). Ed. Pradel, Paris, 1998. (trad. De la 8e édition de Synopsis of Psychiatry, Baltimore, 1998).181]

« Selon les études américaines, la Ritaline entraîne chez les enfants hyperactifs avec trouble déficitaire de l'attention une amélioration de la concentration et une réduction de l'hyperactivité permettant une reprise des apprentissages dans 70 p. 100 des cas. » [Universalis. 2000. RITALINE. 20]

« La Ritaline entraîne une amélioration du contrôle de la motricité fine. Elle améliore nettement la fonction d'attention et renforce ainsi la mémoire à court terme et les activités de concentration ». [Wanadoo.Site TRAITEMENTS. " La ritaline " Méthylphénidate chlorhydrate. 26]

« Children with ADHD who take such medication not only are less impulsive, restless and distractible but are also better able to hold important information in mind, to be more productive academically, and to have more internalized speech and better self-control. As a result, they tend to be liked better by other children and to experience less punishment for their actions, which improves their self-image ». [Scientific American. Russell A. Barkley. 1998. " Attention-Deficit Hyperactivity Disorder ". 119]

« En réalité l'efficacité différenciée du méthylphénidate en fonction de la dose s'accorde mal avec ces hypothèses (...) les faibles doses amélioreraient significativement les troubles déficitaires de l'attention sans pour autant modifier l'hyperactivité motrice alors que de plus forte doses agissent davantage sur l'hyperactivité sans que le déficit de l'attention ne s'améliore autant qu'avec de faibles doses » (141). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. [204]]

« Douglas (Douglas et al. 1986, 1988, 1995) suggested that MPH is particularly effective in helping children with ADHD to perform tasks that place high demands on self-regulation. Self-regulatory processes, she argued, include deployment of attention and effort, the inhibition of impulsive responding, the ability to maintain or change cognitive set to meet task demands, and planning and organization » (p.90). [T. Bergman, V.I. Douglas, R.G. Barr. " Effects of Methylphenidate on Complex Cognitive Processing in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Abnormal Psychology. Fév.1999. Vol.108, N.1. pp.90-105. 18]

« De nombreuses études contrôlées ont signalé une augmentation des capacités d'attention et de la concentration, et une diminution des comportements d'opposition ». (p.355) [Kaplan H.I. & Sadock B.J. Médicaments en psychiatrie. Guide de poche. Trad. et adapt. Franç. B. Granger. Masson, 1998 (extrait traduit, modifié et adapté à partir du chap. 8 " Biological therapies " in Synopsis of Psychiatry, 8e édition). 50]

« Selon la Conférence du consensus, ce traitement (par psychostimulant) est symptomatique, c'est-à-dire que les symptômes réapparaissent lorsque l'on arrête la médication ou lorsque le temps

d'efficacité est dépassé. » [Doc SMP à l'int. des enseignants et inspecteurs. Annexe 1 de la commission des pétitions (avril 2001). DA /H. E. Perez Crim. 46]

Dans "la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent" est évoquée une enquête effectuée par Massari B. (" La prescription de psychotropes en psychiatrie de l'enfant " in Neuropsychiat. Enfance, Adolescence, 1984, 32 (9) : 433-441) qui révèle que les 3/4 des 100 pédopsychiatres interrogés estiment que la prescription médicamenteuse ne guérit pas un malade, mais traite uniquement les symptômes. [Epelbaum C., " Place des psychotropes en psychiatrie infantile " in Ferrari P. & Epelbaum C., La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1993. 536-552. [28] (536)]

Evaluation de l'efficacité du médicament

« Cette amélioration est, au mieux, objectivée par l'utilisation de questionnaires cliniques. Connors en 1973 a développé des instruments destinés à l'évaluation de l'hyperactivité par les parents et les enseignants. Ces questionnaires sont actuellement bien validés et facilement utilisables » (2913) [M. Dugas, M. Bouvard " Les chimiothérapies ", chap. 168, in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome 4, p.2905-2937. PUF. Paris. 1997 (3e ed.) (1e ed. 1985).[48]]

« Pour Greenberg et coll, (1975) le méthylphénidate a un effet plus marqué que l'imipramine ; il en est de même pour Rapoport et coll (1974) pour qui l'efficacité du MPH sur les tests cognitifs est supérieure » (91). « Seuls Winsberg et coll (1972) trouvent une amélioration globale sous imipramine (66 % des cas) supérieure à celle sous d-amphétamine (44% des cas). L'hyperactivité diminue davantage sous imipramine, par contre ces auteurs ne notent pas de différence significative quant à l'efficacité des deux médicaments sur les troubles de l'attention » (91). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. [78-79]]

« Avec les épreuves traditionnelles de niveau scolaire, on ne parvint pas à mettre en évidence les effets des psychostimulants. En utilisant des tâches proposées par les maîtres aux enfants, on est parvenu à prouver les effets bénéfiques sur les résultats scolaires » (p.111) [Corraze J. & Albaret J.M., L'enfant agité et distrait, Expansion scientifique française : Paris, 1996. 362]

« Disons tout d'abord qu'au niveau intellectuel, on a noté de nombreuses améliorations dans les types d'épreuves nécessitant de la mémoire, une meilleure perception visuo-motrice, ainsi qu'un certain contrôle de l'impulsivité. Toutefois le résultat des tests d'intelligence est resté sensiblement le même » (p.134) L'auteur évoque, l'amélioration de la calligraphie, de la qualité et de la production académique. « Côté comportement, on a noté un effet positif sur la capacité de l'enfant à maintenir une attention de meilleure qualité lors de l'exécution d'une tâche, tout en étant vraiment beaucoup moins agité. On a également observé que les enfants répondaient mieux aux demandes de leurs parents, que leurs comportements agressifs étaient diminués et que les relations avec leurs pairs étaient meilleures ». [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992 [220 – 222]]

« Les troubles déficitaires de l'attention s'améliorent significativement plus sous psychostimulants que sous placebo comme l'attestent la plupart des études utilisant divers tests de laboratoire » (114) : Allongement du temps de réaction ; amélioration significative de la vigilance ; amélioration significative de l'attention et de la concentration [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988 123]

« Connors et coll (1975) ont évalué (...) l'efficacité du psychostimulant pendant 6 semaines chez 59 enfants de moins de 6 ans (...) 95 % des enfants s'améliorent globalement sous méthylphénidate (27 sur 29) contre 10 % sous placebo (3 sur 26). » (127) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988 144]

« Tous (les spécialistes) s'accordent à reconnaître l'efficacité de la molécule, qui fait disparaître de façon spectaculaire les symptômes d'agitation et de distraction, au prix parfois d'une certaine apathie ». [L'Express du 26/10/2000. Par Gilbert Charles. "Le procès de la Ritaline" 44]

« Qu'il soit efficace, nul n'en doute parmi ceux qui l'ont utilisé. Une demi-heure ou trois quarts d'heure après avoir pris son comprimé, l'enfant se calme comme par enchantement. Mais cet effet bénéfique ne dure que trois à six heures. » [Hebdo. 6 sept. 2001. Sonia Arnal et Elisabeth Gordon. " Au secours ! mon enfant est hyperactif ". Phénomène de mode ou réelle maladie? Notre test.Traitement: la Ritaline soigne mais suscite la polémique.74]

Ludovic prend du Ritalin. "Une demi-heure après sa première prise, un demi-comprimé, les changements apparaissent dans son comportement." [La Liberté du 2 octobre 1998, Jean Ammann. " L'enfant est naturellement actif, mais quand devient-il hyperactif ? " 72]

« Three experiments were conducted to explore the effects of methylphenidate (MPH), ADHD diagnosis and age on performance on a complex visual-memory search task. Results showed that the effects of MPH varied with information load. On low-processing loads, all doses of MPH helped children with ADHD to improve accuracy with no cost to reaction time (RT) whereas on high loads, higher MPH doses improved error rates while slowing RT. Without medication, children with ADHD showed high error rates and slow RTs across both low and high loads, as did younger, normal control children. Because MPH slowed performance on only the most difficult, high-load conditions, it is argued that the drug improves self-regulatory ability, enabling children with ADHD to adapt differentially to high and low loads » [T. Bergman, V.I. Douglas, R.G. Barr. " Effects of Methylphenidate on Complex Cognitive Processing in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Abnormal Psychology. Fév.1999. Vol.108, N.1. p.90-105. (chercheurs à Montreal, Québec). 10]

« Les effets cognitifs ont été largement étudiés. (...) Le temps de réaction est amélioré, la vigilance (...) de même que l'attention » (2913) « L'effet sur les tests d'intelligence de Wechsler est controversé, mais ceux-ci n'apparaissent pas les plus adaptés pour mesurer des changements rapides » (2913). [M. Dugas, M. Bouvard " Les chimiothérapies ", chap. 168, in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome 4, p.2905-2937. PUF. Paris. 1997 (3e ed.) (1e ed. 1985). 50]

« L'efficacité des psychostimulants dans l'hyperactivité est actuellement bien démontrée. Un même effet est retrouvé chez les adolescents hyperactifs. (...) cette amélioration a pu être retrouvée dans différents domaines du fonctionnement des enfants, cognitif, scolaire et social » (2913). [M. Dugas, M. Bouvard " Les chimiothérapies ", chap. 168, in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome 4, p.2905-2937. PUF. Paris. 1997 (3e ed.) (1e ed. 1985). [52]]

« L'efficacité sur le comportement des enfants hyperactifs est actuellement clairement démontrée grâce à de nombreuses études contre placebo. Ainsi on estime à 75 % le nombre des enfants améliorés de façon significative par ce traitement ». (M.F. Le Heuzey, M.Dugas, " Troubles du comportement " (ds chap. Neuropsychiatrie) & M Bouvard, M. Dugas "Troubles anxieux" in E. Aubert, Y. Aujard, G. Lenoir. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences. 1992.487-495 [46])

« La Ritaline est le plus efficace quand les symptômes sont le plus apparents. » [Hypsos. Quoi de neuf ? (site. modifié le 21/10/00). 240]

« Effets à court terme. L'essentiel du dossier d'évaluation clinique est consacré à l'étude des effets à court terme du méthylphénidate sur les comportements des enfants atteints d'hyperactivité avec déficit de l'attention. Dans les conditions artificielles des laboratoires de pharmacologie clinique, plusieurs essais cliniques versus placebo montrent une amélioration du comportement de l'enfant sous conditions de classes expérimentales ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ". 58]

« Une synthèse comportant 57 essais cliniques évaluant le méthylphénidate, dont 36 versus placebo, conclut que 75 % des enfants traités sont améliorés à court terme, la durée de ces essais étant généralement de quelques semaines (minimum 1 jour ; maximum 1 mois). » [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. "Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate". 64]

« Toutefois, il ne s'agit là que d'un traitement uniquement symptomatique et non curatif. De plus, 25 % des enfants traités ne tirent aucun bénéfice du méthylphénidate, et le traitement doit être arrêté s'il

n'est pas efficace au bout d'un mois » [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. "Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate". 102]

« Une autre piste mène aux traitements médicamenteux, qui ont aussi fait leurs preuves: les médecins prescrivent des stimulants psychiques (...) Chez l'enfant hyperactif, ce médicament (...) induit une nette amélioration des symptômes ». [Sélection du Reader's Digest, déc. 1998, par Ladislaus Kuthy ." TIENS-TOI TRANQUILLE! " 46]

« Environ 75 % des enfants avec ADHD répondent à l'un ou plusieurs stimulant. La supériorité statistique du stimulant contre placebo dans le traitement de ce syndrome n'est pas équivoque. Par conséquent la principale question est de déterminer quel stimulant est le mieux indiqué. » [Review of psychiatry. American Psychiatric Press. Washington.. Ed. Tesman A., Hales R.E. , Frances A.J. 1989. Vol.8. Section II Child Psychiatry. Chap. 7 " Attention-Deficit Hyperactivity Disorder " by D.P. Cantwell, G.L. Hanna. 134-161. 75]

« DAT knockout (KO) mice were placed into a novel environment, and locomotor, rearing, and stereotypic activities were monitored (13). DAT-KO animals exhibited substantially higher levels of activity than wild-type mice (Fig. 1, A to C). Whereas the DAT-KO mice showed minimal habituation to the novel environment over 240 min of observation, habituation occurred within the first 30 to 40 min for the wild-type animals. (...)These results suggest that the DAT-KO animals might be less able to adapt to novel stimuli than the wild-type controls ». [Science. Vol. 283, Number 5400, Jan 1999, pp. 397 - 401. " Role of Serotonin in the Paradoxical Calming Effect of Psychostimulants on Hyperactivity ". Raul R. Gainetdinov, William C. Wetsel, Sara R. Jones, Edward D. Levin, Mohamed Jaber, Marc G. Caron. 24 30- 34]

« In the present study, global processes associated with spatial learning and memory were impaired in the DAT-KO mice. Analysis of perseverative errors in the radial maze suggested that these mice might be unable to inhibit inappropriate responses or that they might be inattentive to relevant cues in their environment » (18). [Science. Vol. 283, Number 5400, Jan 1999, pp. 397 - 401. " Role of Serotonin in the Paradoxical Calming Effect of Psychostimulants on Hyperactivity ". Raul R. Gainetdinov, William C. Wetsel, Sara R. Jones, Edward D. Levin, Mohamed Jaber, Marc G. Caron. 24 98]

« Interestingly, Barkley (24) has recently proposed that ADHD-HKD patients suffer primarily from an inability to inhibit their behavioral responses such that they are hyperresponsive to various stimuli. Therefore, impairments of cognitive function would be secondary to the hyperkinesis. Similar mechanisms may exist in the DAT-KO mice ». [Science. Vol. 283, Number 5400, Jan 1999, pp. 397 - 401. " Role of Serotonin in the Paradoxical Calming Effect of Psychostimulants on Hyperactivity ". Raul R. Gainetdinov, William C. Wetsel, Sara R. Jones, Edward D. Levin, Mohamed Jaber, Marc G. Caron. 24. 100]

« Comme les enfants hyperactifs avec déficit de l'attention, les souris sont hyperactives avec accentuation dans un nouvel environnement; elles présentent des troubles de l'apprentissage spatial et la ritaline les calme et améliore leur attention. » ["Science Magazine" du 15.01.1999, Dr Véronique NGUYEN (p. 397). " Hyperactivité avec trouble de l'attention: l'action de la ritaline est élucidée " 20]

« Les psychostimulants centraux sont des médicaments éprouvés ». [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 76]

« Les indications principales des psychostimulants doivent rester : l'hyperactivité motrice et les troubles déficitaires de l'attention. Leur utilisation dans le but d'améliorer les apprentissages, les réalisations scolaires ne nous paraît pas justifiée en raison des résultats très contradictoires concernant l'efficacité des psychostimulants sur des tests spécifiques (intelligence, réalisation scolaire...). Il faut toutefois remarquer qu'en ce qui concerne les effets sur la mémoire à court terme, sur les réalisations scolaires et même sur les tests d'intelligence, les travaux les plus récents (c'est-à-dire le plus souvent menés avec une méthodologie plus sophistiquée tenant compte des lacunes des travaux antérieurs) paraissent objectiver des améliorations significatives de ces fonctions » (123) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. [127]]

« Les tests sur les animaux révèlent une augmentation de l'activité motrice après la première dose, l'accroissement de la sensibilité aux effets après une prise répétée et le développement de formes de comportements stéréotypés répétitifs après une consommation chronique ». [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 114]

« Reaction time (Ritalin) can be crucial, and children with attention deficit hyperactivity disorder can be out of step. A new study says that non-medicated ADHD kids are three times slower making quick decisions involving different tasks than their non-ADHD counterparts. Slower reaction times, however, vanished (disparaît) when ADHD children were on methylphenidate (Ritalin), the most commonly used drug prescribed for the disorder. The study -- founded by the National Institutes of Health -- was published in the June issue of the Journal of Abnormal Child Psychology ». [News from the University of Illinois at Urbana-Champaign. August 2000. " Ritalin helps children with ADHD maintain normal reaction time ".[16 - 18]]

« Although we did not obtain a significant interaction between dose and load on the error measure, the results from experiment 1 demonstrated that MPH enabled the ADHD group to show improvement in their error rates across all loads. » (p.102) [[T. Bergman, V.I. Douglas, R.G. Barr. " Effects of Methylphenidate on Complex Cognitive Processing in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Abnormal Psychology. Fév.1999. Vol.108, N.1. pp.90-105. 25]

« These results demonstrate that MPH does not slow responding indiscriminately but enables children with ADHD to respond differentially to high versus low loads. » (p.103). [[T. Bergman, V.I. Douglas, R.G. Barr. " Effects of Methylphenidate on Complex Cognitive Processing in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Abnormal Psychology. Fév.1999. Vol.108, N.1. pp.90-105. 31]

« Le délai d'action est variable de quelques heures à quelques jours, l'efficacité ne pouvant être affirmée qu'après un mois de traitement. L'amélioration des performances cognitives des enfants traités a pu être démontrée dans différentes situations de tests. Mais si les performances scolaires à court terme sont améliorées, l'effet sur les performances scolaires à long terme est loin d'être démontré » (488). [M.F. Le Heuzey, M.Dugas, " Troubles du comportement " (ds chap. Neuropsychiatrie) & M Bouvard, M. Dugas " Troubles anxieux " in E. Aubert, Y. Aujard, G. Lenoir. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences. 1992. Pp.487-495. 50]

« On devra utiliser un questionnaire établi, comme le ACTeRS Profile de l'Institute for Child Behavior and Development de l'université de l'Illinois, Champaign, l'échelle de Conners (9) le questionnaire de Werry (10) ou autres (11) pour évaluer les effets du méthylphénidate sur le comportement scolaire. » [Société canadienne de pédiatrie (SCP). 1990. " Le méthylphénidate dans l'hyperactivité avec déficit de l'attention ".25]

« Des études ont également été faites chez le singe (expérience de destruction des secteurs identifiés). "Notons que chez le singe, comme chez le rat, la destruction du secteur inférieur amène en plus des difficultés d'apprentissage reliées au phénomène des récompenses". L'administration de substances (comme le méthylphénidate) serait susceptible de corriger en partie le problème créé ». [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. 143 - 144]

Benefices « secondaires »

« Son gain (médicament), en revanche, est certain. Une pilule de Ritaline, c'est quatre heures de répit, durant lesquelles l'enfant est attentif, suit les consignes, fait son travail scolaire comme ses camarades (...). Obtenant de bons résultats, il reprend confiance, les conflits diminuent, la spirale tourne dans le bon sens ». [L'Illustré Santé No 25. (19 janv. 2000). Par M. Monnier. " Neuropédiatrie : et s'il était hyperactif... " (Haenggeli interrogé) [51]

« Il (Haenggeli) a eu l'occasion de rencontrer des centaines de familles, et les histoires qu'elles évoquent sont souvent dramatiques. Il faut donc insister sur les aspects rassurants qu'offre la Ritaline. Si son efficacité ne dure que quatre heures par prise, elle permet d'atténuer les tensions auxquelles l'enfant, sa famille, la classe d'école sont confrontés ». [Secr. du Grand Conseil. Rapport de la Commission des pétitions chargée d'étudier la pétition (1332) concernant l'interdiction de prescription de psychotropes à des enfants de moins de 16 ans. Date de dépôt: 23 avril 2001. Rapporteuse: Mme Mireille Gossauer-Zurcher [137]]

« Ca fonctionne immédiatement ! Philippe est plus calme, moins distrait, termine davantage ses travaux, semble plus " présent " ; quand aux résultats académiques, ils s'améliorent. A l'école on est

content, et l'amélioration a un effet bienfaisant de réconciliation » (p.35) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992.46]

« la qualité de vie a aussi droit de cité au niveau de la famille, des camarades, des activités ». [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention /Hyperactivité/ Opposition: 111 - 112]

« The results indicate that medication improves the ability of ADHD kids "to inhibit inappropriate task skills and prepare for a new task regardless of whether the task switch is frequent and predictable or infrequent and unpredictable," the authors wrote ». [News from the University of Illinois at Urbana-Champaign. August 2000. " Ritalin helps children with ADHD maintain normal reaction time ". 36]

« The results suggest that ADHD kids can be quite successful when they are treated, in this case with Ritalin or methylphenidate, to deal with these problems of flexibility," said Arthur F. Kramer, a professor of psychology at the University of Illinois Beckman Institute for Advanced Science and Technology. » [News from the University of Illinois at Urbana-Champaign. August 2000. " Ritalin helps children with ADHD maintain normal reaction time ". 20]

« Et c'est dans ce contexte que le Ritalin devient un allié précieux. Le méthylphénidate (Ritalin) a la propriété d'améliorer considérablement le niveau de l'attention chez ces enfants. Il lui permet de comprendre et de suivre des consignes, de compléter des tâches, d'être attentif à son environnement, de vivre enfin des expériences positives. » [La Presse (Opinions Mercredi 3 juin 1998, Québec). " Le Ritalin, un médicament éprouvé " 49]

« Beaucoup de cliniciens observent que l'amélioration générale due à la Ritaline® a une incidence positive sur l'estime de soi des jeunes patients et donc sur l'évolution de leurs symptômes thymiques » (8). [Méd.Thér.Pédiat.Juin00 : 74]

« Soon Mark was able to sit still and focus on learning ». [Site NIMH (National Institute of Mental Health). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)" 228]

« Studies have also shown that children can take in information at a greater speed over a time interval and listen to instructions and obey them. All of this can happen due to one little small pill known as Ritalin ». [Ritalin. Site : www.chemistry.vt.edu/chem_dept/helm/2514/project/ritalin/ritalin.html 40]

« l'enfant a besoin d'aide. Il faut lui expliquer ce qui lui arrive et l'aider à améliorer l'estime de lui-même. Il ne faut cependant pas cesser la médication car cela ne ferait que camoufler le problème. D'ailleurs, dans la plupart des cas, avec un bon soutien, les enfants s'en sortent très bien. Leur comportement s'étant amélioré, les phénomènes de rejet vont progressivement s'estomper et les messages positifs provenant de leurs pairs et des adultes de leur entourage seront de plus en plus fréquents. » [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992.196 - 197]

« Dès lors que l'enfant est diagnostiqué et reçoit des traitements appropriés, plusieurs des tensions et des malaises émotionnels se dissipent au sein de la famille ». [Elaine Lemire, Présentation. Site Canadien sur l'hyperactivité (guide pour parents). Copyright 1996-1998. [76]]

« Le Ritalin peut améliorer autant la qualité de vie que la performance scolaire, la vie familiale que sociale, le comportement que la concentration ». [Elaine Lemire, Présentation. Site Canadien sur l'hyperactivité (guide pour parents). Copyright 1996-1998. [221]]

« Il n'existe pas de preuve d'un effet direct des médicaments sur les troubles des apprentissages bien que l'amélioration du DA permette aux enfants d'apprendre de manière plus efficace qu'auparavant. De plus, le traitement peut améliorer l'estime de soi lorsque les enfants atteints de ce trouble ne sont plus constamment réprimandés à cause de leur comportement ». [Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis de psychiatrie. Science du comportement, psychiatrie clinique. (trad.française coordonnée par P.Louville). Ed. Pradel, Paris, 1998. (trad. De la 8e édition de Synopsis of Psychiatry, Baltimore, 1998). 158].

« Trouble DA/H non spécifié : catégorie résiduelle de troubles avec des symptômes importants d'inattention ou d'hyperactivité. " De nombreux patients atteints de ce trouble souffrent d'un trouble dépressif secondaire associé à une mauvaise estime de soi, due à la diminution de leurs performances affectant leurs fonctionnements professionnel et social. Le traitement du trouble implique l'utilisation des amphétamines (5 à 60 mg/j) ou le méthylphénidate (5 à 60 mg/j). » [Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis de psychiatrie. Science du comportement, psychiatrie clinique. (trad.française coordonnée par P.Louville). Ed. Pradel, Paris, 1998. (trad. De la 8e édition de Synopsis of Psychiatry, Baltimore, 1998).181]

« Les difficultés scolaires des enfants avec TDA/H seraient sept fois plus fréquentes que chez les enfants "normaux". Il est reconnu que les psychostimulants améliorent les résultats scolaires (Barkley, 1990) » (p.85). « Selon les travaux, la fréquence de cette comorbidité a considérablement varié (de 10 à 92 %) (Biederman et coll. 1991b). Il s'avère que le type (I) du DSM-IV et le type (C) présentent plus d'incapacité scolaire que le type (I/H) » (p.86). [Corraze J. & Albaret J.M., L'enfant agité et distrait, Expansion scientifique française : Paris, 1996. 191]

« Des améliorations à court terme s'observent dans la production et la précision du travail scolaire ». « Les enfants hyperactifs traités ont aussi plus de facilité à s'entendre avec les autres et une meilleure estime d'eux-mêmes ». « Le traitement n'est donc pas seulement efficace pour ce qu'en attendent les parents et professeurs, de meilleurs résultats scolaires et un comportement sociable, mais aussi la possibilité pour l'enfant de se refaire des amis et de s'intégrer aux jeux collectifs (...) Le traitement permet à l'enfant de s'intégrer à la société ». [Le Courrier, 11 fév. 2000. " Des amphétamines pas si horribles que cela " [61-63, 73]

« Point central: la Ritaline, un médicament issu des amphétamines. Pour les membres d'Hypsos, son administration aurait des effets bénéfiques sur les enfants et permettrait à leur entourage de mener une vie "normale". » [Le Courrier, 2 décembre 1998, par Marco Gregori : "On a un peu trop diabolisé le Service médico-pédagogique" [24]]

« Les stimulants améliorent la concentration sur un travail donné et sur les habiletés à terminer des travaux académiques mais les résultats académiques (amélioration) à long terme ne sont pas documentés. Les résultats sont positifs en ce qui concerne les habiletés sociales et les relations avec les autres enfants, professeurs ainsi que les parents ». [The New England Journal of Medicine . Alan J. Zametkin, et Monique Ernst. "Problems in the management of attention- deficit-hyperactivity disorder" paru le 7 janvier 1999. Résumé sur le Site Elaine. [52]]

« Increase positive social behavior in school, improve teacher-child interactions and allow for a more positive relationship between the mother and the child. » (318-319) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 1999. [120]]

« The available evidence, however, suggests that effective treatment of ADD may have long-lasting effects on the psychosocial adjustment of the patient ». (320) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 1999. [147]]

« These intriguing findings underscore the fact that drug therapy does not occur in a vacuum. Effective treatment of psychiatric disorders regardless of the patient's age can significantly affect the ability to interact and master one's environment successfully » (320) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 1999. [152]]

« Sous Ritalin, l'univers de cet enfant change: ses résultats scolaires s'améliorent, les professeurs le félicitent pour efforts notables de contrôle au niveau de son comportement, ses parents retrouvent plus facilement le sourire. Et enfin, il est mieux accepté par ses camarades de classe et commence à se faire des amis. Les résultats sont quelquefois spectaculaires. » [La Presse (Opinions Mercredi 3 juin 1998, Québec). " Le Ritalin, un médicament éprouvé " . [51]]

« Parce qu'il faut savoir que le Ritalin, ce n'est pas la panacée universelle. Ces enfants ne sont pas beaucoup moins actifs qu'auparavant; mais leur activité est plus coordonnée, plus cohérente, et rend leur "surplus d'énergie" un peu plus acceptable ». [La Presse (Opinions Mercredi 3 juin 1998, Québec). " Le Ritalin, un médicament éprouvé " . [56]]

« Il (le médicament) ne permet pas la guérison, mais grâce à ce traitement l'enfant est à même de poursuivre une scolarité dans de meilleures conditions, ce qui éloigne l'échec scolaire. » [Medisite (FR). 2000. "Hyperactivité "138]

« On observe une amélioration du comportement en classe et des performances scolaires, une diminution des comportements oppositionnels et agressifs, de meilleures interactions avec la famille et les pairs, même dans les activités de loisirs ». [Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-71. REVUE : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France. [67]]

« Medication can help to control some of the behavior problems that may have lead to family turmoil. But more often, there are other aspects of the problem that medication can't touch. Even though ADHD primarily affects a person's behavior, having the disorder has broad emotional repercussions ». [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " 412]

« Cette amélioration porte autant sur le comportement moteur d'agitation et d'impulsivité que sur les comportements sociaux et relationnels avec une meilleure tolérance aux situations de contrainte » (488) [M.F. Le Heuzey, M.Dugas, " Troubles du comportement " (ds chap. Neuropsychiatrie) & M Bouvard, M. Dugas " Troubles anxieux " in E. Aubert, Y. Aujard, G. Lenoir. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences. 1992. Pp.487-495 [48]]

« Chez les enfants pour lesquels on a porté le diagnostic d'hyperactivité avec déficit de l'attention, un nombre important d'essais comparatifs versus placebo montre qu'à court terme, le méthylphénidate améliore les relations mère-enfant et enseignant-enfant, ainsi que, dans une certaine mesure, les performances scolaires. » [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ".[101]]

« Several studies found that methylphenidate treatment of the ADHD child enhances cooperation between mother and child, reduces the mother's intrusive behavior, increases the mother's positive responses to the child, and increases compliance to maternal commands (Barkley et al. 1984, 1985). Similarly other studies found that when hyperactive children are treated with methylphenidate, teachers are less controlling, less disciplining, and have less intense interactions with the children (Whalen et al, 1980, 1981) ». [Review of psychiatry. American Psychiatric Press. Washington.. Ed. Tesman A., Hales R.E. , Frances A.J. 1989. Vol.8. Section II Child Psychiatry. Chap. 7 " Attention-Deficit Hyperactivity Disorder " by D.P. Cantwell, G.L. Hanna. 134-161. [78]]

Plusieurs études ont montré que " off-task behavior " en classe est normalisé par le methylphenidate (Pelham et al, 1980, 1985). Des résultats similaires ont été obtenus par des expériences en classe. Jusqu'à récemment, on pensait généralement que les stimulants n'avaient pas d'impact sur les déficits cognitifs ou l'acquisition des habiletés académiques. Douglas et al. (1986) pourtant a constaté qu'une faible dose de MPH améliorait le " output, accuracy, efficiency, and learning acquisition in ADHD children ". [Review of psychiatry. American Psychiatric Press. Washington.. Ed. Tesman A., Hales R.E. , Frances A.J. 1989. Vol.8. Section II Child Psychiatry. Chap. 7 " Attention-Deficit Hyperactivity Disorder " by D.P. Cantwell, G.L. Hanna. 134-161. [80]]

« Tony a débuté un traitement par méthylphénidate à la dose de 10 mg le matin et le midi, titré jusqu'à 15 mg le matin et le midi. Le médicament s'est révélé très utile pour que Tony reste plus longtemps assis sur sa chaise et dans ses relations avec ses camarades. » [Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis de psychiatrie. Science du comportement, psychiatrie clinique. (trad.française coordonnée par P.Louville). Ed. Pradel, Paris, 1998. (trad. De la 8e édition de Synopsis of Psychiatry, Baltimore, 1998).[119]]

« Les stimulants améliorent la concentration sur un travail donné et sur les habiletés à terminer des travaux académiques mais les résultats académiques (amélioration) à long terme ne sont pas documentés. Les résultats sont positifs en ce qui concerne les habiletés sociales et les relations avec les autres enfants, professeurs ainsi que les parents. » [The New England Journal of Medicine . Alan J. Zametkin, et Monique Ernst. "Problems in the management of attention- deficit-hyperactivity disorder" paru le 7 janvier 1999. Résumé sur le Site Elaine. 52]

« The effective drug treatment of ADD may : - Reduce the child's activity level and increase the attention span - Improve off-task behavior, as well as arithmetic and language tasks - Increase positive social behavior in school, improve teacher-child interactions and allow for a more positive relationship between the mother and the child. » (318-319) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999. [116-120]]

« La réalisation de mesures de modifications du système nerveux autonome au cours des travaux de distinction perceptuelle, peut aussi servir à mesurer l'effet du médicament et l'amélioration des déficiences perceptuelles chez les enfants hyperkinétiques, produits par les psychostimulants » (1275). (Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique. 2e ed. Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. [73])

D'autres essais méthylphénidate versus placebo plus récents « montrent que le méthylphénidate améliore davantage les comportements que les performances scolaires » et que les performances dans les tâches scolaires « diminuent lorsque les doses sont supérieures à 1 mg/kg ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ". [62]]

« L'amélioration du comportement et des compétences scolaires seront déterminantes sur l'estime de soi de l'enfant, et permettront aux parents et à l'école de porter un autre regard sur l'enfant, souvent dévalorisé et rejeté en raison de son agitation, de son désordre, de son inefficacité et de son échec ». [Hypsos. Présentation TDAH. André Carlsson. 144]

« De nombreuses études ont testé les effets des stimulants sur l'apprentissage, les interactions sociales, la mémoire, les performances académiques et la taille. » [Review of psychiatry. American Psychiatric Press. Washington.. Ed. Tesman A., Hales R.E., Frances A.J. 1989. Vol.8. Section II Child Psychiatry. Chap. 7 " Attention-Deficit Hyperactivity Disorder " by D.P. Cantwell, G.L. Hanna. 134-161. [76]]

Jusqu'à récemment, on pensait généralement que les stimulants n'avaient pas d'impact sur les déficits cognitifs ou l'acquisition des habiletés académiques. Douglas et al. (1986) pourtant a constaté qu'une faible dose de MPH améliorerait le " output, accuracy, efficiency, and learning acquisition in ADHD children ". [Review of psychiatry. American Psychiatric Press. Washington.. Ed. Tesman A., Hales R.E., Frances A.J. 1989. Vol.8. Section II Child Psychiatry. Chap. 7 " Attention-Deficit Hyperactivity Disorder " by D.P. Cantwell, G.L. Hanna. 134-161. [80]]

« Chez la plupart des patients, les stimulants diminuent l'activité excessive, la distractibilité, l'impulsivité, l'explosivité et l'irritabilité. Il n'existe pas de preuve d'un effet direct des médicaments sur les troubles des apprentissages bien que l'amélioration du DA permette aux enfants d'apprendre de manière plus efficace qu'auparavant. De plus, le traitement peut améliorer l'estime de soi lorsque les enfants atteints de ce trouble ne sont plus constamment réprimandés à cause de leur comportement ». [Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis de psychiatrie. Science du comportement, psychiatrie clinique. (trad. française coordonnée par P.Louville). Ed. Pradel, Paris, 1998. (trad. De la 8e édition de Synopsis of Psychiatry, Baltimore, 1998). [158]]

Au service des thérapies associées

« Car l'un (médicament) n'exclut pas l'autre (suivi pédopsychiatrique). "Grâce au médicament, explique Eliane Roulet (neuropédiatre au CHUV), l'enfant prend l'habitude de réfléchir avant d'agir, et même lorsqu'il n'est plus sous Ritaline, il continue". Le psychostimulant "aide ainsi au travail de fond". » [Hebdo. 6 sept. 2001. Sonia Arnal et Elisabeth Gordon. " Au secours ! mon enfant est hyperactif ". Phénomène de mode ou réelle maladie ? Notre test. Traitement: la Ritaline soigne mais suscite la polémique. 87]

« Neuropédiatre au CHUV, à Lausanne, Eliane Roulet côtoie enfants hyperactifs et parents débordés depuis quelques années. Exclu pour elle de définir un seul type de trouble et une solution miracle. "La Ritaline apporte une aide, dit-elle, pas la guérison. Il s'agit ensuite d'adapter le traitement aux besoins de l'enfant. S'il est extrêmement inattentif mais ne souffre pas de problèmes de comportement, mais d'apprentissage, un milieu scolaire adapté en effectif réduit ou la logopédie, par exemple, seront un complément efficace au traitement médicamenteux. Si l'enfant montre, au contraire, des troubles

affectifs évidents et des sautes d'humeur, la thérapie débute par un bilan psychiatrique". » [Fémina, 25 avril 1999. S. Pittet. " Les enfants terribles ".58]

« Dans le processus d'évaluation et de diagnostic, que l'on décide ou non de donner une médication, il y a de bonnes chances que la situation s'améliore et que les parents trouvent que " ça va mieux ". La situation scolaire se décontamine aussi lorsque les enseignants savent que les parents ont entrepris une démarche et recherchent une solution » (p.149) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992 [299]]

« Il n'empêche que même les chauds partisans de ce psychostimulant, comme le sont les experts réunis récemment par l'Institut national de la santé, soulèvent "au moins cinq questions importantes" qui n'ont pas reçu de réponse. Elles portent notamment (...) sur l'intérêt qu'il y a - ou non - de lui associer un traitement psychothérapeutique ». [Hebdo. 6 sept. 2001. Sonia Arnal et Elisabeth Gordon. " Au secours ! mon enfant est hyperactif ". Phénomène de mode ou réelle maladie? Notre test.Traitement: la Ritaline soigne mais suscite la polémique. [83]]

« Une pilule de Ritaline, c'est quatre heures de répit, durant lesquelles l'enfant (...) profite des autres mesures thérapeutiques ». [L'illustré Santé No 25. (19 janv. 2000). Par M. Monnier. " Neuropédiatrie : et s'il était hyperactif... " (Haenggeli interrogé) [51]

« Un des grands bénéfices du traitement médicamenteux est de rendre possible le succès de l'enseignement personnalisé et de la psychothérapie ». [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 75]

« L'amélioration symptomatique obtenue avec la médication appropriée peut être suffisante à elle seule, ou permettra de mettre en place un travail psychopédagogique de soutien à l'enfant et la famille, avec un enfant enfin réceptif » [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 58]

« Un traitement médicamenteux est souvent nécessaire, il n'apportera pas la "guérison" mais va permettre de rééquilibrer la chimie des neurotransmetteurs cérébraux pour quelques heures. L'intervention psycho-éducative ne pourra pas non plus se prévaloir de "guérir" le TDAH mais va aider à sa gestion. L'alimentation pouvant dans certains cas exacerber la symptomatologie du TDAH, un régime alimentaire dirigé servira alors d'adjuvant aux thérapies susmentionnées. » [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 13]

« L'amélioration de l'attention sous Ritaline(r) a un effet favorable en situation de psychothérapie. L'enfant tient mieux compte de ses erreurs passées, gagne en capacité d'introspection et généralise plus facilement les apprentissages faits dans une situation donnée » (8). [Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-71. REVUE : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France.72]

« La thérapie comportementale maximise la réduction des symptômes liées à l'administration de médicaments, et ce particulièrement dans les situations marquées par des relations parents-enfants problématiques, des comportements dérangeants, de faibles performances scolaires et compétences relationnelles, de l'anxiété ». [Archives of General Psychiatry, Purdue University, 3 feb. 2000, 12-99. Docs fournis par " bancs publique ". 14]

« "Le Ritalin...(une) façon de faire taire les enfants". Je suis à même de constater tous les jours que le Ritalin leur donne plutôt la parole car, lorsqu'ils prennent la médication, les adultes les écoutent davantage ». [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992. 176 - 178]

« Il faudra, dès les premiers contacts, évaluer et la signification de la pathologie dans les interactions et la représentation qu'on se fait du traitement. Il faudra avec beaucoup de prudence mais d'attention s'attacher à découvrir l'existence d'une pathologie familiale » (p.108) [Corraze J. & Albaret J.M., L'enfant agité et distrait, Expansion scientifique française : Paris, 1996. 337]

« En effet, il est difficile de se dire lorsqu'un enfant présente moins de troubles d'hyperactivité que c'est seulement dû à l'effet Ritaline®. Est-ce le médicament qui a le plus d'effet, la famille qui va mieux ou les interventions éducatives qui permettent une amélioration de l'état de l'enfant ? » [AVTES.

Romandie. Christophe Bornand pour la commission presse. " Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants ": 98]

« Oui, la Ritaline(r) peut faire peur, mais elle peut aussi soigner un enfant et sa famille. L'importance d'un suivi et d'un accompagnement semble primordiale. » [AVTES. Romandie. Christophe Bornand pour la commission presse. " Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants ": 169]

« La question de savoir si ce médicament fonctionne reste ouverte. Si des études scientifiques assurent qu'il remplit son rôle chez 79% des patients, il est difficile d'exclure d'autres paramètres permettant aussi à l'enfant de changer. Parfois l'enfant va mieux parce que la famille va mieux et parfois la famille "progressive" parce que l'enfant fait des progrès. Peut-on alors parler de famille-thermomètre ou d'enfant-thermomètre ? » [AVTES. Romandie. Christophe Bornand pour la commission presse. " Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants ": 174]

« A variety of medications, behavior-changing therapies, and educational options are already available to help people with ADHD focus their attention, build self-esteem, and function in new ways. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)" 36]

« Quand tout va mieux et que le Ritalin fonctionne bien, il se peut qu'on laisse tomber d'autres formes d'aides. On a parfois tendance à oublier que le programme académique avance et exige plus. Dans ces cas-là, une médication qui donnait de bons résultats semble progressivement ne plus vouloir fonctionner. En fait, elle fonctionne toujours, mais c'est que les difficultés académiques sont devenues plus grandes » (p.148). [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992 [263 – 263]]

Les changements de l'entourage peuvent également "perturber l'équilibre fragile de l'enfant, et donnent l'impression que la médication ne fonctionne pas" (p.148) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992 [263 – 263]]

« On calme le loupiot ou bien on lui donne des fortifiants et cela sans avoir touché aux raisons symboliques de son état. Ainsi les psychiatres empêchent les symptômes d'apparaître pour que ces symptômes ne gênent pas le groupe, ni les voisins, mais cela ne constitue pas une thérapeutique à long terme » (p.75) [F. Dolto " L'enfant dans la ville " Ed. Gallimard, Paris 1998. Conférence (1987) et entretien (1977). [87]]

« Avec des mesures d'encadrement soutenues, et intégrées à une prise en charge orientée vers une restauration de l'estime de soi, un usage judicieux de ces médicaments permet aux parents d'être enfin efficaces dans l'aide offerte à leur enfant ». [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 76] + [La Presse (Opinions Mercredi 3 juin 1998, Québec). " Le Ritalin, un médicament éprouvé " . [51]]

« La thérapie comportementale maximise la réduction des symptômes liées à l'administration de médicaments, et ce particulièrement dans les situations marquées par des relations parents-enfants problématiques, des comportements dérangeants, de faibles performances scolaires et compétences relationnelles, de l'anxiété ». [Archives of General Psychiatry, Purdue University, 3 feb. 2000, 12-99. Docs fournis par " bancs publique ". [14]]

« Oui, la Ritaline peut faire peur, mais elle peut aussi soigner un enfant et sa famille. L'importance d'un suivi et d'un accompagnement semble primordiale ». [Wanadoo.Site TRAITEMENTS. " La ritaline " Methylphénidate chlorhydrate 50]

« Les troubles du THADA s'accompagnent souvent de problèmes d'apprentissage (par exemple, 80 % des enfants atteints du THADA souffrent d'une forme ou d'une autre de dyslexie). C'est pourquoi, en plus de la Ritaline, une aide visant à traiter les problèmes de dyslexie peut s'avérer nécessaire ». [Site Concepts femme. " Mon enfant est hyperactif ". Tom Bloomer, président de l'ASPEDAH (Association suisse romande de parents d'enfants avec déficit d'attention et/ou d'hyperactivité). [62]]

« Comme les médicaments psychostimulants n'ont que peu d'effet sur les autres troubles associés, il faut en général - si ces troubles associés existent, ce qui souvent le cas - , compléter le traitement par d'autres mesures pour traiter ces autres symptômes, telles que psychothérapie, logopédie,

psychomotricité, thérapie cognitive, décisions pédagogiques spéciales, intégration en centre de jour ou classe spécialisée, etc. » [Doc SMP à l'int. des enseignants et inspecteurs. Annexe 1 de la commission des pétitions (avril 2001). DA /H. E. Perez Crim. 51]

« Le devenir des enfants est encore amélioré par l'association d'une psychothérapie (...) à la chimiothérapie » (128). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. [152]]

« A cet égard, le Dr Haenggeli précise que la Ritaline n'est qu'un traitement symptomatique, dont les effets doivent être renforcés par les mesures prises conjointement. Son effet bénéfique joue néanmoins un rôle favorable immédiat dans la perception que l'enfant a de lui-même, car il lui est enfin possible d'avoir du succès dans ce qu'il entreprend. » [Secr. du Grand Conseil. Rapport de la Commission des pétitions chargée d'étudier la pétition (1332) concernant l'interdiction de prescription de psychotropes à des enfants de moins de 16 ans. Date de dépôt: 23 avril 2001. Rapporteuse: Mme Mireille Gossauer-Zurcher. 142]

« Lorsque le traitement est efficace, il peut être interrompu sans risque de rechute après quelques années : 1) parce que les troubles s'atténuent avec l'âge et 2) parce que la prise en charge parallèle, éducative et psychothérapique apprend à l'enfant à contrôler leurs conséquences. Pratiquement, le traitement est interrompu lors des vacances d'été, et il n'est remis en route que si la rentrée scolaire s'avère problématique » [Fink S., « Les déficits de l'attention avec hyperactivité (THADA) : nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire » in A.N.A.E, 53-54, sept.-oct. 1999, (83-85)].

« Il faut donc toujours être à l'écoute de ce que l'enfant dit. Mon expérience est que c'est le pré-adolescent qui impose l'arrêt du traitement. Normalement, le garçon de 12 ans qui dit qu'il ne veut plus prendre de médicaments, il en a parlé avec ses copains et ses copains lui ont dit: "non, non, des pilules, tu n'en prends plus", alors il se décide de ne plus en prendre, et les parents suivent. C'est dans cette optique que je propose que si un enfant a un THADA, on le revoit à une fréquence basse, pour justement répéter les entretiens et pour écouter si tout va bien et s'assurer que la prise en charge est adéquate. » [Journée de travail. Neuchâtel, 22 janvier 2000. SSPEA + l'AESMEAF. "Les priorités en pédopsychiatrie à l'heure des choix". Transcription : Dr. R.Traube Office médico-pédagogique. [43]]

« This propensity for prescribing medications may remove incentives for establishing educationally relevant interventions » [NIH « Consensus Statements. NIH Consensus Development Program : 110. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder », Nov. 1998, USA].

« les enfants méritent mieux qu'une approche seulement médicamenteuse de leurs troubles et de leurs difficultés psychiques » [Le Monde. Samedi 27 mai 2000. "Ne bourrez pas les enfants de psychotropes !". par Claude Bursztejn, Jean-Claude Chanseau, Claudine Geissmann-Chambon, Bernard Golse et Didier Houzel [52]]

« Même en cas de prescription de Ritaline, une psychothérapie de soutien pourra être utile du fait de la situation d'échec ou de rejet de l'enfant à l'école ou dans sa famille. Il faut souligner que pour plus de la moitié des enfants adressés à la consultation pour troubles d'apprentissages scolaires, une psychothérapie est conseillée et constitue l'essentiel de la prise en charge ». [A.N.A.E. 1996.L.Vallée. Professeur, Service des maladies infectieuses et neurologie infantiles. Hôpital Roger Salengro. CHRU.59037. Lille Cedex. [152]]

« Généralement, le TDAH-DA, ainsi que sa famille bénéficient grandement de thérapies. Ces thérapies doivent viser à développer plusieurs habiletés spécifiques dont: apprendre à se fixer des objectifs et buts spécifiques et réalistes, et favoriser l'organisation générale, la socialisation, et le développement personnel ». [Dr. Thomas E. Brown. " Children and adults with attention deficit disorders " (extrait). " Attention deficit disorder, predominantly inattentive type " (Trad. par C.Robitaille) [78]]

« Il (Barkley) y expose de façon claire et précise son programme d'intervention au niveau de la modification des comportements, des attitudes parentales à privilégier et de la concertation entre l'école et la maison. Les techniques proposées ne sont pas nouvelles en soi. Ceux et celles qui sont un peu familiers avec l'approche behaviorale y reconnaîtront les techniques traditionnelles de

conditionnement opérant et de systèmes de renforcement. Par contre ce qui fait l'originalité du modèle d'intervention de Barkley et sa pertinence, est fort probablement l'aménagement qu'il a fait de ces techniques cognitivo-behaviorales qui prennent en compte le type de personnalité et le style d'apprentissage de l'enfant ADHD. » [Commentaires sur Barkley (1995). Site Elaine. Par P.P. Gagné 17-20]

« Quoique Barkley propose un arsenal intéressant de moyens d'intervention au plan comportemental pour aider les enfants aux prises avec cette difficulté, il propose moins d'outils sur le plan de la modification des comportements plus "cognitifs" comme le développement de stratégies de prise de décision , de la gestion cognitive de l'attention ou de l'enrichissement du vocabulaire de gestion de l'enfant. » [Commentaires sur Barkley (1995). Site Elaine. Par P.P. Gagné 30]

« Les psychothérapies comportementales ont pu permettre d'augmenter le contrôle par l'enfant de ses réactions, tandis que les psychothérapies d'inspiration analytique propose un travail sur les perturbations émotionnelles ; les psychothérapies familiales, analytiques ou systémiques cherchent à repositionner l'enfant dans le contexte général et dans ses interactions avec son environnement immédiat ». [Site Coridys. Hopital neurologique de Lyon. O.Revol, D.Gérard, P. Fourneret. H. Descombes, R.de Villard. "L'enfant hyperactif : approche thérapeutique ;place du Méthylphénidate (RITALINE R)". 134]

« Une aide éducative est fondamentale ; elle passe par un véritable travail de guidance familiale, encourageant les parents et les éducateurs à maintenir un cadre strict tout en comprenant les excès et les débordements de l'enfant. Des moments de " Time-Out " ont été préconisés par les auteurs anglo-saxons, afin d'amener l'enfant à s'auto-apaiser dans les moments difficiles, en l'accompagnant dans un lieu calme, en dehors de tout excès de stimulations qui comme le relève la pratique, aggravent le déficit attentionnel ». [Site Coridys. Hopital neurologique de Lyon. O.Revol, D.Gérard, P. Fourneret. H. Descombes, R.de Villard. "L'enfant hyperactif : approche thérapeutique ;place du Méthylphénidate (RITALINE R)". 136]

« Celui-ci (médecin) ne doit en aucun cas être la pierre unique de l'édifice thérapeutique. En particulier les thérapies cognitivo-comportementales ont fait l'objet d'évaluations strictes justifiant aujourd'hui leur intégration à la prise en charge de l'hyperactivité. » [Le Courrier, 11 fév. 2000. " Des amphétamines pas si horribles que cela ". 100]

« 3. Les diverses modalités de prise en charge:

- a. La guidance parentale, orientée sur les explications et la compréhension de la psychologie générale,
- b. Les thérapies cognitives (attitudes et comportements), psychoaffectives (estime de soi), dynamiques (situation névrotique),
- c. L'encadrement pédagogique spécifique, selon les besoins, surtout dans les difficultés d'apprentissage;
- d. La médicalisation: médicaments qui seront les mêmes que dans l'hyperactivité (parle du DA), bien qu'il s'agisse ici d'un activisme plus cérébral que moteur, lorsqu'il y a danger d'échec scolaire ou de marginalisation sociale ». [Site Dr Jolicoeur, Psychiatre, Canada. TDA. + diagnostics différentiels 53-57]

Assurer la compliance parentale

Il est important d'informer et de rassurer les parents, car « la prise de Ritalin à reculons n'en vaut pas la peine et n'est habituellement que de très courte durée » (p.141) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992 [249]

« L'enfant n'exprime que rarement une demande thérapeutique de lui-même. Le traitement lui est le plus souvent imposé par l'un ou l'autre des intervenants (...) De toute façon le recours à un traitement médicamenteux réactualise la blessure narcissique que la maladie mentale inflige : l'enfant (...) doit faire le deuil d'une certaine toute-puissance et doit se plier aux désavantages qui lui sont imposés (effets secondaires), même s'il se sent soulagé de certains symptômes qui le gênaient » (p.540). [Epelbaum C., " Place des psychotropes en psychiatrie infantile " in Ferrari P. & Epelbaum C., La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,1993. 536-552. [48]]

« une demande d'un traitement par l'enfant lui-même doit être replacée dans le cadre plus large des enjeux relationnels enfant/parents, enfants/soignants, enfant/prescripteur, parents/soignants/prescripteur » (p.540). [Epelbaum C., " Place des psychotropes en psychiatrie infantile " in Ferrari P. & Epelbaum C., La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1993. 536-552. [50]]

Maillet relève que « l'enfant est rarement lui-même demandeur d'une telle rencontre (...) D'où l'importance de la façon dont on va lui présenter la consultation » (p.11) [Maillet J. la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent expliquée aux parents. Desclée de Brouwer, Paris, 1997. [31]]

Arguments pro-médication

« Les médicaments: la décision de médicamenter un enfant doit être basée sur le degré des symptômes, d'une façon individuelle. Si l'enfant, à cause de son impulsivité, se place en danger physiquement et psychologiquement, une intervention médicale immédiate peut devenir nécessaire. Dans les cas moins sérieux, il est préférable d'intervenir d'abord au niveau des comportements de l'enfant (techniques cognitivo-behaviorales) à l'école et la maison. » [The New England Journal of Medicine . Alan J. Zametkin, et Monique Ernst. "Problems in the management of attention- deficit- hyperactivity disorder" paru le 7 janvier 1999. Résumé sur le Site Elaine. (NB: j'utiliserai le terme "hyperactivité" en traduction de "attention deficit hyperactivity disorder"). 48]

« N.B: L'indication (Ritaline) peut concerner autant la qualité de vie que la performance scolaire, la vie familiale que sociale, le comportement que la concentration vu le peu de nocivité et d'accoutumance. » [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention/ Hyperactivité/ Opposition. [52]]

Effets secondaires

« Methylphenidate may mask the symptoms of tiredness impair physical coordination; or cause dizziness or drowsiness; use caution while driving or operating hazardous machinery. » [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 195]

« Mais les études montrent aussi que le traitement n'améliore pas les résultats scolaires des enfants et surtout que la molécule est loin d'être dépourvue d'effets secondaires - perte d'appétit, insomnies, dépression, accoutumance, caractéristiques des amphétamines. » [L'Express du 26/10/2000. Par Gilbert Charles. "Le procès de la Ritaline ". 45]

« Comme l'indique le graphique, les inquiétudes à l'égard des effets secondaires, de l'inefficacité, ou de l'usage d'autres stimulants n'étaient pas des facteurs importants dans la décision de discontinuer le traitement au MPH. Les préoccupations sur la mauvaise publicité ou la possibilité de poursuite judiciaire étaient rarement des facteurs. » [Enquête sur le THADA .Santé Canada. Usage du MPH. 20.08.1999. " Enquête sur le THADA, Diagnostic et traitement au MPH chez les médecins canadiens ". [269]]

Croissance staturo-pondérale

« The psychostimulants may cause a decreased appetite, a stomachache or a headache. The loss of appetite can cause weight loss in some people. This side effect seems to be more common in children. Some people who take psychostimulant medicines have insomnia (trouble sleeping). Here are some ways to avoid side effects (like a fast heart beat, chest pain or vomiting) when taking psychostimulants » [American Academy of Family Physicians. (Web Site AAFP). " Does Your Hyperactive Child Have ADHD? ". " How to Take Medicine for ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) ", " Managing the Child with ADHD " [83]]

« Il est devenu très calme, dit sa mère, mais aussi moins vivant, moins créatif, replié sur lui-même. J'essaie d'arrêter de temps en temps le traitement, parce qu'il se plaint de maux de tête et ne mange plus rien, mais j'ai l'impression qu'il ne pourrait pas s'en sortir sans le médicament. Rien ne prouve

qu'il le puisse en le prenant ». [L'Express du 27/10/1994. par Gilbert Charles " Etats-Unis: des enfants sous amphétamines "44]

« Children who lose weight while taking medicine for ADHD can have extra snacks during the day, such as peanut butter and crackers, granola bars or blueberry muffins ». [American Academy of Family Physicians. (Web Site AAFP). " Does Your Hyperactive Child Have ADHD? ". " How to Take Medicine for ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) ", " Managing the Child with ADHD " [87]]

« Un ralentissement staturo-pondéral modéré peut être observé lors de l'utilisation de psychostimulants au long cours chez l'enfant, sans que le mécanisme précis en ait été clairement établi. D'après les données disponibles, cet éventuel retard serait compensé à l'arrêt du traitement sans répercussion sur la taille définitive ». [RITALINE 10 mg comprimés. (Site. BIAM- France : 19/9/1996. mise à jour : 15/6/2000). 251]

« Le problème le plus gênant concerne un éventuel ralentissement de la croissance ; cet effet est controversé et ne s'observerait que lors des prescriptions prolongées, en particulier lorsqu'il n'y a pas d'interruption au cours de l'année. Il semble que cette stagnation staturo-pondérale soit réversible à l'arrêt de la thérapeutique. » [Site Coridys. Hopital neurologique de Lyon. O.Revol, D.Gérard, P. Fourneret. H. Descombes, R.de Villard. "L'enfant hyperactif : approche thérapeutique ;place du Méthylphénidate (RITALINE R)". 164]

« Des chercheurs ont pu mettre en évidence que bien que la Ritaline ait un effet négatif sur la croissance au cours du traitement, la taille finale n'est pas compromise grâce à un phénomène de rebond compensatoire apparaissant dès l'arrêt du traitement ». [Le Courrier, 11 fév. 2000. " Des amphétamines pas si horribles que cela " 87]

« L'arrêt des psychostimulants pendant les week-ends et les vacances scolaires semble être indiqué en raison de la plus faible incidence dans ces cas de retentissement staturopondéral à long terme » (127) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. [136]].

Les problèmes de taille sont généralement rattrapés durant l'adolescence : " What is less clear is whether this compensatory growth spurt would hold true for those continued on psychostimulants through adolescence " (p.321) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 1999. 160]

Insomnie

" L'effet stimulant des amphétamines est relativement de courte durée et la fatigue n'est que retardée. L'administration répétée d'amphétamine supprime le sommeil paradoxal, et il y a un accroissement rebond de ce sommeil paradoxal après arrêt du médicament " (1276). (Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique.2e ed.Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. [94])

Des études sur le sommeil ont mis en évidence « la modification produite dans les cycles ultra-radio du sommeil paradoxal par l'administration de psychostimulant » (1275) « Des recherches plus poussées laissent penser que ce problème (retard de croissance) est attribuable à une inhibition de la réaction de l'hormone de croissance aux stimuli provocateurs intervenant au cours du sommeil, à cause de l'interférence avec le sommeil lent » (1278) (Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique.2e ed.Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. [70])

« Such is the case for Ritalin, says Winkler. It means less side effects and also less drug would have to be taken" by only including the biologically active right hand of Ritalin. The most common reported side effects of Ritalin are nervousness and insomnia. » [American Chemical Society. 22 March 99. C.Marsh. (Charmayne Marsh). " Improved Ritalin(tm). Offers Smaller Doses And Fewer Side Effects " [33]]

« Le cas d'une fillette de Pennsylvanie est énoncé, à qui le médecin de famille a prescrit de la Ritaline, sans l'envoyer consulter un spécialiste préalable, parce que la fillette était très agitée et qu'il diagnostiquait une hyperactivité. Le comportement s'est amélioré pendant les 6 mois qui ont suivi puis

la fillette est devenue irritable et souffrait de troubles du sommeil. » [Synthèse art. Femina du 23.04.2000 [21]]

Effet rebond ou abrutissement

« Il est devenu très calme, dit sa mère, mais aussi moins vivant, moins créatif, replié sur lui-même. J'essaie d'arrêter de temps en temps le traitement, parce qu'il se plaint de maux de tête et ne mange plus rien, mais j'ai l'impression qu'il ne pourrait pas s'en sortir sans le médicament." Rien ne prouve qu'il le puisse en en prenant. » [L'Express du 27/10/1994. par Gilbert Charles "Etats-Unis: des enfants sous amphétamines". 44]

« If you take this medicine in large doses and/or for a long time, do not stop taking it without first checking with your doctor . Your doctor may want you to reduce gradually the amount you are taking before you stop completely. This is to help reduce unwanted effects. » [Site medlineplus. National Institut Health. Gov. (U.S.). Mis à jour août 2000.http://www.nlm.nih.gov/ medlineplus/ druginfo/ methylphenidatesystemic 202.361.htm. [136]]

« Autres effets neuropsychiques. Des phénomènes de rebond en fin de journée (irritabilité au retour de l'école, excitation, hyperactivité motrice) ont été rapportés au cours d'une petite étude chez 21 garçons ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ". 79]

« Careful supervision is required during drug withdrawal since severe depression as well as the effects of chronic overactivity can be unmasked. Long-term follow-up may be required because of the patient's basic personality disturbances. » [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 140]

« Le syndrome de sevrage est caractérisé par le développement d'une humeur dysphorique et d'au moins deux des modifications physiologiques suivantes : fatigue, rêves intenses et déplaisants, insomnie ou hypersomnie, augmentation de l'appétit et agitation ou ralentissement psychomoteur » (245) [DSM-IV. Troubles liés à (aux) l'amphétamine (s) p.241-249. 82]

« La cessation du traitement s'accompagne généralement d'états léthargiques, dépressifs et d'un rapport au sommeil anormal. Ces formes de comportements n'apparaissent cependant pas comme étant un syndrome classique d'abstinence. Elles peuvent être dûes soit à un manque à long terme de sommeil et d'alimentation, soit à une "catecholamine depletion" qui apparaît avec une prise chronique. » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 49]

« L'ennui, c'est qu'il existe un "effet-rebond", dès que le médicament n'est plus efficace et l'agitation réapparaît. » [Santé. Site : www.rdl.com.lb. Par Carma KARAM " Les progrès de la médecine vont changer votre vie... n'attendez pas pour savoir ! ". "Pourquoi donner des amphétamines aux enfants ?". 27]

Tics, hallucinations, autres

« Quelques cas d'hallucinations, vite réversibles à l'arrêt du méthylphénidate, ont été rapportés. Des cas de tics supplémentaires chez les enfants atteints de la maladie de Gilles de la Tourette (maladie héréditaire des tics multiples) ont été décrits, mais les effets du méthylphénidate sur l'exacerbation des signes de cette maladie sont controversés. » [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ". [83]]

« There was no evidence that methylphenidate altered the severity of the tic disorder, but it may have a weak effect on the frequency of motor (increase) and vocal (decrease) tics. » [Site checkmateplus.com. Drs. Gadow and Sprafkin (N.Y). Child symptom inventories. Revue de presse. [165]]

« Effets secondaires: L'apparition de tics nécessite de diminuer la posologie voire d'interrompre le traitement. Les risques d'insomnie et surtout de troubles d'induction du sommeil sont les effets secondaires les plus fréquents. Les autres troubles sont transitoires (céphalées, douleurs abdominales, nausées). » [A.N.A.E. 1996.L.Vallée. Professeur, Service des maladies infectieuses et neurologie infantiles. Hôpital Roger Salengro. CHRU.59037. Lille Cedex.[148]]

« Marc a très mal réagi à l'augmentation du Ritalin. Il a développé des tics vocaux et moteurs complexes. Il pouvait se gratter au sang, se frotter les oreilles jusqu'à ce qu'elles soient rouges et lui fassent mal. Il avait des hallucinations (il croyait que ses dents bougeaient, qu'il y avait du vent dans ses cheveux - j'utilise ses termes -, il voyait des petites bêtes) ». [Aujourd'hui numéro 34. 15 janv.1999. " Amphétamineblues ". Témoignage [45]]

« Comme effets secondaires possibles on peut noter l'apparition de tics, de risques d'insomnie, des troubles d'induction du sommeil, la perte d'appétit ». [AVTES. Romandie. Christophe Bornand pour la commission presse. " Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants " 34]

« Effets secondaires

1. NERVOISITE (FREQUENT). Condition(s) Exclusive(s) : DEBUT DE TRAITEMENT. Cet effet se produit en début de traitement. Pour le contrôler, il suffit en général de réduire la dose et de ne pas administrer les comprimés l'après-midi ou le soir.
2. INSOMNIE (FREQUENT). Condition(s) Exclusive(s) : DEBUT DE TRAITEMENT. Cet effet se reproduit en début de traitement. Pour le contrôler, il suffit en général de réduire la dose et de ne pas administrer les comprimés l'après-midi ou le soir.
3. ANOREXIE (FREQUENT). Diminution de l'appétit, passagère dans la plupart des cas.
4. CEPHALEE (RARE)
5. SOMNOLENCE (RARE)
6. VERTIGE (RARE)
7. DYSKINESIE (RARE)
8. TROUBLE DE L'ACCOMMODATION (RARE)
9. FLOU VISUEL (RARE)
10. EXCITATION PSYCHOMOTRICE (TRES RARE)
11. CRISE CONVULSIVE (TRES RARE)
12. CRAMPE (TRES RARE)
13. MOUVEMENT CHOREOATHETOSIQUE (TRES RARE)
14. TICS (TRES RARE). Ou exacerbation de la symptomatologie chez les patients déjà atteints de tics et de la maladie de Gilles de la Tourette.
15. PSYCHOSE (EXCEPTIONNEL). Psychose toxique s'accompagnant parfois d'hallucinations visuelles et tactiles.
16. DEPRESSION (EXCEPTIONNEL). Etat dépressif passager avec idées suicidaires.
17. TROUBLE DIGESTIF
18. DOULEUR ABDOMINALE (RARE). Condition(s) Exclusive(s) : DEBUT DE TRAITEMENT. Apparaît en début de traitement et peut être soulagé par la prise concomitante de nourriture.
19. NAUSEE (RARE). Apparaît en début de traitement et peut être soulagé par la prise concomitante de nourriture.
20. VOMISSEMENT (RARE). Condition(s) Exclusive(s) : DEBUT DE TRAITEMENT. Apparaît en début de traitement et peut être soulagé par la prise concomitante de nourriture.
21. SECHERESSE DE LA BOUCHE (RARE)
22. TRANSAMINASES(AUGMENTATION) (RARE)
23. HEPATITE (RARE). Parfois sévère.
24. TROUBLE CARDIOVASCULAIRE
25. TACHYCARDIE (RARE)
26. PALPITATION (RARE)
27. ARYTHMIE (RARE)
28. HYPERTENSION ARTERIELLE (RARE). Variation de la tension artérielle, en général dans lesens d'une augmentation.
29. REACTION D'HYPERSENSIBILITE
30. ERUPTION CUTANEE (RARE)
31. PRURIT (RARE)
32. URTICAIRE (RARE)
33. FIEVRE (RARE)

34. DOULEUR ARTICULAIRE (RARE)
35. TOXICITE CUTANEOUMUQUEUSE (RARE). Atteinte des phanères.
36. ALOPECIE
37. PURPURA THROMBOPENIQUE (TRES RARE)
38. DERMATITE EXFOLIATRICE (TRES RARE)
39. ERYTHEME POLYMORPHE (TRES RARE)
40. LEUCOPENIE (TRES RARE)
41. THROMBOPENIE (TRES RARE)
42. ANEMIE (TRES RARE)
43. RETARD DE CROISSANCE. Condition(s) Exclusive(s) : ENFANT, TRAITEMENT PROLONGE. Lors de traitements prolongés chez l'enfant, ralentissement modéré de la prise de poids et/ou léger retard de croissance, d'évolution favorable à l'arrêt du traitement. » [RITALINE 10 mg comprimés. (Site. BIAM- France : 19/9/1996. mise à jour : 15/6/2000). 113]

Sont évoqués : l'appétit, l'effet secondaire le plus courant (chez 50% des enfants), l'insomnie (déjà présente chez les enfant DA-H !), les tics (1 %) qui peuvent révéler la présence du syndrome appelé "Gilles de la Tourette" (dont les enfants qui en souffrent présentent souvent également un DA-H). "La présence de tics est une contre-indication à l'utilisation du Ritalin" (p.137), les douleurs abdominales et les céphalées qui, si elle "sont bien réelles, demeurent parfois difficiles à apprécier" ; les changements d'humeurs "tels que la tristesse, les pleurs, l'irritabilité, l'anxiété sont des effets secondaires que l'on peut aussi observer", mais qui comme l'insomnie étaient sont des manifestations qui existent dans les groupes à qui on administre un placebo ; la croissance, due à l'interférence avec l'hormone de croissance, voire à la perte d'appétit, mais cet effet de ralentissement de la croissance se corrige lors de " pause pharmacologique". "Un des changements que l'on se doit toutefois de spécifier, en ce qui concerne ce médicament est un état d'absence, d'extrême lenteur, de presque somnolence, où l'enfant est alors décrit par son enseignant comme n'étant "pas là". » (p.138) il convient dans ce cas de diminuer la dose. [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. [229 – 231]]

« A large percentage of children become robotic, lethargic, depressed, or withdrawn on stimulants. Ritalin can cause permanent neurological tics including Tourette's syndrome. Ritalin can retard growth in children by disrupting the cycles of growth hormone released by the pituitary gland. The recent finding that Ritalin can cause cancer in some animals was not taken seriously enough by the drug company or the FDA. Ritalin routinely causes gross malfunctions in the brain of the child. There is research evidence from a few controlled scientific studies that Ritalin can cause shrinkage (atrophy) or other permanent physical abnormalities in the brain. » [[Breggin (consultant médical. Anti-Ritaline). Divers docs : résumé " talking back to Ritalin ", Congrès. Sept.00. procès Ritalin, Message. <http://www.breggin.com> [29-37]]

« Furthermore, their addiction and abuse potential is based on the capacity of these drugs to drastically and permanently change brain chemistry. Studies of amphetamine show that short-term clinical doses produce brain cell death. Similar studies of methylphenidate show long-lasting and sometimes permanent changes in the biochemistry of the brain » [[Breggin (consultant médical. Anti-Ritaline). Divers docs : résumé " talking back to Ritalin ", Congrès. Sept.00. procès Ritalin, Message. <http://www.breggin.com> [137]]

« All stimulants impair growth not only by suppressing appetite but also by disrupting growth hormone production. This poses a threat to every organ of the body, including the brain, during the child's growth. The disruption of neurotransmitter systems adds to this threat. » [[Breggin (consultant médical. Anti-Ritaline). Divers docs : résumé " talking back to Ritalin ", Congrès. Sept.00. procès Ritalin, Message. <http://www.breggin.com> [139]]

« These drugs also endanger the cardiovascular system and commonly produce many adverse mental effects, including depression. » [[Breggin (consultant médical. Anti-Ritaline). Divers docs : résumé " talking back to Ritalin ", Congrès. Sept.00. procès Ritalin, Message. <http://www.breggin.com> [141]]

« Occasionnellement: céphalées, somnolence, vertiges, dyskinésie. Rarement: difficultés de l'accommodation et vision floue. Dans des cas isolés: hyperactivité, convulsions, crampes musculaires, mouvements choréo-athétosiques, tics ou exacerbation de la symptomatologie chez les

patients déjà atteints de tics et maladie de Gilles de la Tourette, psychose toxique (s'accompagnant parfois d'hallucinations visuelles et tactiles), état dépressif passager, artérite cérébrale et/ou occlusion. De très rares cas mal documentés de syndrome malin des neuroleptiques (neuroleptic malignant syndrome, NMS) ont été signalés. Toutefois, les patients avaient pris d'autres médicaments dans la plupart des cas. Le rôle de Ritaline/- SR dans ces cas est incertain. » [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. NOVARTIS PHARMA .[177-180]]

« Occasionnellement: douleurs abdominales, nausées et vomissements apparaissant généralement en début de traitement et pouvant être soulagés par la prise concomitante de nourriture. Sécheresse buccale.Très rarement: troubles de la fonction hépatique, pouvant aller de l'augmentation des transaminases jusqu'au coma hépatique ». [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. NOVARTIS PHARMA .[183-184]]

« Occasionnellement: tachycardie, palpitations, arythmies, variations de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque (habituellement dans le sens d'une augmentation). Rarement: angine de poitrine.Peau et/ou réactions d'hypersensibilité. Occasionnellement: rash, éruption cutanée, prurit, urticaire, fièvre, arthralgies, alopecie (tête). Dans des cas isolés: purpura thrombopénique, dermatite exfoliatrice, érythème polymorphe. » [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. NOVARTIS PHARMA .[187-191]]

« Dans des cas isolés: leucopénie, thrombopénie, anémie ». [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. NOVARTIS PHARMA .[194]]

« Les contre-indications absolues sont, en-dehors d'une éventuelle intolérance au produit, l'existence de tics ou de manifestations épileptiques. On surveillera l'apparition d'éventuels effets secondaires, peu nombreux et inconstants, en général doses-dépendants : on pourra ainsi rencontrer une anorexie plus ou moins accompagnée de perte de poids, une insomnie d'endormissement, des modifications de l'humeur à type d'anxiété et d'irritabilité et l'apparition éventuelle de tics moteurs ou vocaux. Le problème le plus gênant concerne un éventuel ralentissement de la croissance ; cet effet est controversé et ne s'observerait que lors des prescriptions prolongées, en particulier lorsqu'il n'y a pas d'interruption au cours de l'année. Il semble que cette stagnation staturo-pondérale soit réversible à l'arrêt de la thérapeutique. » [Site Coridys. Hopital neurologique de Lyon. O.Revol, D.Gérard, P. Fourneret. H. Descombes, R.de Villard. " L'enfant hyperactif : approche thérapeutique ;place du Méthylphénidate (RITALINE R) " 160 - 164]

« Parfois les enfants présentant une symptomatologie particulièrement sévère peuvent bénéficier d'une troisième dose à 16 heures. Dans ce cas, il y aura lieu de vérifier que cette troisième prise n'occasionne pas de troubles du sommeil ». « En fonction des résultats obtenus dans les trois registres symptomatiques, on augmentera cette première dose quotidienne jusqu'à 1 mg/kg, à moins que des effets secondaires plus invalidants encore apparaissent. » [Le Courrier, 11 fév. 2000. " Des amphétamines pas si horribles que cela ". 70 - 71]

« La Ritaline présente des effets secondaires à court terme (insomnie, irritabilité, céphalées, douleurs abdominales, diminution de l'appétit) ou à long terme (tics faciaux, retard de croissance). Les effets secondaires à court terme sont le plus souvent bénins et disparaissent le plus souvent spontanément dans les deux semaines. Si ce n'est le cas, les effets secondaires peuvent être contrôlés en prenant les comprimés au cours des repas (à la fin du repas) et si nécessaire en ajustant la dose et l'horaire d'administration ». [Le Courrier, 11 fév. 2000. " Des amphétamines pas si horribles que cela ". 84]

« D'après Barkley (1977), les troubles du sommeil et l'anorexie sont les effets secondaires les plus fréquemment rencontrés ; viennent ensuite les pertes de poids, l'irritabilité, des douleurs gastriques (...). Les autres effets secondaires sont encore moins fréquents : céphalées, sédation, vertiges, nausées, euphorie, tristesse, anxiété, cauchemars, tremblement, bouche sèche, constipation. La plupart de ces effets secondaires sont transitoires et disparaissent lorsque les doses sont abaissées (Bradley 1937, 1950 ; Weery et Sprague 1974). Quelques cas de psychose survenant au cours du traitement amphétaminiques (...) ont été décrites » (132). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 177]

« Le Ritalin est un outil de plus pour mon fils, moi et sa famille. Mon fils n'a aucun effets secondaires causés par le Ritalin. Si votre enfant éprouve des effets secondaires importants, je vous conseille de cesser la médication et de consulter votre médecin. » [Elaine, Présentation. Site Canadien sur l'hyperactivité (guide pour parents). Copyright 1996-1998 Elaine Lemire. Tout droits réservés. Mise en

réseau du site le 17.10.1996. (Tous les pourcentages cités sont tirés du livre du Dr Guy Falardeau, Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider, Montréal, Le jour éditeur, 1992.)161]

« La prise d'amphétamine s'accompagne généralement d'une perte de l'appétit, d'où l'usage dans les traitements contre l'obésité. La prise prolongée d'amphétamines peut avoir des effets secondaires (insomnie, irritabilité, accélération des battements cardiaques, pression sanguine, tremblement). C'est pourquoi cette substance ne devrait pas être prise au-delà de 4 à 6 semaines (cf. traitement contre l'obésité) ». [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 25 - 26]

« Une activité motrice importante lors d'une dose élevée, peut parfois provoquer des convulsions, un coma, voire la mort. Ce type de produit augmente les battements cardiaques, la respiration et la pression sanguine et une dose élevée peut engendrer une arythmie cardiaque ». [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 36]

« Le premier rapport d'une psychose "amphétamique" date de 1938, mais elle est restée considérée comme rare. Il est possible qu'une telle expérience d'effet toxique se reproduise plus facilement par la suite (avec une moindre dose). Par ailleurs, des comportements maniaques et répétés peuvent apparaître ». [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 47]

« Les effets secondaires du traitement peuvent comporter de l'insomnie, une perte d'appétit et de poids, comme toutes les drogues stimulantes en général ». [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 127]

« Alors que dans les pays anglo-saxons ces molécules sont fortement prescrites pour le syndrome hyperkinétique, en France cette pratique est beaucoup plus rare et le scepticisme vis-à-vis des effets secondaires ("troubles du sommeil, céphalées, anorexie, amaigrissement, infléchissement de la courbe staturale, vertiges, douleurs abdominales" (548) des possibilités d'accidents graves (tachycardies, dysphorie avec effet "parano" ou état dépressif, hémorragies méningées ou cérébrales). Les contre-indications sont "les troubles du rythme, l'association avec les tranquillisants, les neuleptiques ou les IMAO". » (548). [Epelbaum C., " Place des psychotropes en psychiatrie infantile " in Ferrari P. & Epelbaum C., La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1993. 536-552. [34]]

« Les effets sont remarquables mais Hertha Hafer, qui est pharmacienne, constate l'apparition de caries graves et le développement d'angines à répétition ainsi que d'autres effets secondaires. Elle fait le rapprochement avec la prise du médicament. Pourtant, son enfant voit son état s'améliorer en classe ». [GHI. 27 avril 2000. " Enfants hyperactifs. La cause cachée ". [26]]

« Effets secondaires courants : anorexie, perte de poids, irritabilité, insomnie, douleurs abdominales ; Effets secondaires moins courants, mais plus sérieux : augmentation de la pression sanguine, tachycardie, tics, cauchemars, "hypersensitivity rash", symptômes psychotiques...La pression sanguine et le poult sont des indicateurs des effets secondaires. Les problèmes de taille sont généralement rattrapés durant l'adolescence : "What is less clear is whether this compensatory growth spurt would hold true for those continued on psychostimulants through adolescence". » (p.321). [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 1999. 157]

« there is a greater possibility with children than with adults that a beneficial medication may have deleterious effects on growth and development. » (p.313) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 1999. 79]

« Amphetamines may be the most likely psychostimulant to affect the patient's growth. » (p.319). [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 1999. 138]

« Effets secondaires possibles des stimulants centraux :céphalées (maux de tête), hyperémotivité (pleurs), diminution de l'appétit, insomnie. Ces inconvénients disparaissent le plus souvent après deux semaines de traitement et si les prises se font avec les repas. L'apparition de tics faciaux (syndrome

de Gilles de la Tourette) nécessite de diminuer la posologie voire d'interrompre le traitement. » [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 91]

« Mais les études montrent aussi que le traitement n'améliore pas les résultats scolaires des enfants et surtout que la molécule est loin d'être dépourvue d'effets secondaires - perte d'appétit, insomnies, dépression, accoutumance, caractéristiques des amphétamines. » [L'Express du 26/10/2000. Par Gilbert Charles. "Le procès de la Ritaline " 45]

« le produit n'est pas garanti sans danger, et son efficacité à long terme est loin d'être évidente. Les effets secondaires éventuels vont des nausées à l'anorexie, en passant par l'insomnie, l'anémie et la dépression. » [L'Express du 27/10/1994. par Gilbert Charles "Etats-Unis: des enfants sous amphétamines". 41]

« Des effets secondaires surviennent dans 1-2 % des cas, sont en général dose-dépendants, et cessent avec la fin du traitement. Il s'agit essentiellement d'insomnie, de diminution de l'appétit, de douleurs abdominales et céphalées. Très rarement on observe une tachycardie une augmentation de la tension artérielle. Des tics (et le syndrome de Gilles de la Tourette) peuvent apparaître ou être aggravés, et pour cette raison le traitement stimulant devrait être prescrit avec prudence en cas de tics ou d'anamnèse familiale positive pour ces problèmes. L'apparition d'effets secondaires dus au traitement avec un stimulant ne contre-indique pas un essai avec autre stimulant. Dans la majorité des cas, celui-ci ne produira pas les mêmes effets ». [Médecine & Hygiène, 20 octobre 1999. C. C. Menache, D. K. Urion et Ch. A. Haenggeli « Hyperactivité avec déficit de l'attention : point de vue du neuropédiatre ».154 - 156]

« Children-Loss of appetite, trouble in sleeping, stomach pain, fast heartbeat, and weight loss may be especially likely to occur in children, who are usually more sensitive than adults to the effects of methylphenidate. Some children who used medicines like methylphenidate for a long time grew more slowly than expected. It is not known whether long-term use of methylphenidate causes slowed growth ». [Site medlineplus. National Institut Health. Gov. (U.S.). Mis à jour août 2000.<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/methylphenidatesystemic202361.htm>. 49]

« Along with its needed effects, a medicine may cause some unwanted effects. Although not all of these side effects may occur, if they do occur they may need medical attention. Check with your doctor as soon as possible if any of the following side effects occur: More common. Fast heartbeat; increased blood pressure. Less common. Chest pain; fever; joint pain; skin rash or hives; uncontrolled movements of the body » [Site medlineplus. National Institut Health. Gov. (U.S.). Mis à jour août 2000.<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/methylphenidatesystemic202361.htm>. 145]

« Rare : Black, tarry stools; blood in urine or stools; blurred vision or other changes in vision; convulsions (seizures); muscle cramps; pinpoint red spots on skin; uncontrolled vocal outbursts and/or tics (uncontrolled and repeated body movements); unusual bleeding or bruising. With long-term use or at high doses. Changes in mood; confusion; delusions (false beliefs); depersonalization (feeling that self or surroundings are not real); hallucinations (seeing, hearing, or feeling things that are not there); weight loss. » [Site medlineplus. National Institut Health. Gov. (U.S.). Mis à jour août 2000.<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/methylphenidatesystemic202361.htm>. 150]

« Symptoms of overdose : Agitation; confusion (severe); convulsions (seizures); dryness of mouth or mucous membranes; false sense of well-being; fast, pounding, or irregular heartbeat; fever; hallucinations (seeing, hearing, or feeling things that are not there); headache (severe); increased blood pressure; increased sweating; large pupils; muscle twitching; overactive reflexes; trembling or shaking; vomiting » [Site medlineplus. National Institut Health. Gov. (U.S.). Mis à jour août 2000.<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/methylphenidatesystemic202361.htm>. 153]

« Other side effects may occur that usually do not need medical attention. These side effects may go away during treatment as your body adjusts to the medicine. However, check with your doctor if any of the following side effects continue or are bothersome:More common : Loss of appetite; nervousness; trouble in sleeping. Less common : Dizziness (vertige ?); drowsiness; headache; nausea; stomach pain. After you stop using this medicine, your body may need time to adjust. The length of time this takes depends on the amount of medicine you were using and how long you used it. During this period of time check with your doctor if you notice any of the following side effects: Mental depression

(severe); unusual behavior; unusual tiredness or weakness Other side effects not listed above may also occur in some patients. If you notice any other effects, check with your doctor ». [Site medlineplus. National Institut Health. Gov. (U.S.). Mis à jour août 2000. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/methylphenidatesystemic202361.htm>. 160-170]

« Les effets secondaires possibles du médicament sont la diminution de l'appétit, l'insomnie et une éventuelle somnolence ». [Medisite (FR). 2000. "Hyperactivité". 162]

« Effets secondaires possibles: légère perte d'appétit, légers problèmes de sommeil, perte de poids transitoire, irritabilité, des tics moteurs peuvent apparaître si le dosage est trop élevé, les tics disparaissent en réduisant la dose. » [Traitements par les médicaments .Site Elaine (Base. Art. du Dr.Mandelkorn, "Thoughts On The Medical Treatment of ADD/ADHD: A Physicians Perspective"). 24]

« Mais on néglige trop le fait que les effets secondaires de ces produits induiront de bien pires problèmes de société. La Ritaline provoque entre autres: insomnie, manque d'appétit, troubles digestifs, irritabilité avec tendance à la violence, fatigue, tristesse, anxiété, migraines, etc ». [Secr. du Grand Conseil. Rapport de la Commission des pétitions chargée d'étudier la pétition (1332) concernant l'interdiction de prescription de psychotropes à des enfants de moins de 16 ans. Date de dépôt: 23 avril 2001. Rapporteuse: Mme Mireille Gossauer-Zurcher. 30]

« Sufficient data on safety and efficacy of long-term use of Methylphenidate HCl in children are not yet available. Although a causal relationship has not been established suppression of growth (i.e. weight gain and/or height) has been reported with the long-term use of stimulants in children. Therefore patients requiring long-term therapy should be carefully monitored ». [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 88]

« Nervousness and insomnia are the most common adverse reactions but are usually controlled by reducing dosage and omitting the drug in the afternoon or evening. » [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 126]

« Other reactions include hypersensitivity (including skin rash urticaria fever arthralgia exfoliative dermatitis erythema multiforme with histopathological findings of necrotizing vasculitis and thrombocytopenic purpura); anorexia; nausea; dizziness; palpitations; headache; dyskinesia; drowsiness; blood pressure and pulse changes both up and down; tachycardia; angina; cardiac arrhythmia; abdominal pain; weight loss during prolonged therapy. There have been rare reports of Tourette's syndrome. Toxic psychosis has been reported » [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 128]

« Although a definite causal relationship has not been established the following have been reported in patients taking this drug: isolated cases of cerebral arteritis and/or occlusion; leukopenia and/or anemia; transient depressed mood; a few instances of scalp hair loss. » [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 131]

« In children loss of appetite abdominal pain weight loss during prolonged therapy insomnia and tachycardia may occur more frequently; however any of the other adverse reactions listed above may also occur ». [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 133]

« Signs and symptoms of acute overdosage resulting principally from overstimulation of the central nervous system and from excessive sympathomimetic effects may include the following: vomiting agitation tremors hyperreflexia muscle twitching convulsions (may be followed by coma) euphoria confusion hallucinations delirium sweating flushing headache hyperpyrexia tachycardia palpitations cardiac arrhythmias hypertension mydriasis and dryness of mucous membranes. » [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 145]

« Notify your physician if you develop very fast or irregular heartbeat chest tightness or trouble breathing uncontrolled body movements or seizures ». [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 196]

Effets secondaires : "Les plus fréquemment observés sont par ordre de fréquence : l'insomnie, la diminution de l'appétit, l'irritabilité, la perte de poids. Ces effets sont proportionnels à la dose, ils augmentent d'environ 50% pour des doses de 1 mg/kg/j de méthylphénidate". Les difficultés d'endormissements sont plus fréquentes (5%) avec la D-amphétamine qu'avec le méthylphénidate." Le ralentissement de la croissance pondérale et la perte de poids sont moins fréquents avec le méthylphénidate qu'avec la dextroamphétamine" (488). Sont évoqués : une élévation tensionnelle, des réactions psychotiques aiguës, des crises d'épilepsie, qui cessent avec l'arrêt du traitement. "Enfin, plus rarement, des réactions anxieuses, une symptomatologie dépressive avec retrait social peuvent survenir". (488) "Le ralentissement staturo-pondéral a été retrouvé par plusieurs auteurs (...) Il apparaît pour des doses supérieures à 10 mg/j pour des durées de traitement supérieures à 2 ans et sans interruption. Ce retard est réversible". (488). [M.F. Le Heuzey, M.Dugas, " Troubles du comportement " (ds chap. Neuropsychiatrie) & M Bouvard, M. Dugas " Troubles anxieux " in E. Aubert, Y. Aujard, G. Lenoir. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences. 1992. 487-495 [54 – 61]]

« De nombreux effets indésirables à prendre en compte. La plupart des effets indésirables relevés dans les essais cliniques sont l'insomnie, la diminution de l'appétit, la perte de poids, l'irritabilité, les douleurs abdominales, les céphalées. En fonction de ce que l'on sait des effets indésirables potentiels des amphétaminiques, un certain nombre de points doivent être examinés plus en détail ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ". 75 - 77]

« Evolution staturo-pondérale. (...) Le retentissement de ce retard statural sur la taille définitive à l'âge adulte a donné lieu à des controverses. En fait un rattrapage à l'arrêt du traitement par effet rebond semble intervenir... » [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ". 93]

« L'usage du méthylphénidate expose à un certain nombre d'effets indésirables fréquents : anorexie, insomnie, céphalées, tachycardie, douleurs abdominales. D'autres effets indésirables sont plus rares mais potentiellement graves : hallucinations, tics chez les enfants prédisposés, détournement d'usage par l'entourage. Les retards de croissance observés sous méthylphénidate ne semblent pas influencer la taille à l'âge adulte ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ". 94]

« Une étude a conclu qu'il pouvait entraîner une plus petite taille à l'âge adulte. Mais il reste encore beaucoup de choses à apprendre dans ce domaine. » [Santé. Site : www.rdl.com.lb. Par Carma KARAM " Les progrès de la médecine vont changer votre vie... n'attendez pas pour savoir ! ". " Pourquoi donner des amphétamines aux enfants ? ". 30]

« Effets indésirables : Nervosité, insomnie. Diminution de l'appétit.
Plus rarement :

- ralentissement de la croissance, semble-t-il réversible, qui justifie de ménager des interruptions de traitement en fin de semaine et pendant les vacances ;
- maux de tête, somnolence, vertiges , mauvaise coordination des mouvements, état dépressif passager, troubles du comportement avec parfois hallucinations ;
- troubles de la vision ;
- aggravation de l'hyperactivité, convulsions , crampes musculaires, mouvements anormaux, tics ;
- troubles digestifs , sécheresse de la bouche ;
- accélération du coeur, palpitations , troubles du rythme cardiaque , augmentation de la tension artérielle ;
- éruption cutanée , démangeaisons, urticaire , fièvre, douleurs des articulations, anomalies des poils, des cheveux et des ongles, réaction allergique ;
- augmentation des transaminases , hépatite ;
- anomalies de la numération formule sanguine. » [Site Atmedica.RITALINE. méthylphénidate. www.atmedica.com. 110-115]

« Dans la mesure du possible, il faut éviter de donner le médicament le soir : risque de nervosité et d'insomnie ». [Site Atmedica.RITALINE. méthylphénidate. www.atmedica.com. 89]

« Un ralentissement staturopondéral modéré peut être observé lors de l'utilisation de psychostimulants au long cours chez l'enfant, sans que le mécanisme précis en ait été clairement établi. D'après les données disponibles, cet éventuel retard serait compensé à l'arrêt du traitement sans répercussion sur la taille définitive. » [VIDAL 2000. Le Dictionnaire. Ed. Du Vidal. Paris, 2000 (76e ed.). RITALINE, pp. 1792-1793. 42]

« Effets indésirables les plus fréquents : Nervosité et insomnie (surtout en début de traitement). Effets indésirables fréquemment observés : diminution de l'appétit, passagère dans la plupart des cas. Effets indésirables moins fréquents : 1) Système nerveux central et périphérique : occasionnellement : céphalées, somnolence, vertiges, dyskinésies. Rarement : difficultés d'accommodation et flou visuel. Cas isolés : hyperactivité, convulsions, crampes musculaires, tics... Exceptionnellement : psychose toxique (hallucinations), état dépressif passager avec idées suicidaires. 2) Tractus gastro-intestinal : occasionnellement : douleurs abdominales, nausées, vomissements, sécheresse de la bouche 3) Foie rarement : augmentation des transaminases et hépatites parfois sévères. 4) Système cardiovasculaire : occasionnellement : tachycardie, palpitations, arythmies, variation de la tension artérielle... » [VIDAL 2000. Le Dictionnaire. Ed. Du Vidal. Paris, 2000 (76e ed.). RITALINE, pp. 1792-1793. 61-64]

« Effets secondaires

-Agitation: rare

-Accès maniaque: très rare. Un cas chez un enfant

-Comportement obsessionnel: a confirmer. Névrose obsessionnelle (TOC): un cas après 8 jours de traitement chez un enfant de 8 ans, réversible progressivement en 2 à 3 mois

-Dépression: rare

-Insomnie: fréquent

-Retard de croissance

Mécanisme imprécis, on a suggéré une inhibition de la variation nyctémérale de la STH

Retard de croissance pondérale lors de l'utilisation chez des enfants hyperkinétiques

-Episode psychotique: très rare. Avec quelque fois des hallucinations visuelles et tactiles

-Trouble de l'humeur: fréquent

- Trouble du comportement: a confirmer

Trois cas de trichotillomanie chez des enfants traités pour un syndrome d'hyperactivité

-Céphalée: très rare

-Euphorie: rare

-Vertige: très rare

-Tremblement: rare

-Sécheresse de la bouche: rare

-Erythème pigmenté fixe: Deux cas, localisés au scrotum chez des enfants

-Hypersudation: rare

-Hypertension artérielle: rare

-Crise convulsive: rare

Condition Favorisante: forte dose

-Palpitation: fréquent

-Arythmie: rare

-Tachycardie: fréquent

-Angor: rare

-Anxiété: fréquent

- Fièvre: très rare

-Anorèxie: fréquent

-Poids (diminution): fréquent

-Trouble digestif: rare

-Toxicomanie: très rare

-Douleur abdominale: rare

-Réaction d'hypersensibilité: rare

-Mouvements choreiques: rare

En cas d'encéphalopathie antérieure

-Anémie: très rare

-Leucopenie: très rare

-Thrombopenie: très rare

-Purpura thrombopenique: a confirmer

-Dermatite exfoliatrice: a confirmer

-Erythème polymorphe: a confirmer. » [Wanadoo.Site TRAITEMENTS. " La ritaline " Methylphénidate chlorhydrate. 77 - 126]

Démentis, banalisation, solutions

« Une réduction modérée de la prise de poids et un léger retard de croissance ont été rapportés en relation avec des traitements à long terme avec des psychostimulants. Aucun lien de cause à effet n'a toutefois pu être démontré. » [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. NOVARTIS PHARMA .[157]]

« Si l'effet du médicament diminue trop rapidement le soir, les troubles du comportement et/ou l'incapacité à s'endormir peuvent réapparaître. Une faible dose de Ritaline le soir ou une dose de Ritaline SR l'après-midi peuvent contribuer à résoudre ce problème ». [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. NOVARTIS PHARMA .[121]]

« La nervosité et l'insomnie sont des effets indésirables très fréquents. Ils apparaissent en début de traitement et peuvent cependant céder à une réduction de la dose ou à l'omission de la dose de l'après-midi ou du soir. La diminution de l'appétit est aussi fréquente mais passagère ». [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. NOVARTIS PHARMA .[173]]

« Rarement: lors de traitement prolongé chez l'enfant, une réduction modérée de la prise de poids ainsi qu'un léger retard de croissance peuvent survenir ». [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. NOVARTIS PHARMA .[197]]

« Les effets secondaires de ce médicament parfois controversé ne sont pas très conséquents. Ils se traduisent surtout par un manque d'appétit et des difficultés à s'endormir (mais puisque ces enfants ne dorment que très peu de toute façon, même en tant que bébés, cela ne change pas grand-chose). » [Site Concepts femme. " Mon enfant est hyperactif ". Tom Bloomer, président de l'ASPEDAH. 57]

« Comme les effets secondaires sont rares, il n'existe aucune raison logique de priver les enfants d'une administration quotidienne de méthylphénidate (recommandation du Comité de la santé mentale de la Société canadienne de pédiatrie, 1990). » [Le Courrier, 11 fév. 2000. " Des amphétamines pas si horribles que cela "82]

« Si des tics faciaux importants apparaissent ou si une insuffisance de croissance est suspectée, ces symptômes peuvent nécessiter l'arrêt du traitement. Les effets sur la croissance semblent être secondaires à l'effet anorexigène (inhibiteur de l'appétit), mais toute réduction relative de la taille attendue est minime ». [Le Courrier, 11 fév. 2000. "Des amphétamines pas si horribles que cela". 86]

« Des chercheurs ont pu mettre en évidence que bien que la Ritaline ait un effet négatif sur la croissance au cours du traitement, la taille finale n'est pas compromise grâce à un phénomène de rebond compensatoire apparaissant dès l'arrêt du traitement ». [Le Courrier, 11 fév. 2000. " Des amphétamines pas si horribles que cela ". 87]

« Quant aux effets secondaires, ils sont relativement minimes - en comparaison du bénéfice que l'on en retire - et disparaissent avec le temps : légère perte d'appétit, maux d'estomac et de tête, difficulté à s'endormir ». [Le Courrier, 16 novembre 1998, Marco Gregori. "Il serait temps que le SMP admette qu'il a commis des erreurs" [87]]

« Juan Manzano, directeur du SMP, dans une lettre du 15 oct. 99 écrit : "A l'heure actuelle, nous savons qu'il n'y a pas d'effets secondaires importants à long terme dans le traitement avec Ritaline, ni de risques particuliers de dépendance". L'effet à long terme de ce traitement (plus de 14 mois) est à l'heure actuelle inconnu (Conférence du consensus). Il est utilisé depuis plus de 25 ans, mais pendant longtemps les conséquences de certains effets secondaires, notamment des arrêts de croissance, n'étaient pas bien connues, ce qui freinait son utilisation par prudence ». [Le Courrier, 12 mai 2000, Marco Gregori. " La commission des pétitions défend l'action du SMP " 22]

« Néanmoins, aujourd'hui, selon des études effectuées, les effets secondaires qui peuvent survenir (perte de l'appétit, troubles du sommeil, retard de croissance), disparaissent plus tard, sans laisser de

conséquences. » [Le Courrier, 12 mai 2000, Marco Gregori. " La commission des pétitions défend l'action du SMP " 23]

« la d-amphétamine et le méthylphénidate engendrent beaucoup d'effets secondaires (in Waizer et coll., 1974). (En fait, ceux-ci ne semblent pas aussi importants qu'on le laisse penser en ce qui concerne le méthylphénidate à condition que les posologies soient respectées) » (88) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 66]

« L'arrêt des psychostimulants pendant les week-ends et les vacances scolaires semble être indiqué en raison de la plus faible incidence dans ces cas de retentissement staturopondéral à long terme » (127) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 136]

« Les BZD sont probablement, parmi les psychotropes, ceux qui engendrent le moins d'effets secondaires, à moins qu'il ne s'agisse de ceux dont les effets secondaires sont les moins étudiés » (164) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 230]

« Effets secondaires habituels: Légère perte d'appétit (le midi, en particulier pour l'action prolongée). Petit retard à l'endormissement; humeur parfois labile (variable). Céphalées occasionnelles, en début du traitement en fonction du dosage. Toute incidence sur la croissance ne serait que fortuite. » [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention /Hyperactivité/ Opposition. 97]

« À propos des stimulants: ils réduisent les symptômes de façon significative chez 80% des enfants et, malgré les effets secondaires, la médication est "sécuritaire". Chaque dose de stimulant a un effet à court terme avec très peu d'effets secondaires à long terme. » [Site Elaine. Quelques extraits. The Lancet. 7 fév.98. J.M. Swanson, J.A. Sergeant, E. Taylor, E.J.S. Sonuga-Barke, P.S. Jensen et D.P. Cantwell. "Attention-déficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder". 16]

« Mais le méthylphénidate suscite malgré tout bien des inquiétudes. Passe encore qu'il entraîne des effets secondaires - diminution de l'appétit, insomnie ou somnolence - mais comment savoir s'il ne perturbe pas, à long terme, la croissance de l'enfant? "C'est un sujet de préoccupation, mais on n'a aucune preuve d'un retard imputable au traitement", répondent François Bange et Marie-Christine Mouren-Siméoni, de l'Hôpital Robert Debré à Paris. Or la substance est connue depuis les années 50 et "plusieurs millions d'enfants ont été traités dans le monde". » [Hebdo. 6 sept. 2001. Sonia Arnal et Elisabeth Gordon. " Au secours ! mon enfant est hyperactif ". Phénomène de mode ou réelle maladie? Notre test.Traitement: la Ritaline soigne mais suscite la polémique. 77]

« On a longtemps associé la prise de stimulants centraux à un retard de croissance et un déficit de poids. Les études montrent effectivement un retard de croissance à la pré-adolescence, mais il y a rattrapage puis normalisation en fin d'adolescence avec une stature normale à l'âge adulte. Ce retard semble provoqué par le syndrome TDAH lui même et donc ne pas être provoqué par une médication. » [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 66]

« Le recul dans le temps (plusieurs dizaines d'années) et l'importance des cohortes de patients déjà traités (plusieurs millions d'enfants) étayent la constatation que la Ritaline(r) est bien supportée et que ses effets secondaires éventuels sont limités ». « En effet, les effets indésirables aux posologies usuelles sont en règle générale modérés et réversibles. Dans les études contrôlées, ils surviennent chez moins de 10 % des patients, surtout en début de traitement : ce sont l'insomnie d'endormissement, la baisse de l'appétit, les gastralgies, les céphalées... Ils sont rarement responsables de l'interruption du traitement. Nous reviendrons ultérieurement sur les rares effets secondaires réellement préoccupants de la Ritaline. » [Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-171. Revue : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France.76-78]

« Certains enfants manifestent des tics moteurs ou vocaux sous Ritaline(r), ce qui peut conduire à son arrêt. Cependant, l'existence de tics préalablement à l'instauration du traitement est de moins en moins considérée comme une contre-indication absolue à la prescription de ce médicament. » [Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-71. Revue : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France. 94]

« Le retentissement de la Ritaline(r) sur la croissance staturale a également été un grand sujet de préoccupation, sans preuve d'un retard imputable au traitement. Au contraire, des enquêtes récentes bien conduites concluent à l'existence d'un retard de croissance idiopathique chez certains hyperactifs, sans relation avec la prise de Ritaline(r), qui se normalise dans la deuxième partie de l'adolescence ». [Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-171. Revue : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France. 94]

« On a aussi imputé des troubles anxieux et une dysphorie au traitement notamment à de fortes posologies. Cependant, ces troubles internalisés sont fréquemment comorbides à l'hyperactivité. Ils préexistent donc à l'instauration du traitement et il ne faut pas les attribuer systématiquement à la Ritaline® ». [Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-171. Revue : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France. 99]

« La Ritaline® n'est pas dépourvue d'effets secondaires, même si ceux-ci sont généralement bénins et transitoires. Le rapport entre les risques et les bénéfices d'un traitement psychostimulant doit donc être soigneusement pesé ». [Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-171. Revue : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France. 138]

« Most doctors feel the potential side effects should be carefully weighed against the benefits before prescribing the drugs. While on these medications, some children may lose weight, have less appetite, and temporarily grow more slowly. Others may have problems falling asleep. Some doctors believe that stimulants may also make the symptoms of Tourette's syndrome worse, although recent research suggests this may not be true. Other doctors say if they carefully watch the child's height, weight, and overall development, the benefits of medication far outweigh the potential side effects. Side effects that do occur can often be handled by reducing the dosage ». [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " 392 - 395]

« Ritalin's side effects, which include headaches and loss of appetite, are reported as minor and reversible ». [The New York Times. December 15, 1999. " Study Backs a Drug for Hyperactive Children". 33]

« Il faut aussi se rappeler que la Ritaline existe depuis plus de 40 ans, ce qui devrait suffire à rassurer les personnes craignant d'éventuels effets secondaire à long terme. Rare sont les médicaments sur le marché qui bénéficient d'un tel recul ! » [Hypsos. Quoi de neuf ? (site. modifié le 21/10/00). 42]

« There was no evidence of weight deficits in children with ADHD relative to control subjects and no relationship between measures of malnutrition and short stature was found. These findings suggest that ADHD may be associated with temporary deficits in height gain through midadolescence that may normalize by late adolescence. This effect appears to be mediated by ADHD and not by its treatment ». [PEDIATRICS Vol. 102 No. 2 Supplement August 1998, pp. 501-506 " Growth Deficits in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder ". Thomas Spencer, Joseph Biederman, and Timothy Wilens (From the Department of Pediatric Psychopharmacology, Massachusetts General Hospital, and the Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts). (Received Feb 6, 1998; accepted Mar 20, 1998).19-20]

« Un nombre considérable de travaux a porté sur le retard de croissance chez les enfants hyperkinétiques recevant des psychostimulants. Ces problèmes ont été revus par Roche et son équipe qui ont conclu à la présence réelle d'un retard temporaire du taux de croissance, de poids et de taille, chez les enfants hyperkinétiques recevant des psychostimulants, lesquels en un laps de

temps relativement court ont repris leur taille normale prévue. De semblables constatations ont été observées dans le cas de la pémoline » (1278) [Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique. 2e ed. Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. 111]

« En règle générale, avec l'arrivée de la puberté, le syndrome s'estompe et la période de maturation s'améliore. En même temps, tout retard de croissance ou de poids se corrige d'habitude spontanément ». (1279) « Les principaux effets secondaires de ces médicaments sont l'insomnie, l'ataxie, la perte d'appétit, la perte de poids et un certain degré d'irritabilité. Il se peut que ces effets soient liés à la posologie ; aussi peuvent-ils être corrigés » (1279). [Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique. 2e ed. Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. 130 - 131]

« Le ralentissement de la croissance est compensée, et donc pas compromise par le traitement. » [Review of psychiatry. American Psychiatric Press. Washington.. Ed. Tesman A., Hales R.E. , Frances A.J. 1989. Vol.8. Section II Child Psychiatry. Chap. 7 " Attention-Deficit Hyperactivity Disorder " by D.P. Cantwell, G.L. Hanna. 134-161 [89]]

« Results: There was no evidence (group data) that motor tics or vocal tics changed in frequency or severity during maintenance therapy compared with diagnostic or initial double-blind placebo evaluations. Behavioral improvements demonstrated during the acute drug trial were maintained during followup. There was no evidence (group data) of clinically significant adverse drug effects on cardiovascular function or growth at the end of 2 years of treatment. Conclusion: Long-term treatment with methylphenidate seems to be safe and effective for the management of ADHD behaviors in many (but not necessarily all) children with mild to moderate tic disorder. Nevertheless, careful clinical monitoring is mandatory to rule out the possibility of drug-induced tic exacerbation in individual patients. » [Site checkmateplus.com. Drs. Gadow and Sprafkin (N.Y). CHILD SYMPTOM INVENTORIES. Revue de presse. 480 - 485]

« J'aimerais maintenant vous parler du cas de l'enfant Jonathan Provencher et des effets secondaires du méthylphénidate. (...) Dans votre reportage, cette mère parle des effets secondaires du méthylphénidate tels qu'elle les a constatés chez son fils. Je crois qu'il y a deux catégories d'effets secondaires de ce médicament. Les effets réels du médicament et ce que j'appelle les effets secondaires de leur efficacité ». [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992. 180]

« Les effets réels dont se plaint Jonathan sont les maux de tête, les douleurs abdominales et les engourdissements aux mains. Ces effets secondaires sont habituellement légers et disparaissent avec le temps. Dans son cas, je crains que la dose ait été trop forte ou augmentée trop rapidement. Il se peut aussi que certains enfants soient particulièrement sensibles à de petites doses. Dans la majorité des cas, si on débute par de petites doses et qu'on augmente lentement, les effets secondaires sont tolérables et s'atténuent avec le temps. Si tel n'est pas le cas et si l'enfant est incommodé par ces effets, il faut cesser le traitement. Il arrive souvent dans ces cas que la dexédrine (un autre stimulant) est mieux toléré. Je suis d'accord avec la mère, personne ne peut l'obliger à prendre un médicament qui donne de tels effets. » [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992. 184]

« Les effets secondaires les plus fréquents, dont la diminution de l'appétit, l'insomnie, la sensation de réplétion et les pleurs ou l'hyperémotivité, peuvent être évités si les comprimés sont pris avec des aliments, ou par un ajustement de la posologie et du schéma posologique. La sédation est un effet secondaire indésirable et non un objectif thérapeutique. Les effets sur l'appétit et la croissance semblent être fonction de la dose (7) toute réduction de la taille finale (ce qui est rare) étant minime. Les parents devront être prévenus que le traitement au méthylphénidate peut déclencher des tics. Des antécédents familiaux ou personnels de tics ou des antécédents familiaux de syndrome de Tourette seraient donc des contre-indications relatives à ce traitement (3) ». [Société canadienne de pédiatrie (SCP). 1990. " Le méthylphénidate dans l'hyperactivité avec déficit de l'attention ". 18 - 20]

« Pour ce qui est des problèmes émotionnels, je crois qu'ils ne sont pas dus au médicament (ils survenaient d'ailleurs le soir au moment où le médicament n'a plus d'effet) mais plutôt à l'efficacité de

celui-ci. » [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992. [187]]

Effet Paradoxal

« En agissant sur les centres responsables de l'éveil, ils (les psychostimulants) vont par conséquent stimuler et rendre plus alerte. Ils possèdent des propriétés excitantes semblables à celles de la caféine » (p.132) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. 210]

« Currently children (and adults) with ADHD often receive drugs such as Ritalin that boost their capacity to inhibit and regulate impulsive behaviors ». [Scientific American. Russell A. Barkley. 1998. " Attention-Deficit Hyperactivity Disorder "115]

« Chez la plupart des individus, le méthylphénidate augmente l'activité générale, diminue l'appétit, produit des effets subjectifs positifs (élévateur d'humeur) et peut contrecarrer le sommeil ». [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 106]

« Les sujets à qui on administre une dose d'amphétamine montrent généralement une augmentation de l'activité et du débit verbal, ainsi qu'une certaine euphorie, une sorte de bien-être, une diminution de l'appétit et de la fatigue. » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York.35]

« Ce médicament, dérivé des amphétamines, stimule le système nerveux et, paradoxalement, calme les hyperactifs ». [Fémina.25.04.99 : 23 - 23]

« A stimulant or antidepressant (Biederman, Gastfriend, and Jellinek, 1986), prolongs attention and reduces the motor hyperactivity. » (p.592) [The Harvard Guide of Psychiatry. Ed. A.M. Nicholi (3e ed.) Belknap Press of Harvard University Press. London, 1999 (1988). Chap. 27. " The Child " by M.S. Jellinek, D.B. Herzog 14]

« En terme imagé et simplificateur, la prise de ritaline revient à "remettre de la pression dans le système de freinage". » [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 35]

« L'effet stimulant des amphétamines sur le système nerveux central, chez l'homme, se manifeste par une vigilance accrue, un sentiment élevé de bien-être, de confiance en soi et d'euphorie, la privation du sommeil, un sentiment de fatigue diminuée, une performance accrue, et la suppression de l'appétit. Le sujet peut se concentrer davantage, son activité orale et motrice est accrue. Chez certains sujets les amphétamines produisent dysphorie, irritabilité, tremblements et anxiété (...) L'effet stimulant des amphétamines est moins marqué chez les enfants que chez les adultes » (1276) [Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique.2e ed.Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. 92]

« les médecins prescrivent des stimulants psychiques produits dont certains adultes usent et abusent en bien plus grandes quantités comme fortifiants ou comme excitants. Chez l'enfant hyperactif, cependant, ce médicament agit de façon inverse et induit une nette amélioration des symptômes. Mais là aussi, les experts ne sont pas d'accord ». [Sélection du Reader's Digest, déc. 1998, par Ladislaus Kuthy ." Tiens-toi tranquille! " 48]

« Since the 1930s, treatment has involved the use of psychostimulant compounds that paradoxically serve to attenuate the hyperactivity and often improve cognitive performance » (9, 10). [Science. Vol. 283, Number 5400, Jan 1999, pp. 397 - 401. " Role of Serotonin in the Paradoxical Calming Effect of Psychostimulants on Hyperactivity ". Raul R. Gainetdinov, William C. Wetsel, Sara R. Jones, Edward D. Levin, Mohamed Jaber, Marc G. Caron. 24]

« En revanche, les souris normales qui absorbent la ritaline deviennent hyperactives. Cela suggère que ces souris knock-out pourraient servir de modèle animal pour le trouble d'hyperactivité avec déficit

de l'attention. » ["Science Magazine" du 15.01.1999, Dr Véronique NGUYEN (p. 397). " Hyperactivité avec trouble de l'attention: l'action de la ritaline est élucidée " 21]

« Chez les enfants atteints d'hyperactivité avec déficit de l'attention (ou syndrome hyperkinétique), les psychostimulants comme la ritaline ou la dexedrine ont paradoxalement un effet calmant; ils réduisent l'hyperactivité et améliorent les performances intellectuelles, mais on ignore pourquoi. » ["Science Magazine" du 15.01.1999, Dr Véronique NGUYEN (p. 397). " Hyperactivité avec trouble de l'attention: l'action de la ritaline est élucidée " 14]

« En tant que neuro-stimulant dopaminergique, le ritalin fonctionne dans le même sens que les décongestionnants sinusaux ou nasaux, certains médicaments antiasthmatiques, la caféine (café), la théine (thé), la théobromine (chocolat du cacao). Il potentialise donc leurs effets et peut alors favoriser la surexcitation ». [Dr.Jolicoeur.Ritaline : 77 - 77]

« La Ritaline est donnée aux hyperactifs, ces enfants qui ne tiennent pas en place: son effet stimulant permettrait de recentrer leur attention ». [Soir Illustré. 6 sept. 2000 (Belgique). " Danger: enfants accros ". 30]

« La ritaline est un psychostimulant qui améliore paradoxalement l'attention et les performances intellectuelles des enfants atteints d'hyperactivité avec déficit de l'attention. » ["Sciences". Dr C. Desmoulins. Article extrait du Quotidien du Médecin N° 6616, du 5 -01-2000. [10]]

« En surdose (qui varie selon l'âge), il provoque surtout de l'agitation ». [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention /Hyperactivité/ Opposition. 100]

« Effets primaires: Facteurs d'efficacité Le bénéfice thérapeutique apporté par le méthylphénidate (MPH) ne peut plus être qualifié de paradoxal comme il a été souvent décrit. En effet, les quelques études menées chez les sujets normaux ont démontré un effet comparable à ce qui est observé chez l'enfant avec THADA. Il existe cependant une grande variation interindividuelle des effets primaires ». [A.N.A.E. 1996.L.Vallée. Professeur, Service des maladies infectieuses et neurologie infantiles. Hôpital Roger Salengro. CHRU.59037. Lille Cedex. 134]

Les facteurs organiques évoqués ici concernent les analyses biochimiques, d'une part, et les facteurs neuropsychologiques d'autre part. Les premiers se penchent sur les « anomalies de certains neurotransmetteurs et singulièrement de la dopamine dont on a un modèle animal de l'hyperactivité ». Néanmoins, « les résultats obtenus sont contradictoires et laissent encore la place à diverses hypothèses. L'effet des psychostimulants ne peut être ici pris comme argument car on a démontré que leurs effets positifs s'exercent sur des groupes différents y compris des sujets normaux » (p.104) En note de bas de page, les auteurs estiment que cet élément ne permet dès lors plus de « parler de "l'effet paradoxal" des psychostimulants sur les sujets hyperkinétiques » (p.104). [Corraze J. & Albaret J.M., L'enfant agité et distrait, Expansion scientifique française : Paris, 1996. 318 - 319]

« Curieusement, la Ritaline® a un effet paradoxal sur les enfants hyperactifs. En effet, le méthylphénidate excite le sujet normal, alors que pour les enfants "THADA", cette substance les apaise. » [AVTES. Romandie. Christophe Bornand pour la commission presse. "Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants". 22]

« Le mécanisme d'action du méthylphénidate demeure encore inconnu, mais (...) il est en train de se préciser. Selon les doses administrées, et la fréquence avec laquelle on l'utilise chez l'enfant avec un DA-H (effet semblable chez un enfant normal), la prise de cette médication se traduit par une diminution de l'agitation, probablement parce qu'elle régularise l'activité de certains secteurs du cerveau » (p.133) « Il est important de préciser que le Ritalin n'est pas un tranquillisant (...) mais bien le contraire. C'est un stimulant qui, pour des raisons complexes, agit comme calmant » (p.133) [Dr Claude Desjardins. "Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant". Quebecor. Quebec. 1992. 211-213]

« Ce médicament fort, qui est un stimulant pour toute autre personne, rétablit l'équilibre chimique du cerveau chez ceux qui ont le syndrome du déficit d'attention. » [Site Concepts femme. " Mon enfant est hyperactif ". Tom Bloomer, président de l'ASPEDAH. 55]

« Cette stratégie s'avère efficace - et ce, bien qu'il s'agisse d'un effet paradoxal: les psychostimulants augmentent en effet la production, dans le cerveau, d'un médiateur chimique - la dopamine. Or, cette dernière est connue pour stimuler l'activité chez l'être humain. Une équipe de chercheurs de la Duke University (Durham, Caroline du Nord) semble avoir percé ce mystère (effet paradoxal): ainsi que l'ont montré des études réalisées chez des souris génétiquement modifiées, certains stimulants - administrés à faible dose - ne semblent pas avoir d'influence sur la quantité de dopamine sécrétée par le cerveau; au contraire, ils déclenchent la libération de sérotonine, neuromédiateur bien connu pour son effet calmant ». [Pharma Information. Suisse. " En bref ". 01.99. + Science actualité. France. Mars.99. " Effet paradoxal de la Ritaline ". 17 - 18]

« Chez les enfants hyperactifs avec déficit de l'attention (3 à 6% des enfants d'âge scolaire), les psychostimulants comme la ritaline ou la dexadrine ont paradoxalement un effet calmant. Des chercheurs américains viennent d'éclaircir le mécanisme d'action de ce type de médicament sur la souris. Il agit en augmentant les taux cérébraux de la sérotonine, qui régule l'humeur et inhibe l'agressivité et le comportement impulsif. » [Pharma Information. Suisse. " En bref ". 01.99. + Science actualité. France. Mars.99. " Effet paradoxal de la Ritaline ". 28]

« Il y a des effets paradoxaux : tout le monde n'est pas calmé par des barbituriques, certaines personnes sont au contraire excitées. C'est ainsi que la ritaline (une amphétamine) est utilisée pour calmer des enfants hyperactifs ». [Intro aux Neurosciences comportementales (licence Psycho.Uni Tours, FR. Alain Lenoir). 09.11.00. 523]

Pharmacocinétique

« Des chercheurs montrent maintenant que la ritaline agit en augmentant les taux cérébraux de sérotonine qui régule l'humeur et inhibe l'agression et le comportement impulsif. Donc, elle n'agit pas, comme on le présumait, directement sur la dopamine, dont les actions comprennent la régulation de l'activité et de la locomotion ». ["Science Magazine" du 15.01.1999, Dr Véronique NGUYEN (p. 397). " Hyperactivité avec trouble de l'attention: l'action de la ritaline est élucidée " 15]

« Les noo-analeptiques sont des substances qui élèvent le niveau de vigilance. Leur effet principal consiste à stimuler le système nerveux central, en particulier le psychisme. Cet effet diffère de celui des substances thymo-analeptiques qui élèvent l'humeur déprimée. » (1274) [Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique.2e ed.Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. 42]

« Ritaline : son mécanisme d'action a été élucidé par des chercheurs de l'université de Duke (Caroline du Nord) ». ["Sciences". Dr C. Desmoulins. Article extrait du Quotidien du Médecin N° 6616, du 5 -01-2000. [10]]

« amphétamines qui facilitent l'action des catécholamines. Elles entraînent un état d'euphorie et accroissent la vigilance, permettent de lutter contre la fatigue. Elles n'ont pas d'effet cognitif mais accroissent la pression artérielle et provoquent divers troubles somatiques. Très utilisées dans les régimes amincissants. » [Intro aux Neurosciences comportementales (licence Psycho.Uni Tours, FR. Alain Lenoir). 09.11.00. 455]

« Les effets secondaires existent " et semblent très souvent associés au dosage qui peut parfois être trop élevé. (...) sont très souvent reliés aux conséquences de stimulation que la médication a sur le système nerveux autonome, au niveau de la régulation des fonctions automatiques comme le rythme cardiaque, la respiration et la digestion (...) Les statistiques estiment qu'entre 1 et 3 % des enfants ne peuvent tolérer aucune forme de médication stimulante ». [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. 136 [229]]

Infos sur la dextroamphétamine : p. 1179 : tableau Intoxication et surdose de psychotropes : Dose toxique ou létale (quantité de produit capable de provoquer les signes et symptômes de surdose) : possible à 2 mg, mais rare en dessous de 15 mg ; des doses de 500mg n'ont pas été létales. Signes et symptômes : agitation, tremblements, hyperréflexie, rhabdomyolyse, tachypnée, fièvre, confusion, agressivité, hallucinations, états de panique, asthénie, dépression, troubles du rythme, hypertension

artérielle...Infos sur le Méthylphénidate : dose toxique ou létale : 2 g. Signes et symptômes : confusion mentale, psychose, hallucinations, palpitations, arythmies, hypertension, vomissements, fièvre, mydriase, sueurs, tremblements, soubresauts musculaires, convulsions, coma. » (p.1182). [Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis de psychiatrie. Science du comportement, psychiatrie clinique. (trad.française coordonnée par P.Louville). Ed. Pradel, Paris, 1998. (trad. De la 8e édition de Synopsis of Psychiatry, Baltimore, 1998). 149 - 150]

« L'amélioration de la symptomatologie peut être obtenue par des amphétamines qui augmentent notamment la concentration en dopamine » (10). « Les études comparatives entre sujets avec hyperactivité motrice et déficit de l'attention, et sujets normaux sont contradictoires. Dès 1970, Kornetzky affirmait qu'intervenait dans l'expressivité du syndrome les 3 systèmes: dopaminergique, noradrénergique et sérotoninergique. [A.N.A.E. 1996. L.Vallée. Professeur, Service des maladies infectieuses et neurologie infantiles. Hôpital Roger Salengro. CHRU.59037. Lille Cedex. 36 - 38]

Il y a la théorie de l'hyperkinésie par les neurotransmetteurs. (...) Pourtant, selon la mesure utilisée pour jauger de l'efficacité (ex. the Conners Rating Scale ou le Continuous Performance Test), la réponse est soit très favorable, soit nulle. Selon l'auteur il est impossible d'isoler l'action des substances sur un seul neurotransmetteur. [Coll. " Attention Deficit Disorder (Identification, course and rationale)". Ed. L.M.Bloomingtondale. N.Y. (traduction littérale) 1985. 34-36]

« The brain is simply not given to unitary, integrated reactions (...) We should be surprised to find an unequivocal, specific, one-to-one relationship between any two aspects of brain function. Our thinking in this direction is largely influenced by the results of work with stimulant drugs in hyperactive children (...) we have found (...) that the clinical effects of the stimulant drugs are rate-dependent ». [Coll. "Attention Deficit Disorder (Identification, course and rationale)". Ed. L.M.Bloomingtondale. N.Y. 1985. 38]

« Le Dr Haenggeli explique: "Le médicament le plus utilisé en Suisse est la Ritaline, qui, chez les hyperactifs ne fait que pallier le manque de dopamine en activant des circuits déficients. » [L'Illustré Santé No 25. (19 janv. 2000). Par M. Monnier. " Neuropédiatrie : et s'il était hyperactif... " (Haenggeli interrogé). 47]

« La Ritaline® soutient les fonctions des neurotransmetteurs. Elle assure et facilite ainsi la transmission de l'influx nerveux d'une terminaison nerveuse à une autre. C'est donc un stimulant du système nerveux central avec un effet marqué sur les activités mentales et motrices ». [AVTES. Romandie. Christophe Bornand pour la commission presse. " Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants ". 21]

« These drugs act by inhibiting the dopamine transporter, increasing the time that dopamine has to bind to its receptors on other neurons. » [Scientific American. Russell A. Barkley. 1998. " Attention-Deficit Hyperactivity Disorder ". 116]

« Such compounds (which, despite their inhibitory effects, are known as psychostimulants) have been found to improve the behavior of between 70 and 90 percent of children with ADHD older than five years. » [Scientific American. Russell A. Barkley. 1998. "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder". 118]

« Methylphenidate has a dopaminergic effect; each dose lasts about four hours. Experienced adjustment of dose and timing is essential for optimum treatment » [British Medical Journal 1998 ; 316:1594-1596 (23 May). " Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain ". Geoffrey D Kewley 66]

« Son mode d'action chez l'homme n'est pas complètement élucidé, mais on suppose que l'effet stimulant repose sur une activation corticale et peut-être à une stimulation du système réticulé activateur. Le mécanisme par lequel le méthylphénidate agit au niveau mental et comportemental chez l'enfant n'a pas été élucidé complètement et aucune preuve concluante ne permet de démontrer la relation entre ces effets et l'état du système nerveux central. » [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)- SR. Novartis Pharma. 20]

« Métabolisme et pharmacocinétique des psychostimulants." le métabolisme et la pharmacocinétique du méthylphénidate ont été parmi les dérivés amphétaminiques les plus étudiés » (136) [Dollfus S.,

Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 181]

« après une administration orale, 50 à 90 % du MPH marqué au carbone 14 sont excrétés dans les urines en 8 à 48 heures respectivement suggérant une résorption intestinale très rapide chez l'homme » (136) « Le profil pharmacocinétique du MPH semble identique chez les enfants ou les adultes "hyperkinétiques" ou normaux » (136) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 182]

« Arguments neurobiochimiques : " Plusieurs auteurs ont apprécié les taux de métabolites urinaires et céphalorachidiens des catécholamines, indolamines et leurs modifications sous traitement. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence car les métabolites périphériques (...) sont un mauvais reflet du métabolisme intracérébral catécholaminergique. Les résultats sont assez contradictoires et apportent peu d'arguments en faveur d'un dysfonctionnement mono-aminergique » (141). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 209]

« Hunt et coll (1986) ont évalué les effets de la clonidine lors d'une étude contrôlée (...) chez 10 enfants présentant un déficit de l'attention avec hyperactivité (...) Si l'efficacité de la clonidine dans les troubles déficitaires de l'attention s'avérait confirmée par d'autres études contrôlées, elle pourrait remettre en cause l'hypothèse d'un déficit dopaminergique prévalent dans cette pathologie en raison de l'action préférentielle de la clonidine sur le système noradrénergique (stimulation des récepteurs présynaptiques noradrénergiques ; diminution de l'activité électrique du locus coeruleus ; diminution du MHPG urinaire). Elle ne l'infirmerait cependant pas car un déficit dopaminergique éventuel pourrait être responsable d'une "hyponoradrénergie " évoluant elle-même vers une augmentation du nombre des récepteurs noradrénergiques post-synaptique (hypersensibilité de désuétude). Dans certains cas (TDAH) cette hypersensibilité pourrait dépasser sa finalité adaptatrice et représenter, comme pour la dopamine et les dyskinesies tardives des neuroleptiques, un système noradrénergique présynaptiques hyperfonctionnant. Dans ces conditions, un agoniste noradrénergique présynaptique pourrait normaliser le fonctionnement de ce système comme cela a été montré pour la dopamine dans les dyskinesies tardives avec l'utilisation de faibles doses d'un agoniste dopaminergique l'apomorphine, malgré la poursuite du neuroleptique » (187). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 248]

« Ce médicament est un stimulant cérébral qui active la sécrétion de deux neurotransmetteurs, la dopamine et la noradrénaline, des substances chimiques qui rendent possible le passage d'un message d'une cellule nerveuse à une autre. Il semble bloquer, dans le neurone présynaptique, le recaptage de trois neurotransmetteurs connus, la dopamine et noradrénaline et le 5-HT (hydroxytryptamine ou sérotonine), molécules qui permettent la communication chimique entre les cellules nerveuses, afin d'éviter leur inactivation, favoriser leur libéralisation dans l'espace interneuronal et aussi inhiber l'action de la monoamine oxydase (enzyme de catabolisme ou de destruction) pour encore mieux accumuler et libérer les agents neurochimiques dans l'espace synaptique. Globalement, à dose bien ajustée, il semble stimuler la concentration, à partir d'influences inhibitrices du cortex frontal, à dominance NA sur les structures striées inférieures, en particulier le noyau accumbens (corps strié ventral) qui a de riches connections avec les structures limbiques (hippocampus, amygdale, septum, cortex préfrontal médian), et les structures motrices comme le pallidum ventral et joue un rôle central dans l'interface de ces deux systèmes, là où doit s'intégrer l'information sensorielle (mémoire et apprentissage) et motrice. C'est donc un produit surtout dopaminergique, qui stimule l'action naturelle d'une substance déjà présente dans le cerveau ». [Dr.C. Forbin. Site. (fortinmd.qc.ca/ritalin). " Véritable épidémie: l'hyperactivité chez l'enfant?? ". Québec, dim. 6 sept. 1998. 27]

Augmentent la concentration des neurotransmetteurs (dopamine et norepinephrine) sur les synapses neuronales, augmentant ainsi le relâchement et bloquant la réception (cf. "les médicaments du cerveau"). Différence avec la Cocaïne se trouve précisément dans l'augmentation du relâchement. [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 33]

« Le fait de moins manger et dormir durant l'utilisation de stimulants peut engendrer la diminution considérable de " catecholamine " et donc contribuer à ces changements de comportements. » [Jaffe

J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 79]

« Plusieurs différences pharmacocinetiques entre les enfants et les adultes: Les enfants métabolisent et éliminent plus rapidement un certain nombre de médicaments, et peuvent être plus sensibles à leur bénéfice comme à leurs effets secondaires (...) Les enfants évacuent généralement les médicaments plus rapidement que les adultes, et souvent ont besoin d'une dose plus élevée (mg/Kg) pour atteindre le niveau plasmatique et l'effet clinique ». [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999.: 95]

« Vers 1960, on commence à connaître les neuromédiateurs du système nerveux central contrôlant " l'esprit de l'homme " et trois grands groupes sont individualisés et leurs fonctions plus ou moins précisées : les acides aminés (...) les monoamines (... sérotonine, adrénaline, noradrénaline ou dopamine) et enfin les polypeptides » (132) [Meyers C., " Brève histoire des drogues et médicaments de l'esprit ". Erès. Albi. 1985.134]

« Une des dernières études publiées (Science, janvier 99), explique enfin comment fonctionne la Ritaline. Cette étude montre l'importance du rapport dopamine/sérotonine ! Le manque de sérotonine chez les hyperactifs (adolescents et adultes) peut dans certains cas se traiter avec des antidépresseurs sérotoninergiques, il s'agit d'inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) comme par exemple le fluoxétine (Prozac® en France ou Fluctine® en Suisse) ou le venlafaxine (Efexor® en Suisse). Cette médication peut être combinée avec des psychostimulants (association très souvent prescrite aux USA pour les ado.) » [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 50 - 52]

« Pour ce qui concerne les maladies mentales, on associe la dépression à une baisse de sérotonine, la schizophrénie à un excès de dopamine, leur traitement passe donc par l'utilisation de psychotropes (voir plus loin). La recherche des molécules de la folie est un objectif permanent de certains psychiatres, avec les excès que cela peut comporter... »(2) [Intro aux Neurosciences comportementales (licence Psycho.Uni Tours, FR. Alain Lenoir). 09.11.00. 382]

« L'effet euphorisant de toutes ces drogues vient de leur effet sur le système de récompense dopaminergique (voir plus loin) qui est stimulé, par exemple par blocage de la recapture de la dopamine. » [Intro aux Neurosciences comportementales (licence Psycho.Uni Tours, FR. Alain Lenoir). 09.11.00. 459]

« La dépression est en général associée à une baisse de sérotonine et de noradrénaline (que l'on retrouve chez les suicidés dépressifs). Plusieurs millions de personnes consomment chaque jour des antidépresseurs comme le prozac (inhibiteur de la recapture de la sérotonine). La consommation excessive de psychotropes est dénoncée par E. Zarifian dans " Le prix du bien-être " (éd O. Jacob, 1996). » [Intro aux Neurosciences comportementales (licence Psycho.Uni Tours, FR. Alain Lenoir). 09.11.00. 493]

« Une dernière hypothèse peut-être avancée (...) une hypersensibilité des récepteurs dopaminergiques post-synaptiques pourrait être le substratum physiopathologique de l'hyperactivité motrice. Ces récepteurs pourraient se désensibiliser lors de l'administration d'amphétamines : diminution de leur nombre sous l'influence d'un afflux dopaminergique (...) Dans cette conceptualisation, il aurait été intéressant de considérer les enfants non répondeurs avec un plus grand recul dans le temps sans modifier leur posologie » (141)). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 207]

Durée du traitement

« La plupart des cas sont traités par moi de quelques mois à 2 ans. Des réaménagements, des maîtres plus tolérants, un changement d'école, l'association d'autres thérapeutiques font qu'aucun de mes patients ne se trouve " emprisonné " par les effets positifs du traitement. [A.N.A.E. 1996. P. Messerschmitt. (Praticien hospitalier plein temps, Psychiatre des hôpitaux, Médecin-directeur de l'Unité de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Trousseau.) [96]]

La durée moyenne du traitement médicamenteux dans l'étude de Laufer (1957 !) était entre 6 et 8 ans, "so these are very well-medicated people although he never used MPD. His two drugs of choice were Bensedrine or d-amphetamine" (p.30). [Coll. " Attention Deficit Disorder (Identification, course and rationale) ". Ed. L.M.Bloomingtondale. N.Y. 1985. [119]]

A propos de l'effet sur le long terme, "il semble difficile de porter un jugement équitable faute d'une méthodologie adéquate. Il est estimé, pour l'instant, que le traitement chimique seul ne peut suffire à éliminer le trouble, même s'il est poursuivi plusieurs années" (p.111) [Corraze J. & Albaret J.M., L'enfant agité et distrait, Expansion scientifique française : Paris, 1996. [366]]

« The length of time a person takes the medicine depends on each person. Everyone is different. Some people only need a short treatment, for one to two years. Some people need treatment for years. In some people, ADHD may continue into adolescence and adulthood ». [American Academy of Family Physicians. (Web Site AAFP). " Does Your Hyperactive Child Have ADHD? ". " How to Take Medicine for ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) ", " Managing the Child with ADHD " [100]]

Il est important d'informer et de rassurer les parents, car "la prise de Ritalin à reculons n'en vaut pas la peine et n'est habituellement que de très courte durée" (p.141) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. [249 – 250]]

Les incohérences entre les acteurs : 80 % des prescriptions ne durent pas plus d'un an. Pour l'auteur ceci s'explique par les " scénarios que nous avons souvent l'occasion d'observer : l'école réclame la médication, le parent refuse et le médecin hésite ; ou bien le médecin est assuré du bienfait de l'approche, les parents sont d'accord, mais l'école ne l'est pas ; ou encore, l'école et le médecin sont d'accord, les parents hésitent et l'enfant, lui, ne le veut pas ; ou il est d'accord au début, mais très rapidement il ne l'est plus" (p.143) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. [266]]

Sur la durée de la prescription, " à la lumière des connaissances actuelles, la réponse à cette question est : tant que cela améliore la situation. De plus en plus, cela veut dire aussi qu'on reconnaît son besoin également à l'adolescence, et même pour certains durant la vie adulte " (p.147) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. [288]]

« Je ne pense pas que ceci amène d'excès ; on peut tout de suite rassurer ceux qui croient qu'il y a trop d'enfant qui prennent du Ritalin sans en avoir besoin. Mon expérience démontre qu'il en est tout autrement : je ne connais pas de parents qui acceptent de continuer la médication, si elle n'est pas utile, ou s'il y a d'autres approches alternatives tout aussi valables » (p.147) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. [288]]

« Nous remarquons que dans chaque situation, les parents finissent par déterminer la durée, en se basant sur les bienfaits obtenus pour chaque enfant » (p.147) « La médication est parfois seulement prescrite pour une période de crise, de manière à " permettre aussi à l'enfant de vivre certains succès » (p.148) « Somme toute, il n'y a pas de règles sur la durée, et la prise de la médication demeure un choix bien individuel » (p.148) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. [291-293]]

« Children do not usually grow out of attention deficit hyperactivity disorder by puberty and treatment is indicated for as long as benefit is obtained. About 60% of sufferers still have the condition in adulthood. » [British Medical Journal 1998 ; 316:1594-1596 (23 May). " Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain ". Geoffrey D Kewley. 70]

« Une réduction modérée de la prise de poids et un léger retard de croissance ont été rapportés en relation avec des traitements à long terme avec des psychostimulants. Aucun lien de cause à effet n'a toutefois pu être démontré ». [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)- SR. NOVARTIS PHARMA 157]

« Pour d'autres, plus nombreux, il existe un traitement à base de Ritaline qui élimine la plupart des symptômes pendant une période limitée. » [Site Concepts femme. " Mon enfant est hyperactif ". Tom Bloomer, président de l'ASPEDAH (Association suisse romande de parents d'enfants avec déficit d'attention et/ou d'hyperactivité). 54]

« Des traitements à court terme (3 mois), par des stimulants, ont donné des résultats positifs. Par contre, pour un traitement à long terme (14 mois) il n'y a que peu d'informations et des recommandations ne peuvent pas être utiles, mais rien ne permet d'évaluer les risques du traitement ». [Résumé de la conclusion de la Conférence de Consensus (nov.98), NIH (USA), cité par Perez du SMP (GE) en annexe 2 du rapport de la commission des Pétitions (Gd Conseil, GE) [24]]

« L'effet à long terme de ce traitement (plus de 14 mois) est à l'heure actuelle inconnu (Conférence du consensus). Il est utilisé depuis plus de 25 ans mais pendant longtemps les conséquences de certains effets secondaires, notamment des arrêts de croissance, n'étaient pas bien connues, ce qui freinait son utilisation par prudence. » [Doc SMP à l'int. des enseignants et inspecteurs. Annexe 1 de la commission des pétitions (avril 2001). DA /H. E. Perez Crim. 47]

« La durée du traitement sera d'un mois minimum ; il est habituel de le poursuivre pendant toute l'année scolaire ». [Site Coridys. Hopital neurologique de Lyon. O.Revol, D.Gérard, P. Fourneret. H. Descombes, R.de Villard. " L'enfant hyperactif : approche thérapeutique ;place du Méthylphénidate (RITALINE R) " [158]]

Perspective : l'utilisation de neuroleptiques à faible dose : « devrait permettre d'envisager des traitements prolongés avec une meilleure sécurité quant aux effets secondaires tardifs » (62). [Dollfus S., Petit M., "Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant". Expansion Scientifique Française, 1988. 57]

" Sa posologie (du MPH) débutera par de faibles doses 0,15mg/Kg, posologie pour laquelle une amélioration de l'attention et de la concentration a été mise en évidence. Après 48 heures de traitement, les doses peuvent être si besoin augmentées par paliers jusqu'à 1mg/Kg en ne dépassant pas 20 mg/jour si un traitement prolongé est envisagé en raison du risque de retentissement staturo-pondéraux » (126). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. [137]]

« Hinton et Knights (1971) ont suivi 67 enfants présentant des difficultés d'apprentissage dont 17 étaient traités par psychostimulants pendant environ trois ans. Deux tiers de ces enfants étaient améliorés au terme de ces trois ans (ce qui correspond au pourcentage d'amélioration à court terme) » (128). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 149]

« Selon l'étude prospective de Satterfield et coll (1981), après trois ans de traitement par MPH (20 à 25 mg/j), une amélioration globale des enfants persiste. Les enfants ayant reçu un traitement prolongé au-delà de deux ans présentent de meilleurs résultats scolaires, moins de conduites antisociales et une meilleure attention que les enfants traités en deça de deux ans. Le devenir des enfants est encore amélioré par l'association d'une psychothérapie (...) à la chimiothérapie » (128). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 152]

« Cette efficacité modérée à long terme des psychostimulants, rapportée par la plupart des auteurs pourrait être en rapport avec un phénomène de tolérance (mais si le risque de toxicomanie n'existe pas, pourquoi les auteurs n'augmentent-ils pas les doses ?) ; elle pourrait être due aussi à une non observance du traitement ; non observance dont les causes peuvent être multiples. C'est ainsi que Firestone (1982) par exemple, constate que 20 % de ses patients arrête le traitement à 4 mois et 40 % l'arrêtent au dixième mois » (130). « L'évaluation d'une efficacité à long terme des psychostimulants (...) doit tenir compte de l'observance du traitement (Brown, et coll.1985) ce qui n'a pas été fait le plus souvent au cours des études précitées » (130). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 171-173]

« L'efficacité des psychostimulants est indéniable à court terme, certes plus discutables à long terme » (143) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 217]

« Il n'est plus recommandé d'augmenter la dose selon le poids, mais l'efficacité réelle du médicament et le type de TDA/H, sans dépasser les seuils reconnus. En vieillissant, le métabolisme ralentit et les doses n'ont plus besoin de croître ». [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention/ Hyperactivité/ Opposition. [119 – 121]]

« Chaque dose de stimulant a un effet à court terme avec très peu d'effets secondaires à long terme. Une tolérance à long terme est rare puisque l'augmentation du dosage n'est pas nécessaire pour maintenir les bénéfices cliniques. (Commentaires Elaine : Hummm....Pourquoi ai-je dû augmenter le dosage, comme beaucoup de parents, dans ce cas là??). » [Site Elaine. Quelques extraits. The Lancet. 7 fév.98. J.M. Swanson, J.A. Sergeant, E. Taylor, E.J.S. Sonuga-Barke, P.S. Jensen et D.P. Cantwell. "Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder". 18]

« Une récente étude démontre que l'efficacité des effets (positifs) cliniques persistent si le traitement aux stimulants est maintenu pendant un an et plus. J'ai lu un autre résumé d'article qui corroborait ce fait ». [Site Elaine. Quelques extraits. The Lancet. 7 fév.98. J.M. Swanson, J.A. Sergeant, E. Taylor, E.J.S. Sonuga-Barke, P.S. Jensen et D.P. Cantwell. "Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder". 20]

« Un des mythes entourant l'usage du Ritalin veut que l'on cesse la médication dès l'adolescence. Les études démontrent pourtant que 80% des adolescents ayant eu recours au Ritalin étant jeunes continuent d'en avoir besoin à l'adolescence. » [Elaine, Présentation. Site Canadien sur l'hyperactivité (guide pour parents). Copyright 1996-1998 Elaine Lemire. Tout droits réservés. Mise en réseau du site le 17.10.1996. (Tous les pourcentages cités sont tirés du livre du Dr Guy falardeau, Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider, Montréal, Le jour éditeur, 1992.) [209]]

« La prise d'amphétamine s'accompagne généralement d'une perte de l'appétit, d'où l'usage dans les traitements contre l'obésité. La prise prolongée d'amphétamines peut avoir des effets secondaires (insomnie, irritabilité, accélération des battements cardiaques, pression sanguine, " tremulousness " tremblement ?). C'est pourquoi cette substance ne devrait pas être prise au-delà de 4 à 6 semaines (cf. traitement contre l'obésité). » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York.: 25 - 26]

« D'ailleurs certaines études montrent qu'au terme du traitement (amphétamines), la perte de poids n'est pas maintenue. On peut donc conclure à un manque d'efficacité dans le long terme, d'autant qu'il faut considérer l'effet de dépendance qui peut s'installer ». [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York.: 28]

« L'action (MPH) au delà d'un an semble beaucoup moins flagrante, comme si l'effet s'épuisait, ce qui repose la question d'une prise en charge plus globale de l'enfant et de sa famille avec essais d'analyse et de compréhension psychopathologique des troubles » (548). [Epelbaum C., " Place des psychotropes en psychiatrie infantile " in Ferrari P. & Epelbaum C., La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1993. 536-552. [35]]

« En outre, comme le médicament ne soigne pas le syndrome, le traitement doit se poursuivre. Toute la vie? "En tout cas pendant un ou deux ans", répond Caroline Menache, neuropédiatre aux Hôpitaux universitaires de Genève, qui remarque que les symptômes d'hyperactivité motrice et d'impulsivité disparaissent souvent à l'adolescence ». [Hebdo. 6 sept. 2001. Sonia Arnal et Elisabeth Gordon. " Au secours ! mon enfant est hyperactif ". Phénomène de mode ou réelle maladie? Notre test.Traitement: la Ritaline soigne mais suscite la polémique. [75]]

« Il n'empêche que même les chauds partisans de ce psychostimulant, comme le sont les experts réunis récemment par l'Institut national de la santé, soulèvent "au moins cinq questions importantes" qui n'ont pas reçu de réponse. Elles portent notamment sur l'efficacité du médicament sur l'inattention, sur son effet à long terme et sur l'intérêt qu'il y a - ou non - de lui associer un traitement psychothérapeutique. » [Hebdo. 6 sept. 2001. Sonia Arnal et Elisabeth Gordon. " Au secours ! mon

enfant est hyperactif ". Phénomène de mode ou réelle maladie? Notre test.Traitement: la Ritaline soigne mais suscite la polémique. [83]]

« Donna Tsukano en sait quelque chose. Cette grande fille aux cheveux bouclés tient, avec son mari japonais, un restaurant dans une petite ville du Wisconsin. Leur fils de 10 ans, Kasey, "brillant à l'école, mais intenable", est soigné depuis cinq ans aux amphétamines. » [L'Express du 27/10/1994. par Gilbert Charles " Etats-Unis: des enfants sous amphétamines ". 43]

« Un certain nombre de controverses a également soulevé par le traitement médicamenteux de cette affection par des substances " stimulantes " prescrites à de jeunes enfants généralement pour une durée de plusieurs années. » [Médecine & Hygiène, 20 octobre 1999. C. C. Menache, D. K. Urion et Ch. A. Haenggeli « Hyperactivité avec déficit de l'attention : point de vue du neuropédiatre » [13]]

« La durée du traitement est également variable. Afin de s'assurer de la nécessité de poursuivre le traitement, on peut essayer de stopper le médicament après un an, de préférence en milieu d'année scolaire (afin de diminuer les risques de subjectivité dans l'évaluation de cet essai). Certains patients seront traités plusieurs années et même à l'âge adulte. Aucun effet secondaire à long terme n'a été décrit à ce jour, de même qu'aucun risque de dépendance aux médicaments stimulants n'a été démontré même après plusieurs années de traitement. » [Médecine & Hygiène, 20 octobre 1999. C. C. Menache, D. K. Urion et Ch. A. Haenggeli « Hyperactivité avec déficit de l'attention : point de vue du neuropédiatre » [165]]

« Certaines données indiquent que les sympathomimétiques seraient efficaces dans le traitement de ces adultes, en particulier les amphétamines (5 à 60 mg/j) et le méthylphénidate (5 à 60 mg/j), que l'on peut être amené à prescrire indéfiniment » (p.355) « L'expérience clinique montre que ces médicaments sont sûrs et bien tolérés pendant des années par la plupart des patients » (p.355). [Kaplan H.I. & Sadock B.J. Médicaments en psychiatrie. Guide de poche. Trad. et adapt. Franç. B. Granger. Masson, 1998 (extrait traduit, modifié et adapté à partir du chap. 8 " Biological therapies " in Synopsis of Psychiatry, 8e édition). [55 – 56]]

« Some children who used medicines like methylphenidate for a long time grew more slowly than expected. It is not known whether long-term use of methylphenidate causes slowed growth. » [Site medlineplus. National Institut Health. Gov. (U.S.). Mis à jour août 2000.<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/methylphenidatesystemic202361.htm> [50]]

« With long-term use or at high doses. Changes in mood; confusion; delusions (false beliefs); depersonalization (feeling that self or surroundings are not real); hallucinations (seeing, hearing, or feeling things that are not there); weight loss » [Site medlineplus. National Institut Health. Gov. (U.S.). Mis à jour août 2000.<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/methylphenidatesystemic202361.htm> [157]]

« Une réévaluation périodique au cours de fenêtres thérapeutiques est donc indispensable afin d'apprécier la nécessité de la poursuite du traitement. C'est l'intérêt principal d'interrompre celui-ci pendant l'ensemble ou une partie des vacances d'été. La Ritaline(r) doit souvent être poursuivie plusieurs années consécutives, et on observe actuellement aux Etats-Unis une tendance à l'allongement global de la durée de la prescription ». [Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-71. REVUE : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France. [88 – 89]]

« De plus, les études menées sur la Ritaline(r) jettent un éclairage encore insuffisant sur l'efficacité à long terme du produit, qui reste mal connue. En effet, les obstacles méthodologiques pèsent lourd dans les enquêtes au long cours et les études contrôlées, au-delà de trois mois, sont exceptionnelles ». [Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-71. REVUE : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France. [106]]

« Cependant, quatre études contrôlées récentes incluant la Ritaline® ayant duré plus d'un an, parviennent à démontrer la persistance des effets positifs sur ce moyen terme [5, 11], ce qui confirme l'opinion de nombreux cliniciens sur l'utilité de l'utilisation prolongée du traitement. » [Médecine

thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-71. REVUE : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France. [110]]

« L'observance d'un traitement au long cours est soumise aux mêmes aléas dans le cas de la Ritaline(r) que pour bien d'autres traitements ». [Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-71. REVUE : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France. [114]]

« ADHD is a serious diagnosis that may require long-term treatment with counseling and medication. So it's important that a doctor first look for and treat any other causes for these behaviors ». [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " [137]]

« For lasting improvement, numerous clinicians recommend that medications should be used along with treatments that aid in these other areas. There are no quick cures. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " [363]]

« Myth: Medication should be stopped when the child reaches adolescence. Fact: Not so! About 80 percent of those who needed medication as children still need it as teenagers. Fifty percent need medication as adults ». [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " [417]]

« Dr. Peter S. Jensen, a child psychiatrist at Columbia and a senior adviser to the N.I.H. who directed the project, said the results were "the first real information on comparative treatments over the long term. » [The New York Times. December 15, 1999. " Study Backs a Drug for Hyperactive Children " [21]]

« Alors que la Ritaline est hautement efficace dans 70 à 90 % des cas, de plus en plus de questions se posent quant à son utilisation à long terme et les abus occasionnels en découlant, ses effets secondaires ainsi que les effets négatifs possibles et encore inconnus sur les enfants qui en prennent depuis plusieurs années ». [The New York Times. November 2 1999, Tuesday. Par J.E. Brody. " Diet Change May Avert Need for Ritalin ". [23]]

« Conclusion: Les auteurs préconisent de commencer le traitement le plus tôt possible et certainement avant l'âge de 6 ans. Ils attirent aussi l'attention sur les bons effets à long terme décrits par C. Gilberg et al.(Suédois) : « Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder ». *Archives of general psychiatry* 1997;54: 857-864. » [Hypsos. Quoi de neuf ? (site. modifié le 21/10/00) [242 – 243]]

« A completely adequate prospective study of the long-term effects of treatment with stimulant medication is difficult to carry out because fully informed random assignment to either long-term medicated or unmedicated groups is ethically and pragmatically impossible. » [NIH (National Institut Health). Jan Loney, consensus, November 1998. " Risk of Treatment Versus Nontreatment " [14]]

« Because of nonsystematic assignment to physicians with different treatment preferences, 182 of these boys (Caucasian boys) received a trial of stimulant medication, and 37 were unmedicated (their parents and teachers were given short-term, behaviorally oriented counseling). A few of the medicated boys (8 percent) discontinued medication within the first month, but 84 percent continued to take medication for at least a year (average duration of treatment, 36 months). The average daily maintenance dosage was 32 mg of methylphenidate. At young adult followup, a Medication Attitude Interview and Questionnaire were administered ». [NIH (National Institut Health). Jan Loney, consensus, November 1998. " Risk of Treatment Versus Nontreatment " [38]]

« Although the short-term effectiveness of treatment with CNS stimulant medication is undeniable (étude sur les liens entre médication et future toxicomanie), it is important to note that few other studies have produced convincing evidence for long-term positive effects of childhood medication. » [NIH (National Institut Health). Jan Loney, consensus, November 1998. " Risk of Treatment Versus Nontreatment " [85]]

« It is therefore important that additional ethically designed longitudinal studies of matched (adéquat) treated and untreated samples be attempted ». [NIH (National Institut Health). Jan Loney, consensus, November 1998. " Risk of Treatment Versus Nontreatment " [88]]

« On average, the children treated at baseline were medicated for 4.4 ± 2.7 years of treatment, and none of the nonmedicated subjects with ADHD were treated during our follow-up period. » [PEDIATRICS Vol. 104 No. 2 August 1999, p. e20 ." Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder " Biederman J., Wilens T., Mick E., Spencer T., Faraone S.V. [72]]

« Certains enfants auront à prendre le médicament deux fois par jour, les jours d'école, certains également le week-end et les vacances, et ceci sur plusieurs années. Il est donc essentiel qu'une telle décision soit justifiée ». [Secr. du Grand Conseil. Rapport de la Commission des pétitions chargée d'étudier la pétition (1332) concernant l'interdiction de prescription de psychotropes à des enfants de moins de 16 ans. Date de dépôt: 23 avril 2001. Rapporteuse: Mme Mireille Gossauer-Zurcher [130]]

« Long-term effects of Methylphenidate HCl in children have not been well established. » [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. [116]]

« Careful supervision is required during drug withdrawal since severe depression as well as the effects of chronic overactivity can be unmasked. Long-term follow-up may be required because of the patient's basic personality disturbances. » [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate.[140]]

« Drug treatment should not and need not be indefinite and usually may be discontinued after puberty. » [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate.[180]]

« Suivant une bonne logique le traitement doit être maintenu tant que l'état de l'enfant le nécessite. Compte tenu de la recommandation fréquente de suspendre le traitement pendant les vacances scolaires, le clinicien doit évaluer l'état de l'enfant à chaque retour des vacances et réévaluer si le traitement est toujours indiqué » (489). [M.F. Le Heuzey, M.Dugas, " Troubles du comportement " (ds chap. Neuropsychiatrie) & M Bouvard, M. Dugas " Troubles anxieux " in E. Aubert, Y. Aujard, G. Lenoir. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences. 1992. Pp.487-495 [68]]

« Des suivis démontrent que l'efficacité de ces médicaments persiste pendant au moins deux ans et peut-être même davantage ». (1279). [Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique.2e ed.Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. [129]]

Sous-titre : « Des effets mis en évidence à court terme, mais pas à long terme ; une durée de traitement imprécise ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate". [54]]

« Effets à court terme. L'essentiel du dossier d'évaluation clinique est consacré à l'étude des effets à court terme du méthylphénidate sur les comportements des enfants atteints d'hyperactivité avec déficit de l'attention. Dans les conditions artificielles des laboratoires de pharmacologie clinique, plusieurs essais cliniques versus placebo montrent une amélioration du comportement de l'enfant sous méthylphénidate... » (idem avec un essai clinique réalisé dans des conditions de classes expérimentales). [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate". [58]]

« Aucune étude clinique ne permet de conclure quant à la durée optimale du traitement ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate". [70]]

« Effets à long terme ? Le rapport de synthèse des laboratoires Ciba-Geigy indique que l'efficacité à long terme d'un traitement par méthylphénidate durant l'enfance est encore mal connue. Il n'est pas démontré par les suivis au long cours de patients traités par méthylphénidate durant l'enfance, que ce traitement permette une insertion sociale équivalente à celle de témoins provenant de la population

générale. » [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate". [72]]

« En l'absence d'études, la durée optimale de traitement n'est pas établie. Ainsi que le recommande le résumé officiel des caractéristiques de Ritaline, des tentatives d'arrêts de traitement lors des vacances scolaires et des week-ends doivent être effectuées. Aucune précaution de décroissance progressive de la posologie ne paraît nécessaire, la survenue d'un syndrome de sevrage paraissant exceptionnelle ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate". [106]]

« Compte tenu de la difficulté du diagnostic de syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention, des incertitudes sur la persistance à long terme des effets du méthylphénidate, des effets indésirables potentiels, le méthylphénidate ne doit être prescrit qu'avec la plus grande prudence ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate". [112]]

« En définitive, le méthylphénidate ne paraît utile que pour des enfants au comportement très perturbé et résistant aux autres mesures, la durée de traitement devant rester la plus courte possible ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate". [119]]

« En choisissant parmi une liste de catégories, plus des trois quarts de tous les médecins ont dit que les patients souffrant de THADA ont tendance à continuer de prendre du MPH pendant une période moyenne de un à cinq ans. » [Enquête sur le THADA .Santé Canada. Usage du MPH. 20.08.1999. " Enquête sur le THADA, Diagnostic et traitement au MPH chez les médecins canadiens ". [65]]

« certains parents refusent d'essayer les médicaments pour traiter les problèmes de leur enfant, et ce même lorsque ce traitement s'impose (4 % de tous les répondants) » [Enquête sur le THADA .Santé Canada. Usage du MPH. 20.08.1999. " Enquête sur le THADA, Diagnostic et traitement au MPH chez les médecins canadiens ". [346]]

« Comme le démontre le graphique 26, plus des trois quarts de tous les répondants qui ont eu des patients souffrant du THADA ont choisi la catégorie " de un à cinq ans " pour indiquer la période moyenne de temps au cours de laquelle les patients souffrant du THADA prennent le MPH. » [Enquête sur le THADA .Santé Canada. Usage du MPH. 20.08.1999. " Enquête sur le THADA, Diagnostic et traitement au MPH chez les médecins canadiens ". [524]]

« Une analyse des réponses au sondage a révélé que les médecins semblent être très peu préoccupés à l'égard du MPH, concernant : ses effets à long terme, ses effets secondaires, sa perte graduelle d'efficacité, ainsi que la mauvaise publicité ou la possibilité de poursuites judiciaires ». [Enquête sur le THADA .Santé Canada. Usage du MPH. 20.08.1999. " Enquête sur le THADA, Diagnostic et traitement au MPH chez les médecins canadiens ". [620]]

« Or, pour être vraiment efficace, le traitement médicamenteux doit s'accompagner d'une bonne information sur la problématique. Cette meilleure information favorise une meilleure acceptation du traitement par l'enfant; ceux-ci en prennent donc plus longtemps. » [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992.[104]]

« "À long terme, on ne sait pas très bien ce que ça peut nous donner" affirme le pédiatre que vous interrogez. On peut toujours faire une telle affirmation vague car à long terme, on ne sait jamais rien avec certitude. Ça laisse cependant entendre qu'il s'agit d'un nouveau traitement alors que le méthylphénidate est utilisé depuis plus de 30 ans pour traiter les hyperactifs. Et aucun effet négatif à long terme n'a été noté jusqu'à présent. De plus, il s'agit d'un médicament à très courte durée d'action; le risque de dommages imprévisibles est donc d'autant diminué ». [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992.[154]]

« Ce schéma thérapeutique ne dépasse guère 2 ans pour éviter les répercussions sur la croissance staturale-pondérale (ralentissement) qui peuvent être observées au delà tout en sachant que celles-ci sont réversibles à l'arrêt du traitement. » [Site Prosom. Été 2000. Dr P. Fournier. Service de

Psychopathologie Infanto-juvénile. Hôpital neurologique-Lyon. Ass. Nat. de PROMotion des connaissances sur le SOMmeil. <http://sommeil.univ-lyon1.fr/PROSOM/lettres/lettre4.html> [87]]

« Comme les effets secondaires sont rares, il n'existe aucune raison logique de priver les enfants et leurs parents des bienfaits de la valorisation et de la dynamique familiale que procure l'administration quotidienne de méthylphénidate, s'il est indiquée, cette thérapie médicamenteuse devant se poursuivre aussi longtemps que ses effets favorables sont manifestes ». [Société canadienne de pédiatrie (SCP). 1990. " Le méthylphénidate dans l'hyperactivité avec déficit de l'attention " [32]]

« Il peut être nécessaire de continuer le traitement psychopharmacologique indéfiniment. En raison de l'abus potentiel des médicaments, les cliniciens doivent surveiller l'observance du traitement et la réponse aux traitements ». [Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis de psychiatrie. Science du comportement, psychiatrie clinique. (trad.française coordonnée par P.Louville). Ed. Pradel, Paris, 1998. (trad. De la 8e édition de Synopsis of Psychiatry, Baltimore, 1998).[182]]

« Le médecin (Éliane Hofer Humair du SMP) met aussi en garde contre les effets secondaires de la Ritaline et l'absence d'études fiables sur la durée des traitements. » [Tribune de Genève du 10 novembre 1998. Roland Godel. " Enfants hyperactifs: des parents engagent une douloureuse polémique " [47]]

« Toutefois, des interrogations demeurent concernant l'efficacité à long terme, la réalité d'un phénomène d'échappement ainsi qu'un risque de toxicomanie induite à l'adolescence. » [Universalis. 2000. RITALINE. 22]

Etre soi-même comme les autres

« Ces médicaments ne guérissent pas l'hyperactivité, ils ne font que permettre à l'enfant de mieux contrôler ses/ces symptômes. Le Ritalin a eu longtemps mauvaise presse et, encore aujourd'hui, certaines personnes croient que l'enfant est, en quelque sorte, "drogué", ce qui n'est pas le cas. Lorsque Maxim prend son Ritalin, il devient plus conscient de lui-même et des autres, est plus réceptif, pose plus de questions (son désir d'apprendre est accru). Son travail, ses réalisations sont de bien meilleure qualité car son attention est renforcée. Je voudrais aussi souligner que le Ritalin ne rend pas l'enfant intelligent, ne lui donne pas des aptitudes qu'il ne possède pas déjà. Le Ritalin, en permettant à l'enfant de baisser son niveau d'agitation et d'augmenter sa concentration, ne fait que mettre en valeur les talents et l'intelligence inné à l'enfant. » [Présentation. Site Canadien sur l'hyperactivité (guide pour parents). Copyright 1996-1998 Elaine Lemire. Tout droits réservés. Mise en réseau du site le 17.10.1996. (Tous les pourcentages cités sont tirés du livre du Dr Guy falardeau, Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider, Montréal, Le jour éditeur, 1992.) 167 - 169]

« L'intervention thérapeutique (...) a comme "objectif terminal", "l'accession à l'autonomie". » (p.108). [CORRAZE J. & ALBARET J.M., L'enfant agité et distrait, Expansion scientifique française : Paris, 1996. 341]

« Ce médicament ne guérit pas l'hyperactivité, il ne fait que permettre à l'enfant de mieux contrôler ses symptômes ». [Dr.C. Forbin. Site. (fortinmd.qc.ca/ritalin). " Véritable épidémie:l'hyperactivité chez l'enfant ? ". Québec, dim. 6 sept. 1998 28]

« Tout ce processus (favorisé par le médicament) permettra de réduire agressivité et impulsivité, en augmentant le seuil de frustration, par un meilleur sens de l'organisation des horaires et des espaces (ordre et territoire). » [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention/ Hyperactivité/ Opposition. 62]+ [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 34]

« L'on pourrait affirmer qu'il permet à la vraie personne d'exprimer son potentiel qui autrement s'éparpille dans mille directions, sans pouvoir en choisir aucune, ni profiter de ses talents en dormance. » [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention/ Hyperactivité/ Opposition. 62]

Ex : " mon fils de 3 ans prend de la Ritaline. Cela a grandement amélioré son existence et cela lui permet de se sentir comme les autres. Sans la Ritaline, il est souvent violent et incontrôlable " écrit une mère. » [Femina.23.04.00 : 26]

« Marc a pris sa première dose le jour de ses cinq ans. Une heure après, "c'était un autre enfant, dit sa mère. Son visage s'est détendu et pour la première fois, il nous a regardé dans les yeux." Aujourd'hui, Marc suit l'école presque comme n'importe quel gosse. » [Fémina, 25 avril 1999. S. Pittet. " Les enfants terribles ".25]

« The symptoms and related impact on self-esteem are amenable to comprehensive treatment which includes medication, adjustments in school programs, helping parents, set reasonable expectations, an ongoing follow-up. » [The Harvard Guide of Psychiatry. Ed. A.M. Nicholi (3e ed.) Belknap Press of Harvard University Press. London, 1999 (1988). Chap. 27. " The Child " by M.S. Jellinek, D.B. Herzog 43]

« Il faut savoir que la médication pour le TDAH, ce n'est pas la panacée universelle. Ces enfants ne sont pas beaucoup moins actifs qu'auparavant; mais leur activité est plus coordonnée, plus cohérente, et rend leur "surplus d'énergie" un peu plus acceptable ». [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 74]

« Les médicaments ne sont pas des "pilules de rendement"; ils améliorent les facultés de l'enfant, lui donnent la possibilité de se concentrer sur sa tâche et le mettent dans une situation où il pourra utiliser ses capacités de façon plus efficace. » [Sélection du Reader's Digest, déc. 1998, par Ladislaus Kuthy ." TIENS-TOI TRANQUILLE! " 62]

« L'influence de la Ritaline permet à de nombreux enfants d'être plus calmes et de fonctionner normalement. Leur intensité émotionnelle est diminuée, leur concentration et leur équilibre sont renforcés, ce qui favorise la réussite scolaire. En famille, cela permet de vivre des moments privilégiés et d'apprécier des instants de calme, par exemple à l'heure du coucher. Les personnes de l'entourage peuvent constater (comme vous l'avez toujours dit !) que l'enfant est intelligent, amusant, même doué dans certains domaines. Ainsi la Ritaline donne une base solide d'attention pour que l'enfant puisse se tenir en classe, faire ses devoirs, être sage chez grand-maman le jour de la fête familiale ». [Site Concepts femme. " Mon enfant est hyperactif ". Tom Bloomer, président de l'ASPEDAH [59 – 60]]

« Le Ritalin ne donne pas de résultats. Vous l'arrêtez cinq ans plus tard et l'enfant est exactement comme avant." Tout dépend ce qu'on appelle un résultat. C'est vrai que le médicament ne transforme pas le cerveau. Heureusement d'ailleurs. Mais quand je constate à quel point certains enfants ont repris confiance en eux, je considère cela comme un résultat. Quand je vois les succès scolaires répétés remplacer les échecs, j'appelle ça un résultat. Et probablement le plus grand résultat étant que la situation cesse de se détériorer. [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : "Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider", Montréal, le jour éditeur, 1992.[165]]

« They feel tremendous worry, tension, or uneasiness, even when there's nothing to fear. Because the feelings are scarier, stronger, and more frequent than normal fears, they can affect the child's thinking and behavior. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " [157]]

« All people with ADHD have natural talents and abilities that they can draw on to create fine lives and careers for themselves. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " [517]]

Enjeux moraux : attribution de responsabilité

« Il est hors de question pour moi de traiter un enfant pour aider une " société ". Par contre, je ne vois pas d'ambiguïté à traiter l'hyperactivité d'un enfant en fonction notamment d'une difficulté de tolérance familiale. Plus calme, cet enfant-là est souvent mieux accepté et mieux aimé. » [A.N.A.E. 1996. P. Messerschmitt. (Praticien hospitalier plein temps, Psychiatre des hôpitaux, Médecin-directeur de l'Unité de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Trousseau.) 43]

Un paragraphe est consacré à l'accompagnement de l'enfant dans la prise de sa médication : " il ne faut surtout jamais lui faire passer le message que ses succès découlent du Ritalin, et non pas du fruit de ses efforts à lui" [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. 244]

« When a child's schoolwork and behavior improve soon after starting medication, the child, parents, and teachers tend to applaud the drug for causing the sudden change. But these changes are actually the child's own strengths and natural abilities coming out from behind a cloud. Giving credit to the medication can make the child feel incompetent. The medication only makes these changes possible. The child must supply the effort and ability. To help children feel good about themselves, parents and teachers need to praise the child, not the drug ». [Site NIMH (National Institute of Mental Health). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)"404]

« Le méthylphénidate ne calme pas les enfants. Il leur offre cependant la capacité de se calmer. Le méthylphénidate ne contrôle pas les enfants. Il leur donne cependant la capacité de mieux se contrôler. Ce n'est pas le professeur ou le parent qui a le contrôle, ce n'est pas le médicament qui a le contrôle, c'est l'enfant ». [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992.160 - 161]

« Douglas et ses collaborateurs ont observé des améliorations à court terme dans la production et la précision du travail scolaire, de même que dans l'apprentissage, et leurs résultats suggèrent que le traitement favorise la prise en charge par l'enfant lui-même de la correction de son comportements » (5). [Société canadienne de pédiatrie (SCP). 1990. " Le méthylphénidate dans l'hyperactivité avec déficit de l'attention ". 15]

« This approach assumes that kids can control their behavior, a principle that is undermined by the belief that they are suffering from a disease ». [Témoignage critique, John McGinnis (mari d'une enseignante) 26. 33 - 35]

« On a pu croire que les attitudes et comportements des mères étaient originellement la source du trouble. Deux faits permettent de récuser cette interprétation de la causalité. Les adultes responsables de l'enfant, ou en contact fréquent avec lui ne tardent pas à manifester les mêmes comportements. D'autre part on a vérifié que lorsque les enfants étaient sous traitement, les relations, en particulier avec la mère, se normalisaient mais cela est également vrai pour les maîtres et pour les pairs » (p.103) [Corraze J. & Albaret J.M., L'enfant agité et distrait, Expansion scientifique française : Paris, 1996. 315]

« D'autres études ont en effet observé que lorsque les symptômes de l'enfant étaient atténués grâce au Ritalin, ces mêmes parents avaient des attitudes qui se comparaient à celle des parents d'enfants normaux. De plus, il a été démontré qu'avec d'autres adultes (...) cet enfant suscitait exactement le même genre de réactions : tous les adultes impliqués avec lui deviennent plus directifs et/ou plus négatifs » (p.118). « Le fait que le parent réagisse différemment quand l'enfant est plus calme sous l'effet du Ritaline (...idem les autres adultes) suggèrent que ces enfants n'ont pas de tels comportements parce qu'ils ont été "élevés" par des parents qui étaient trop tolérants ou trop rigides, mais ils sous-entendent plutôt que ce sont les comportements de ces enfants qui ont suscité chez leurs parents des réactions négatives » (p.119) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992 [188]]

« Le Dr Marchand prescrit rarement de la Ritaline(r). S'il le fait, c'est surtout pour combattre les effets du trouble du comportement, principalement par souci de l'identité familiale dans notre société. Car à ce moment l'hyperactivité est souvent considérée comme un handicap profond par les parents qui s'occupent de l'enfant comme d'un malade. On peut alors être dans un schéma où l'on pardonne tout à l'enfant hyperactif et où on ne laisse rien passer chez les frères et soeurs. » [AVTES. Romandie. Christophe Bornand pour la commission presse. " Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants ". 113]

De la possibilité à la nécessité et au besoin

Conclusion : médication efficace : « " ça va mieux " nous disent les parents et les enseignants, ou encore : " Il en a vraiment besoin ". » (p.135) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. 223]

« De plus, j'ai été souvent surpris de voir des enfants s'en tirer sans médication, alors que j'étais convaincu que tout allait s'effondrer s'ils n'en prenaient pas » (p.142) [BougeTrop.Desjardins : 255]

« Effets: Le Ritalin est l'un des meilleurs et des sûrs médicaments pour traiter l'hyperactivité. Il améliore spécifiquement la concentration, la mémoire, le contrôle de la frustration et de la colère. (J'aime mieux pas voir mon fils sans Ritalin!) » [Traitements par les médicaments .Site Elaine (Base. Art. du Dr.Mandelkorn, "Thoughts On The Medical Treatment of ADD/ADHD: A Physicians Perspective") 23]

« Unfortunately, when people see such immediate improvement, they often think medication is all that's needed. But these medicines don't cure the disorder, they only temporarily control the symptoms ». [Site NIMH (National Institute of Mental Health). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)" 360]

« Bien qu'on ne sache pas encore guérir le syndrome, cette prise en charge permet de le rendre vivable et d'en éviter les suites désastreuses. » [L'illustré Santé No 25. (19 janv. 2000). Par M. Monnier. " Neuropédiatrie : et s'il était hyperactif... " (Haenggeli interrogé) 55]

« B. P. a connu 4 enfants sous Ritaline(r). Elle a pu constater un effet quasi miraculeux auprès d'un enfant, sur une durée d'une année. Il faut noter que la famille a également beaucoup évolué dans ce laps de temps. Sinon, pour les autres enfants, elle n'a pas remarqué de grands changements si ce n'est un temps de récupération plus rapide après des crises. Toutefois, lorsque des enfants oublient leur médication, cela se remarque chez les professionnels. Elle devient alors nécessaire ». [AVTES. Romandie. Christophe Bornand pour la commission presse. " Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants ": 98]

Les parents sont soulagés. "On ne sait trop jusqu'à quel point le Ritalin est responsable, mais il semble qu'il lui a donné l'occasion de vivre de petites réussites qui devenaient essentielles pour lui (...) ça se poursuit si bien qu'on décide d'annuler la visite chez le médecin spécialiste" (p.35) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. 47]

« Un traitement médicamenteux est souvent nécessaire » [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 13]

« Comme les effets secondaires sont rares, il n'existe aucune raison logique de priver les enfants et leurs parents des bienfaits de la valorisation et de la dynamique familiale que procure l'administration quotidienne de méthylphénidate, si elle est indiquée, cette thérapie médicamenteuse devant se poursuivre aussi longtemps que ses effets favorables sont manifestes ». [Société canadienne de pédiatrie (SCP). 1990. " Le méthylphénidate dans l'hyperactivité avec déficit de l'attention " [31 – 32]]

J »'ai l'impression que vous pensez que tous les enfants qui ont de la difficulté à l'école prennent du Ritalin. Ce serait épouvantable, On ne prescrit le Ritalin qu'à ceux qui en ont besoin. » [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992. [301]

L'enfance performante

« Lorsque les parents suggèrent de laisser l'enfant vivre avec sa différence plutôt que de lui offrir une béquille pharmacologique, "j'explique alors que l'enfant est en développement, et qu'à l'âge de ses nombreux apprentissages, il faut absolument que son potentiel soit maximisé ; à cette période de sa vie où il est en train de découvrir ses forces, ses limites et sa personnalité, il faut aussi pouvoir mettre toutes les chances de son côté. Et je me dis qu'à ce stade important de sa vie, si la médication peut faire la différence entre le succès et l'échec, alors pourquoi pas ? En temps opportun, il pourra toujours décider lui-même de continuer de prendre la médication. » (p.150) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. 311]

« Le médicament paraît améliorer, avant tout, le temps de réflexion qui manque autant dans le déficit de l'attention, l'hyperactivité que dans le trouble d'opposition ou de conduite, et conduit l'enfant de la pensée prélogique, magique à un mode de pensée plus logique et réaliste, en faisant intervenir la réflexion, le temps, qui sépare les choses les unes des autres, anticipe l'avenir, permet l'organisation

de l'activité en plusieurs étapes. » [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention/Hyperactivité/Opposition. 62] + [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 31]

« Il favorise alors le sens et le jugement de réalité par le passage, en particulier, de l'égoïsme, très caractéristique de l'intelligence prélogique à l'altruisme de la pensée (prendre en compte l'opinion des autres), et aussi au raisonnement réversible de causalité, qui permet d'évaluer ses actes ». [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention /Hyperactivité/ Opposition.] + [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 33]

« Le TDA fait disparaître la notion de temps, et affecte essentiellement le sens de l'organisation. Il empêche d'anticiper les obstacles, et augmente ainsi l'anxiété de séparation, l'intolérance à la frustration et l'impulsivité. La capacité de socialisation tombe au plus bas, étant fondée sur les compromis entre pair(e)s. Pourquoi favoriser l'échec, en dehors du temps scolaire? La maturation se vit également ailleurs » [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention /Hyperactivité/ Opposition: 111 - 112]

« De nombreuses études sur les effets du MPH montrent que le médicament aide la résolution de tâches qui suppose un degré élevé d'attention soutenue ou un effort, (composant de la self-regulation). Il permet de "réduire la détérioration des performances de l'enfant ADHD " (trad. littérale), il compense (" countered " ?) la perte de motivation " that otherwise occurred over successive test days ", il augmente la persistance des enfants dans un travail, il diminue les erreurs effectuées dans les tests, accroît les performances cognitives. " This suggest that the medication increases the children's ability to allocate additional effort and care when they are uncertain about their performance » (p.90). Tous ces effets positifs semblent étroitement corrélés avec le bon dosage. [T. Bergman, V.I. Douglas, R.G. Barr. " Effects of Methylphenidate on Complex Cognitive Processing in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Abnormal Psychology. Fév.1999. Vol.108, N.1. pp.90-105. (chercheurs à Montreal, Québec). 20]

« L'hypothèse étant qu'une dose plus élevée de MPH devrait avoir un effet particulier dans la capacité des garçons à allouer l'effort nécessaire et la persistance (persevéance ?) pour augmenter leur performance ». [T. Bergman, V.I. Douglas, R.G. Barr. " Effects of Methylphenidate on Complex Cognitive Processing in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Abnormal Psychology. Fév.1999. Vol.108, N.1. pp.90-105. (chercheurs à Montreal, Québec). 24]

« Although the drugs help people pay better attention and complete their work, they can't increase knowledge or improve academic skills. The drugs alone can't help people feel better about themselves or cope with problems. These require other kinds of treatment and support. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)" 361]

On estime que le traitement chimique a des effets favorables (amélioration) pour plus de 3/4 des enfants traités (84 % avec la Ritalin, selon certaines études). "Les enfants qui reçoivent ces drogues manifestent une série d'effets jugés positifs dans de larges secteurs de leur comportement". (p.110) [Corraze J. & Albaret J.M., L'enfant agité et distrait, Expansion scientifique française : Paris, 1996. 356]

« La question la plus importante pour l'utilisation de méthylphénidate reste le degré de normalisation de la performance scolaire » (p.1474) [Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis de psychiatrie. Science du comportement, psychiatrie clinique. (trad. française coordonnée par P.Louville). Ed. Pradel, Paris, 1998. (trad. De la 8e édition de Synopsis of Psychiatry, Baltimore, 1998). 146]

De nombreuses études sur les effets du MPH montrent que le médicament aide la résolution de tâches qui supposent un degré élevé d'attention soutenue ou un effort, (composant de la self-regulation). Il permet de "réduire la détérioration des performances de l'enfant ADHD " (trad. littérale), il compense (" countered " ?) la perte de motivation " that otherwise occurred over successive test days", il augmente la persistance des enfants dans un travail, il diminue les erreurs effectuées dans les tests, accroît les performances cognitives. "This suggest that the medication increases the children's ability to allocate additional effort and care when they are uncertain about their performance" (p.90). Tous ces effets positifs semblent étroitement corrélés avec le bon dosage. [[T. Bergman, V.I. Douglas, R.G. Barr. " Effects of Methylphenidate on Complex Cognitive Processing in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Abnormal Psychology. Fév.1999. Vol.108, N.1. pp.90-105. 20]

« Avec deux comprimés par jour, un au petit déjeuner, un à dîner l'élève est capable d'affronter sereinement la scolarité. Avant le Ritalin 3,5 de français et 15 fautes par dictée; après: 5 de français. » [La Liberté du 2 octobre 1998, Jean Ammann. " L'enfant est naturellement actif, mais quand devient-il hyperactif ? " 74]

« La majorité de ces enfants sont intelligents voire supérieurement intelligents, mais ils ont des problèmes d'attention et ne peuvent se canaliser. Ils fuient à cause de l'échec ». [GHI. 27 avril 2000. "Enfants hyperactifs. La cause cachée". 59]]

L'enfance frustrée

« Life can be hard for children with ADHD. They're the ones who are so often in trouble at school, can't finish a game, and lose friends. They may spend agonizing hours each night struggling to keep their mind on their homework, then forget to bring it to school. It's not easy coping with (venir à bout de) these frustrations day after day. Some children release their frustration by acting contrary, starting fights, or destroying property. Some turn the frustration into body ailments, like the child who gets a stomachache each day before school. Others hold their needs and fears inside, so that no one sees how badly they feel. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ". 425]

« On the average, at least one child in every classroom in the United States needs help for the disorder. ADHD often continues into adolescence and adulthood, and can cause a lifetime of frustrated dreams and emotional pain ». [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " [32]]

« She still gets embarrassed thinking about that night her parents took her to a restaurant to celebrate her 10th birthday. She had gotten so distracted by the waitress' bright red hair that her father called her name three times before she remembered to order. Then before she could stop herself, she blurted, "Your hair dye looks awful!" In elementary and junior high school, Lisa was quiet and cooperative but often seemed to be daydreaming. She was smart, yet couldn't improve her grades no matter how hard she tried. Several times, she failed exams. Even though she knew most of the answers, she couldn't keep her mind on the test. Her parents responded to her low grades by taking away privileges and scolding, "You're just lazy. You could get better grades if you only tried." One day, after Lisa had failed yet another exam, the teacher found her sobbing (sanglottant), "What's wrong with me?". » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " [59-62]]

« As a result, like Lisa, they may blurt out inappropriate comments. Or like Mark, they may run into the street without looking. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " [86]]

« Every day Henry faced the real frustration of not being able to concentrate long enough to complete a task. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " [66]]

L'enfance souffrante

« J'ai d'ailleurs une autre idée de reportage pour vous. Vous pourriez vous pencher sur la souffrance des enfants vivant des problèmes émotionnels face aux interminables listes d'attente en pédopsychiatrie. (J'ai vu jusqu'à deux ans d'attente). » [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992. [133-134]

« En terminant, j'aimerais vous parler du fait que le méthylphénidate n'est pas utilisé en France. J'ai été confronté à cette problématique lorsque, mon livre ayant été distribué là-bas, j'ai reçu de nombreuses lettres de parents français qui me racontaient la détresse de leur enfant souffrant d'un déficit d'attention. Ces parents se plaignaient de ne pouvoir avoir accès à la médication; je me suis

vraiment senti démuni. » [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992. 199]

Stigmate du comportement ou de la médication

La prise de médicament renforce la stigmatisation de l'enfant : " il sait très bien que cela fait de lui un enfant différent des autres, alors que lui ne se perçoit pas comme tel " (p.140) [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992 [244]

« As a result, the disorder can mar (gâcher) the person's relationships with others in addition to disrupting their daily life, consuming energy, and diminishing self-esteem. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " [29]]

« L'enfant n'exprime que rarement une demande thérapeutique de lui-même. Le traitement lui est le plus souvent imposé par l'un ou l'autre des intervenants (...) De toute façon le recours à un traitement médicamenteux réactualise la blessure narcissique que la maladie mentale inflige : l'enfant (...) doit faire le deuil d'une certaine toute-puissance et doit se plier aux désavantages qui lui sont imposés (effets secondaires), même s'il se sent soulagé de certains symptômes qui le gênaient » (540). [Epelbaum C. "Place des psychotropes en psychiatrie infantile" 536-552 in Ferrari P. & Epelbaum C., La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1993. [48]

« Si l'impulsivité et les colères noires de Lionel se sont envolées, l'étiquette de "sale gosse" lui collera encore longtemps à la peau. "C'est ainsi que tout le monde le connaît, avoue sa mère. De plus, la Ritaline ne faisant effet que quelques heures, il est arrivé une fois qu'il renouvelle ses frasques lorsque le médicament n'opérait plus". » [Fémina, 25 avril 1999. S. Pittet. " Les enfants terribles " .45]

« Mathieu, 13 ans, m'a d'ailleurs affirmé avec un grand sourire: "J'aime ça quand je prends mon Ritalin, je réussis beaucoup mieux mes mauvais coups. " Pour me rassurer, sa travailleuse sociale a ajouté: "Oui, mais Mathieu en fait beaucoup moins". » [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992.163]

Les effets sont spectaculaires généralement. "Quand on jugera que les comportements du sujet et de son milieu social ont été transformés, on pourra tenter de diminuer la posologie très progressivement" (p.112). [Corraze J. & Albaret J.M., L'enfant agité et distrait, Expansion scientifique française : Paris, 1996. 376]

Sous médication, ils se contrôlent et leur comportement change. Malheureusement, les comportements de leur entourage ne changent pas et ils continuent de vivre de nombreux rejets. Le médicament leur permettant d'être plus attentifs, ils réalisent donc davantage ces rejets et vivent des sentiments négatifs. Il leur est d'autant plus facile d'exprimer ces sentiments le soir lorsque le contrôle s'est atténué. C'est une conséquence rare du traitement qui survient surtout lorsqu'on traite un enfant plus vieux. Il faut voir ce phénomène comme une incitation à traiter le plus tôt possible ». [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992. [192 - 192]]

« Inadequate treatment of pediatric psychiatric disorders may lead to : - Persistent poor self-image; - Poor interpersonal relationships; - Chronic underachievement; - Dropping out of school; - Substance abuse; - Legal problems » [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999.[71]]

« Il faut donc toujours être à l'écoute de ce que l'enfant dit. Mon expérience est que c'est le pré-adolescent qui impose l'arrêt du traitement. Normalement, le garçon de 12 ans qui dit qu'il ne veut plus prendre de médicaments, il en a parlé avec ses copains et ses copains lui ont dit: "non, non, des pilules, tu n'en prends plus", alors il se décide de ne plus en prendre, et les parents suivent. C'est dans cette optique que je propose que si un enfant a un THADA, on le revoit à une fréquence basse, pour justement répéter les entretiens et pour écouter si tout va bien et s'assurer que la prise en charge est adéquate ». [Journée de travail. Neuchâtel, 22 janvier 2000. SSPEA + l'AESMEAF. "Les priorités en pédopsychiatrie à l'heure des choix". Transcription:Dr. R.Traube. Office médico-pédagogique. [43]]

« Le regard des autres enfants peut aussi être lourd. Les copains de classe de mon fils aîné l'ont régulièrement traité de fou et de malade . Résultat il arrive un moment où l'enfant en arrive à se dire lui-même : "je suis fou". » [Wanadoo.Site TRAITEMENTS. " La ritaline " Méthylphénidate chlorhydrate [43]]

« Les enfants parfois acceptent la prise de ritaline mais à condition que ce soit en cachette des autres enfants. » [Wanadoo.Site TRAITEMENTS. " La ritaline " Méthylphénidate chlorhydrate [48]]

« Une stigmatisation du recours aux psychotropes, avec un sentiment de perte d'autonomie pour le patient traité, peut expliquer en partie la non poursuite du traitement à l'adolescence, période durant laquelle le jeune patient ne l'accepte plus facilement (réf. Hyperactivité et RITALINE ® : le pour et le contre, F. Bange, M.-C. Mouren-Siméoni, Médecine thérapeutique/ Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, mai – juin 2000: p. 167–171). » [Bulletin 15 de l'OFSP. 8 avril 2002. 282. pp. 284-290.]

« Attitudes are important because little is known beyond anecdotal and "TV" evidence about how a large group of adults (the most credible informants) actually feel about their childhood treatment with CNS stimulants. More important, theories about the negative effects of medication often suggest that treatment causes later substance abuse by changing children's attitudes toward the use of substances (e.g., "It's OK to use drugs"). The young Iowa men who had been medicated in childhood had generally negative recollections of many aspects of their treatment with stimulant medication-about two-thirds said they disliked taking their medication (62 percent), avoided taking it (67 percent), or considered it a nuisance (68 percent); many (42 percent) reported having been embarrassed about taking medication, and some (28 percent) said they were teased; and between 6 and 18 percent experienced unpleasant initial side effects (e.g., throwing up, stomachaches, headaches). However, most of them described presumably positive effects of medication on their behaviors and feelings (63 percent reported that medication had made them calmer, 59 percent found it easier to concentrate, and 60 percent said that medication made it easier for them to control their temper). » [NIH (National Institut Health). Jan Loney, consensus, November 1998. " Risk of Treatment Versus Nontreatment " 45]

Eviter l'exclusion

« Pour le Dr Haenggeli, il est important de ne pas pénaliser un enfant atteint d'ADHD en le plaçant dans une classe spécialisée. Ceci est d'autant plus important que la majorité des enfants avec ADHD ont une intelligence normale, voire supérieure à la norme, certains des enfants étant même surdoués. Ainsi, un enfant avec un QI de 140 avait été exclu de plusieurs écoles et s'était retrouvé en classe spécialisée. Grâce au traitement médicamenteux, il a pu retourner à l'école publique, où il travaille avec succès. » [Secr. du Grand Conseil. Rapport de la Commission des pétitions chargée d'étudier la pétition (1332) concernant l'interdiction de prescription de psychotropes à des enfants de moins de 16 ans. Date de dépôt: 23 avril 2001. Rapporteuse: Mme Mireille Gossauer-Zurcher [114]]

« Les divers essais ayant étudié l'influence de la prise de méthylphénidate sur les relations d'enfants atteints de troubles d'hyperactivité avec des camarades du même âge ont donné des résultats contradictoires, et il n'est pas formellement démontré que la prise de méthylphénidate permette une meilleure intégration dans un groupe d'enfants ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ".[60]]

Prescription contextualisée

« En pratique, ce traitement sera donné les lundis, mardis, jeudis et vendredis, c'est-à-dire les jours de classe. Il est recommandé de l'interrompre les jours fériés et pendant les vacances scolaires afin d'éviter l'accoutumance et certains effets secondaires ». [Site Coridys. Hopital neurologique de Lyon. O.Revol, D.Gérard, P. Fournieret. H. Descombes, R.de Villard. "L'enfant hyperactif : approche thérapeutique ;place du Méthylphénidate (RITALINE R)". 157]

« Idéalement, les choses devraient être organisées pour que l'enfant puisse déjeuner et prendre sa dose de Ritaline dans les trente ou quarante-cinq minutes qui précèdent l'entrée en classe ». [Le Courrier, 11 fév. 2000. " Des amphétamines pas si horribles que cela " [78]]

« Certains médecins préconisent l'interruption du médicament pendant les week-ends et les vacances. Cette recommandation est valable dans la mesure où le bénéfice thérapeutique attendu est quasi exclusivement d'ordre scolaire ». « En revanche, d'autres médecins considèrent qu'il n'y a pas lieu de priver un enfant et sa famille d'un traitement pareillement efficace sur la qualité des relations interpersonnelles ». « Comme les effets secondaires sont rares, il n'existe aucune raison logique de priver les enfants d'une administration quotidienne de méthylphénidate (recommandation du Comité de la santé mentale de la Société canadienne de pédiatrie, 1990). » [Le Courrier, 11 fév. 2000. " Des amphétamines pas si horribles que cela " 80-82]

« En revanche, d'autres médecins considèrent qu'il n'y a pas lieu de priver un enfant et sa famille d'un traitement pareillement efficace sur la qualité des relations interpersonnelles ». [Le Courrier, 11 fév. 2000. " Des amphétamines pas si horribles que cela " [81]]

« Le caractère inadapté d'une modification du comportement liée à la substance dépend du contexte social et de l'environnement. Le caractère inadapté place, en général, le sujet dans des situations à risque (p. ex accidents, complications médicales générales, rupture dans les relations sociales ou familiales, difficultés professionnelles ou financières, problèmes judiciaires). » (217) [DSM-IV. Troubles liés à (aux) l'amphétamine (s) (F15.1 [305.70]). p.241-249 [39]]

« Children are typically given a holiday off the psychostimulant during summer months when demands upon attention, concentration, and activity levels are usually lessened. Whereas the goal is to give the patient as long a holiday off the medication as possible, it should be at least 2 weeks in duration so the clinician can determine whether the child needs to have the medication reinstated during the next school year. » (321) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999. [161]]

« La prescription doit donc être adaptée aux horaires d'école, et il est primordial que l'enfant atteint du ADHD puisse travailler à l'école aussi bien que les autres. Ce soutien lui permet, entre autres, d'éviter les très nombreuses fautes d'inattention et de ne pas être en permanence distrait. » [Secr. du Grand Conseil. Rapport de la Commission des pétitions chargée d'étudier la pétition (1332) concernant l'interdiction de prescription de psychotropes à des enfants de moins de 16 ans. Date de dépôt: 23 avril 2001. Rapporteuse: Mme Mireille Gossauer-Zurcher [114]]

l'amélioration des relations sociales et du comportement scolaire par les psychotropes "se situe dans des situations où l'on demande un certain comportement de l'enfant et où l'enfant se trouve dans une position de dépendance (...) Le résultat est moins évident dans les relations avec d'autres enfants du même âge" [Revue Prescrire. Sept. 97 /tome 17. N.176, p.618. " Ritaline au Canada ". [20]]

« Le méthylphénidate dont le délai d'action est court est généralement efficace durant les heures d'école, permettant aux enfants atteints de ce trouble de réaliser leur tâche et de rester en classe ». (p.1474) [Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis de psychiatrie. Science du comportement, psychiatrie clinique. (trad. française coordonnée par P.Louville). Ed. Pradel, Paris, 1998. (trad. De la 8e édition de Synopsis of Psychiatry, Baltimore, 1998).[144]]

« Comme l'effet se manifeste dans la demi-heure qui suit la prise, il y a lieu de ne prendre celle-ci que peu de temps avant le début de la classe, pour autant bien sûr que l'enfant ne présente pas d'effets secondaires à court terme qui exigeraient que la prise du médicament se fasse au cours du petit déjeuner ». [Le Courrier, 11 fév. 2000. " Des amphétamines pas si horribles que cela ". 77]

« On envisage souvent l'arrêt du traitement chimique pendant les fins de semaines et les vacances (...) Autant cette attitude est fondée s'il n'existe pas de signes de détérioration à cette suspension, autant il faut être réservé si, à cette occasion, on a une récurrence des comportements dysfonctionnels du sujet et surtout des réactions inadéquates du milieu familial » (p.113) [Corraze J. & Albaret J.M., L'enfant agité et distrait, Expansion scientifique française : Paris, 1996 [382]]

« De nombreux auteurs proposent des périodes d'interruption du traitement notamment pendant les vacances scolaires. L'absence d'aggravation ou de rechutes lors de ces périodes d'interruption a été démontrée par Sleator et coll. (1974) » (126) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 135].

« L'idéal serait bien sûr de mener une véritable étude prenant en compte toutes les stimulations de l'enfant sous prescription de Ritaline(r) sans que son contexte même de vie ne subisse de variations. Impossible donc d'un point de vue éthique. Il existe bien des mises en place de "fenêtre thérapeutique" où le médicament est stoppé ou remplacé par un placebo durant une période. Mais l'enfant est toujours soumis aux stimuli de son cadre de vie. » [AVTES. Romandie. Christophe Bornand pour la commission presse. "Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants". 176]

« Les arguments en faveur de la médication continue sont que l'enfant se sent plus stable " qu'on reconnaît ses progrès dans les différents milieux ». « La tendance actuelle, maintenant que les craintes sur les effets secondaires se sont atténuées est de donner le médicament de façon continue, parce que l'on obtient plus de stabilité » (p.147). [Dr Claude Desjardins. " Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant ". Quebecor. Quebec. 1992. 285-286]

« Arrêter le traitement, si aucune amélioration après 1 mois. Interrompre périodiquement la médication pour contrôler l'état de l'enfant. » [Ritaline COMPENDIUM. Codex 2000. www.galenica.ch 25]

« Le traitement par Ritaline/- SR devrait être interrompu périodiquement afin de contrôler l'état de l'enfant. L'amélioration symptomatique peut se maintenir suite à une interruption temporaire ou définitive ». [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. NOVARTIS PHARMA 123 - 126]

« Le congé thérapeutique: Il n'est pas évident au départ. Si certains enfants le tolèrent assez bien pour le WE, congés, vacances, la plupart auront besoin de la médication tous les jours, afin de soutenir la qualité de la vie familiale, sociale, comme aussi les apprentissages de loisir ». [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention/ Hyperactivité/ Opposition. 108]

« Pourquoi favoriser l'échec, en dehors du temps scolaire? La maturation se vit également ailleurs; la qualité de vie a aussi droit de cité au niveau de la famille, des camarades, des activités ». [Site Jolicoeur. Canada. L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention/ Hyperactivité/ Opposition. 110]

« Il n'y a pas lieu de priver un enfant et sa famille de l'effet d'une médication efficace durant les week-end et les vacances vu le rapport qualité de vie/effets secondaires ». [Site. Hypsos. Traitements (27/05/00). 89]

« Selon les besoins individuels, on peut décider de ne traiter les patients que durant les jours d'école, ou également les week-ends. Il en est de même pour les vacances scolaires, durant lesquelles certains enfants continuent à être traités s'ils participent à des activités demandant beaucoup d'attention, ou si la vie familiale est très perturbée par les symptômes d'hyperactivité. La plupart des patients suivis à Genève ne sont pas traités durant les week-ends et les vacances. » [Médecine & Hygiène, 20 octobre 1999. C. C. Menache, D. K. Urion et Ch. A. Haenggeli « Hyperactivité avec déficit de l'attention : point de vue du neuropédiatre ». 162 - 163]

« Some doctors recommend stopping treatment with methylphenidate during times when the child is not under stress, such as on weekends ». [Site medlineplus. National Institut Health. Gov. (U.S.). Mis à jour août 2000. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/methylphenidatesystemic202.361.htm>. [52]]

« La Ritaline(r) permet une souplesse dans la répartition de la posologie, classiquement deux prises par jour, mais dont le nombre peut-être porté à trois (matin, midi, et, si nécessaire, fin d'après-midi) en fonction de chaque cas pris dans son contexte. De même, l'interruption du traitement pendant le week-end et les vacances scolaires est possible, mais on peut également traiter l'enfant de façon continue, afin d'améliorer les échanges en famille ». [Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-71. REVUE : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France.[58]]

« He was put on a medication called Ritalin to control the hyperactivity during school hours. Although Ritalin failed to help, another drug called Dexedrine did ». [Site NIMH (National Institute of Mental Health). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)". 226]

« Some doctors recommend that children be taken off a medication now and then to see if the child still needs it. They recommend temporarily stopping the drug during school breaks and summer vacations, when focused attention and calm behavior are usually not as crucial. These "drug holidays" work well if the child can still participate at camp or other activities without medication ». [Site NIMH (National Institute of Mental Health). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)".387]

« Methylphenidate HCl should be periodically discontinued to assess the child's condition. Improvement may be sustained when the drug is either temporarily or permanently discontinued ». [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 177]

« Suivant une bonne logique le traitement doit être maintenu tant que l'état de l'enfant le nécessite. Compte tenu de la recommandation fréquente de suspendre le traitement pendant les vacances scolaires, le clinicien doit évaluer l'état de l'enfant à chaque retour des vacances et réévaluer si le traitement est toujours indiqué » (489) [M.F. Le Heuzey, M.Dugas, " Troubles du comportement " (ds chap. Neuropsychiatrie) & M Bouvard, M. Dugas " Troubles anxieux " in E. Aubert, Y. Aujard, G. Lenoir. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences. 1992. Pp.487-495 [68]]

« En général, on recommande d'interrompre le traitement en fins de semaines et au cours des congés scolaires, dans la mesure du possible, pour diminuer la toxicité cumulative et fonctionnelle du médicament » (1279) [Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique.2e ed.Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. 128]

« Il est recommandé d'arrêter le traitement le week-end et pendant les périodes de vacances ». [Site Atmedica.RITALINE. méthylphénidate. www.atmedica.com. [90]]

« Un ralentissement staturopondéral modéré peut être observé lors de l'utilisation de psychostimulants au long cours chez l'enfant, sans que le mécanisme précis en ait été clairement établi. D'après les données disponibles, cet éventuel retard serait compensé à l'arrêt du traitement sans répercussion sur la taille définitive. Des périodes d'arrêt notamment pendant les périodes de vacances scolaires, sont très fortement recommandées. » [VIDAL 2000. Le Dictionnaire. Ed. Du Vidal. Paris, 2000 (76e ed.). RITALINE, pp. 1792-1793. [42]]

Méconnaissances, incertitudes, inquiétudes et précaution

« Le méthylphénidate s'est montré susceptible d'alléger et de modérer beaucoup des symptômes de ce trouble (TADAH), même si il n'est pas efficient dans tous les cas et que son efficacité à long terme n'est pas bien comprise. » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 125]

« De plus, l'inquiétude autour de la longue durée des effets sur l'apprentissage et la connaissance des jeunes consommateurs de méthylphénidate pendant de nombreuses années a rendu les praticiens prudents et souvent réticents à sa prescription. » [JAFJE J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York.129]

« la relation entre ce mode d'action et les effets clinique qu'entraîne l'administration de cette substance n'est pas élucidée ». [Le monde, du 15 septembre 1995" un médicament pour enfants " hyperactifs "suscite une controverse" 17]

« Si les mécanismes d'action précis de l'effet clinique ne sont pas élucidés, cette amélioration a pu être retrouvée dans différents domaines du fonctionnement des enfants, cognitif, scolaire et social » (2913). [M. Dugas, M. Bouvard " Les chimiothérapies ", chap. 168, in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome 4, p.2905-2937. PUF. Paris. 1997 (3e ed.) (1e ed. 1985). [52]]

« Ce médicament peut modifier le comportement : prudence lors de la conduite ou de l'utilisation de machines dangereuses ». [Site Atmedica.RITALINE. méthylphénidate. www.atmedica.com.65]

« Since stimulants will help just about anyone pay attention, the NIH panel noted that a positive response to the drug should not be interpreted as confirming the diagnosis. And though Ritalin generally improves a kid's behavior in school (even, counterintuitively, reducing hyperactivity), "there is little improvement in academic achievement or social skills" and no evidence it helps people function better over the long term. » [Témoignage critique, John McGinnis (mari d'une enseignante) 26]

« Hyperactivity in children is also associated with an attention deficit. So the team tested the mice for a similar problem by putting them in a maze consisting of eight arms radiating from a central area, each of which is baited (appâtée) with food. The mice are supposed to learn to proceed from one arm to the next without backtracking--a task the normal animals learn within a half-dozen or so test sessions. But the DAT knockouts don't ever learn," Caron says. Instead, they become distracted, returning to arms they've already visited, or rearing up and looking around the maze. » [Science. Vol. 283, Number 5400. Jan 1999, p 306. (Neurobiology). " How Stimulant Drugs May Calm Hyperactivity ". Jean Marx 34- 36]

Les déficits cognitifs ne sont pas améliorés par les psychostimulants. "Les tests de réalisation scolaire ne sont pas significativement améliorés par les psychostimulants" (122) "Les test d'intelligence (Wechsler) donnent aussi des résultats variables sous psychostimulants" (122) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. [105, 124-125]]

« L'amélioration des performances doit plutôt être attribuée à la diminution de fatigue, d'ennui, de défaillance d'attention (dont les effets sont réduits parce que moins de privation de sommeil). L'effet du produit serait plus dû à un complexe de raisons qu'à une simple cause. » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 62]

« Certains experts voient la "descente" (léthargie, dépression, épuisement et augmentation de l'appétit) qui peuvent suivre un changement de dosage comme le signe d'un retrait de syndrome, d'autres croient que les symptômes peuvent aussi être liés aux effets de l'usage chronique de stimulant. Le fait de moins manger et dormir durant l'utilisation de stimulants peut engendrer la diminution considérable de " catecholamine " et donc contribuer à ces changements de comportements. » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 78]

« Le débat est constant à propos de la nature du déficit cognitif que présente ces enfants et de l'action des stimulants ». [T. Bergman, V.I. Douglas, R.G. Barr. " Effects of Methylphenidate on Complex Cognitive Processing in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Abnormal Psychology. Fév.1999. Vol.108, N.1. pp.90-105. 16]

« En 1991, l'université de Californie a publié une synthèse des études sur les performances des enfants traités aux psychostimulants. Conclusion: "Il n'existe aucune preuve d'un effet bénéfique du traitement sur les résultats scolaires". » [L'Express du 27/10/1994. par Gilbert Charles " Etats-Unis: des enfants sous amphétamines ". 46]

« Le médicament n'agit (quand il agit !) que sur les symptômes, mais non sur les causes ou les circonstances qui entretiennent l'instabilité. C'est une réponse incomplète à une souffrance affective ou à un échec scolaire " (p.48) [Maillet J. la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent expliquée aux parents. Desclée de Brouwer, Paris, 1997. 236]

« D'autres reproches sont formulés à l'encontre de ce médicament, particulièrement son aspect purement symptomatique. En effet, la Ritaline® est un traitement suspensif et non curatif. » [Médecine thérapeutique/ Pédiatrie. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000 : 168-71. REVUE : Syndrome d'hyperactivité. Bange F., Mouren-Siméoni M.C.: Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France. 87]

« Aujourd'hui, on soigne les crises d'opposition de l'enfant à l'aide de médicaments divers, car l'agressivité et l'opposition seraient les résultats du dysfonctionnement de certains médiateurs du

cerveau ». [Médecine douces. Juillet 2000. " Attention aux médicaments ! " + Faire autorité " parents ". Martine Laganier.[12]]

« Methylphenidate HCl may decrease the hypotensive effect of guanethidine. Use cautiously with pressor agents and MAO inhibitors ». [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 120]

« ...ont révélé une sensibilité aux déficiences observées chez les enfants hyperkinétiques et la correction de ces déficiences a été réalisée par l'utilisation de substances noo-analeptiques, ce qui laissait entrevoir un retard de maturation chez les enfants hyperkinétiques améliorés par des psychostimulants » (réf. Biol.Psych.) [Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique.2e ed.Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. 58]

« Prendre du café n'a jamais soulagé les problèmes émotionnels des enfants; le méthylphénidate comme la caféine, est un stimulant du système nerveux central, pas un anxiolytique ». [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992.[131]]

« La réduction maximale de l'hyperkinésie ne doit pas être mise en équation avec l'amélioration optimale de l'apprentissage et de l'impulsivité ». [Société canadienne de pédiatrie (SCP). 1990. " Le méthylphénidate dans l'hyperactivité avec déficit de l'attention ".23]

« Données de Sécurité précliniques :Le méthylphénidate est vraisemblablement sans effet sur la fertilité, mais le potentiel tératogène n'a pas été clairement établi. Des études in vitro ont démontré l'existence d'un potentiel clastogène mais ceci n'a pas été confirmé par un test in vivo (micronucleus).La recherche du potentiel cancérogène chez l'animal a permis de montrer l'absence d'effet cancérogène du méthylphénidate chez le rat et un effet cancérogène hépatique chez la souris survenant à doses hépatotoxiques sous forme d'adénomes hépatocellulaires et de carcinomes chez les animaux des 2 sexes, et d'hépatoblastomes chez la souris mâle. Les données disponibles, en particulier les niveaux d'exposition, ne permettent pas d'extrapoler ce risque hépatocellulaire cancérogène à l'homme sans toutefois l'exclure formellement. » [RITALINE 10 mg comprimés. (Site. BIAM- France : 19/9/1996. mise à jour : 15/6/2000). 89 - 93]

« En général, la Ritaline "marche" parce qu'elle abrutit le cerveau des enfants, les rendant dociles et obéissants. Mais elle ne marche pas toujours et peut avoir l'effet inverse. Les soi-disant "effets secondaires", comme, par exemple les effets sur les hormones de croissance, sont graves et certains sont irréversibles. De plus, entre les doses, les enfants peuvent souffrir de manque. Aucune étude permet de prouver que cette drogue n'est pas néfaste pour un cerveau en pleine croissance. » [Le Courrier, 31 janvier 2000, K. Zurcher (GE), " L'horreur des amphétamines administrées aux enfants ". 23]

« Le retentissement des psychostimulants sur la croissance staturopondérale à long terme ne peut être affirmé avec certitude tant les résultats sont contradictoires (Roche et coll. 1979) et cela probablement en raison des méthodologies différentes (études prospectives ou longitudinales ; études rétrospectives ; groupes témoins divers...) » [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 134. [179]]

« Les signataires de la pétition ont également exprimé leur inquiétude quant aux résultats d'une étude de laboratoire qui avait décelé une augmentation de tumeurs du foie sur des souris (mais pas sur des rats) à qui avaient été inoculées des doses de Ritaline, doses guère plus élevées que celles données aux enfants ». [The New York Times. November 2 1999, Tuesday. Par J.E. Brody. " Diet Change May Avert Need for Ritalin ". 37]

« The young Iowa men who had been medicated in childhood had generally negative recollections of many aspects of their treatment with stimulant medication-about two-thirds said they disliked taking their medication (62 percent), avoided taking it (67 percent), or considered it a nuisance (68 percent); many (42 percent) reported having been embarrassed about taking medication, and some (28 percent) said they were teased; and between 6 and 18 percent experienced unpleasant initial side effects (e.g., throwing up, stomachaches, headaches) ». [NIH (National Institut Health). Jan Loney, consensus, November 1998. " Risk of Treatment Versus Nontreatment ". 50]

« Long-term effects of Methylphenidate HCl in children have not been well established. » [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate.116]

« De plus, on ne sait pas vraiment ce que l'usage des amphétamines chez l'enfant aura comme conséquence plus tard ». [Santé. Site : www.rdl.com.lb. Par Carma KARAM " Les progrès de la médecine vont changer votre vie... n'attendez pas pour savoir ! ". " Pourquoi donner des amphétamines aux enfants ? ". 28]

« Ce médicament peut provoquer des cancers du foie chez la souris. Ce risque n'a pas été constaté dans l'espèce humaine, mais il justifie de réserver l'usage de ce médicament aux seules situations où il est indispensable ». [Site Atmedica.RITALINE. méthylphénidate. www.atmedica.com. 56]

« "Les études scientifiques sérieuses et non commanditées font état des troubles secondaires graves." (Prof. Martinez). C'est facile à dire. J'aimerais voir ces études et savoir qui les ont faites. Non commanditées veut-il dire commanditées par des gens qui ont des choses à vendre qui n'est pas le Ritalin ? Je ne suis pas un chercheur mais j'ai prescrit dans ma vie du Ritalin à des centaines d'enfants (je l'ai dit) et les pires effets secondaires que j'ai pu constater sont des nausées, des maux de tête et une diminution de l'appétit. Il est évidemment facile de prétendre que des effets graves surviendront plus tard. Si c'est le cas comment ces études ont-elles pu les constater?. » [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992. 250 - 254]

« Le problème, c'est que ce médicament, sur les effets secondaires duquel aucune étude sérieuse n'a encore été menée, peut tuer » [Télérama 23-29 sept.2000, p.161. Présentation Emission Arte du 27 sept.12]

« Le médecin (Éliane Hofer Humair du SMP) met aussi en garde contre les effets secondaires de la Ritaline et l'absence d'études fiables sur la durée des traitements ». [Tribune de Genève du 10 novembre 1998. Roland Godel. " Enfants hyperactifs: des parents engagent une douloureuse polémique ". 47]

« Les données disponibles ne permettent pas d'extrapoler le risque hépatique cancérigène, observé avec le méthylphénidate chez l'animal, à l'homme sans toutefois l'exclure formellement (cf. Sécurité préclinique). Il appartient au prescripteur d'évaluer au mieux le bénéfice lors de l'instauration et en cours de traitement, en fonction de ce risque potentiel et de prendre en compte le peu de données à long terme. » [VIDAL 2000. Le Dictionnaire. Ed. Du Vidal. Paris, 2000 (76e ed.). RITALINE, pp. 1792-1793. 37]

« SECURITE PRECLINIQUE : Le méthylphénidate est vraisemblablement sans effet sur la fertilité, mais le potentiel tératogène n'a pas été clairement établi. Des études in vitro ont démontré l'existence d'un potentiel clastogène, mais ceci n'a pas été confirmé par un test in vivo (micronucleus). La recherche du potentiel cancérigène chez l'animal a permis de montrer l'absence d'effet cancérigène du méthylphénidate chez le rat et un effet cancérigène hépatique chez la souris survenant à doses hépatotoxiques sous formes d'adénomes hépatocellulaires et de carcinomes chez les animaux des 2 sexes et d'hépatoblastomes chez la souris mâle. Les données disponibles, en particulier les niveaux d'exposition, ne permettent pas d'extrapoler ce risque hépatocellulaire cancérigène à l'homme sans toutefois l'exclure formellement. » [VIDAL 2000. Le Dictionnaire. Ed. Du Vidal. Paris, 2000 (76e ed.). RITALINE, pp. 1792-1793. 71-75]

« Son mode d'action chez l'homme n'est pas complètement élucidé, mais on suppose que l'effet stimulant repose sur une activation corticale et peut-être à une stimulation du système réticulé activateur. Le mécanisme par lequel le méthylphénidate agit au niveau mental et comportemental chez l'enfant n'a pas été élucidé complètement et aucune preuve concluante ne permet de démontrer la relation entre ces effets et l'état du système nerveux central ». [Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. Novartis Pharma. 20]

« Rapidement après leur apparition, les neuroleptiques tels que la chlorpromazine, les antidépresseurs ou les anxiolytiques ont été utilisés chez l'enfant, mais souvent avec des

méthodologies défectueuses » (2905). [M. Dugas, M. Bouvard " Les chimiothérapies ", chap. 168, in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome 4, p.2905-2937. PUF. Paris. 1997 (3e ed.) (1e ed. 1985). 11]

« Les difficultés méthodologiques et les questions éthiques sont encore un frein au développement d'études qui devraient pourtant être menées à leur terme. » (2930) [M. Dugas, M. Bouvard " Les chimiothérapies ", chap. 168, in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome 4, p.2905-2937. PUF. Paris. 1997 (3e ed.) (1e ed. 1985). 86]

« Les effets à long terme restent incertains ». [Résumé. Santé Mentale au Québec, 22, 1, 216-238, DORÉ, C., COHEN, D. (1996). " La prescription de stimulants aux enfants "hyperactifs": une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants ". Résumé issu du Site Adapt.Scol.Fr (Réf.). 13]

« Un débat national s'est instauré impliquant la Maison-Blanche (Hillary Clinton en a fait un de ses thèmes de campagne pour les sénatoriales de novembre) qui compte mettre en place des mesures publiques en vue de renverser " cette tendance à une surmédicalisation pour les jeunes ". Dans l'élan, 5 millions de dollars ont été alloués à un programme de recherche "destiné à comprendre les effets des médicaments psychotropes (calmants ou stimulants) sur les plus jeunes", car pour l'instant personne n'est capable de jauger les risques que ces médicaments peuvent comporter pour les enfants en bas âge et les conséquences à long terme. » [Synthèse art. Femina du 23.04.2000 [15]]

« Nonetheless, little has been done to assess the effectiveness of psychostimulants in adolescence » (p.320). [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 1999. 144]

« Despite these positive findings, concerns have been raised about the possible long-term deleterious effects of psychostimulant treatment » (320) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 1999. 150]

« Alors que les prescripteurs de Ritaline vantent la rapide efficacité de cette molécule lorsqu'elle est correctement utilisée, beaucoup de pédopsychiatres craignent que sa mise sur le marché ne soit le symptôme annonciateur d'une régression collective dans la prise en charge médicale d'enfants certes difficiles, mais qui sur le fond demandent plus une écoute attentive qu'une prescription médicamenteuse. » [Le monde, du 15 septembre 1995" un médicament pour enfants " hyperactifs " suscite une controverse " [46]]

« Le caractère quelque peu abrupt de ces lignes se trouve justifié, à nos yeux, par les dangers qui s'accumulent aujourd'hui quant à l'avenir de la pédopsychiatrie, c'est-à-dire quant à l'avenir de la croissance psychique des enfants auxquels nous devons assistance et soin dans le respect de leur dignité. » [Le Monde. Samedi 27 mai 2000. "Ne bourrez pas les enfants de psychotropes !". par Claude Bursztein, Jean-Claude Chanseau, Claudine Geissmann-Chambon, Bernard Golse et Didier Houzel [61]]

Dépendance / Toxicomanie

« Le risque que s'installe une dépendance à l'égard du médicament comprend autant le besoin physiologique que l'habitude comportementale. " Cette dépendance qui, en dehors des benzodiazépines est avant tout psychique pour les autres psychotropes, s'installe en fonction de la présence de facteurs biologiques génétiques (terrain), cliniques (nature des troubles de la personnalités (...), mais aussi environnementaux. » (541). [Epelbaum C. "Place des psychotropes en psychiatrie infantile" 536-552 in Ferrari P. & Epelbaum C., La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,1993. [42]

« Les effets d'élévation de l'humeur sont généralement évoqués pour dénoncer les abus. L'usage des amphétamines fait état d'un accroissement de la confiance en soi, une euphorie fréquente, une certaine jovialité et une attitude positive. » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York.30 [67]]

« Although 15 percent reported that someone had wanted pills from them at least once, fewer than 3 percent reported ever taking their pills to feel good or get "high." And although 8 to 10 percent said that medication made them more likely to try other medications or drugs, 28 to 31 percent said that medication made them less likely to try other medications or drugs, and another 56 to 64 percent saw no relationship between their medication and subsequent use of medication or drugs (Kramer, Loney, 1998). » [[NIH (National Institut Health). Jan Loney, consensus, November 1998. " Risk of Treatment Versus Nontreatment " 56]

« Young people use stimulants to feel stronger, more energetic, and more decisive. » [Site. Stopdrugs. CA Department of Justice. Stimulants. 12]

« Fact: Avoiding negative experiences now (stimulant) may actually help prevent addictions and other emotional problems later. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " 412]

« Often an associated improvement occurs in many of the other difficulties, although second drugs may be needed. » [British Medical Journal 1998 ; 316:1594-1596 (23 May). " Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain ". Geoffrey D Kewley . 65]

« Novartis précise : " L'abus chronique de Ritaline® peut entraîner une accoutumance marquée et une dépendance psychique avec divers degrés de comportement anormal. Des épisodes franchement psychotiques peuvent se produire, surtout lors d'usage abusif par voie parentérale. » [AVTES. Romandie. Christophe Bornand pour la commission presse. " Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants " 36]

« Les symptômes d'une intoxication aiguë sont évocateurs d'une hyperstimulation du système sympathique : vomissements, agitation, tremblements, hyperréflexie, secousses musculaires, convulsions (éventuellement suivies de coma), euphorie, confusion, hallucinations, délire, transpiration, réactions vasomotrices, céphalées, tachycardie, palpitations, arythmies cardiaques, hypertension, mydriase et sécheresse des muqueuses ». [RITALINE 10 mg comprimés. (Site. BIAM-France : 19/9/1996. mise à jour : 15/6/2000). 350]

« Des épisodes franchement psychotiques peuvent se produire, surtout lors d'usage abusif par voie parentérale. » [Compendium Suisse des Médicaments® Ritaline®/- SR. NOVARTIS PHARMA .[121]]
Noter que la Ritaline n'est plus disponible sur le marché par voie parentérale.

« Parmi les signes et les symptômes d'une intoxication aiguë, résultant principalement d'une hyperstimulation du système nerveux central et sympathique, on trouve: vomissements, agitation, tremblements, hyperréflexie, secousses musculaires, convulsions (éventuellement suivies de coma), euphorie, confusion, hallucinations, délire, accès de sueur, bouffées de chaleur, céphalées, hyperpyrexie, tachycardie, palpitations, arythmies cardiaques, hypertension, mydriase et sécheresse des muqueuses. [Compendium Suisse des Médicaments® Ritaline®/- SR. NOVARTIS PHARMA .[208]]

« D'après ces études, il n'existe pas non plus de prédisposition à la dépendance ou à la toxicomanie ». [Le Courrier, 12 mai 2000, Marco Gregori. " La commission des pétitions défend l'action du SMP " 23]

« Le retentissement staturopondéral et le risque de toxicomanie ultérieure ne sont pas démontrés et sont même infirmés par de nombreux auteurs » (143) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 217]

Informations supplémentaires sur les troubles liés à l'amphétamine : Caractéristiques et troubles associés : "des modifications de l'humeur telles qu'une dépression avec des idées de suicide, une irritabilité, une anhédonie, une labilité émotionnelle, ou des troubles de l'attention ou de la concentration sont habituels en particulier pendant le sevrage" (247) [DSM-IV. Troubles liés à (aux) l'amphétamine (s) (F15.1 [305.70]). p.241-249 [84 – 86]]

« Une tolérance à long terme est rare puisque l'augmentation du dosage n'est pas nécessaire pour maintenir les bénéfices cliniques.(Commentaires Elaine : Hummm....Pourquoi ai-je dû augmenter le

dosage, comme beaucoup de parents, dans ce cas là??) » [Site Elaine. Quelques extraits. The Lancet. 7 fév.98. J.M. Swanson, J.A. Sergeant, E. Taylor, E.J.S. Sonuga-Barke, P.S. Jensen et D.P. Cantwell. "Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder". 18]

« D'ailleurs certaines études montrent qu'au terme du traitement, la perte de poids n'est pas maintenue. On peut donc conclure à un manque d'efficacité dans le long terme, d'autant qu'il faut considérer l'effet de dépendance qui peut s'installer ». [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 28]

« Un (amphétamine) des principaux effets toxiques suite à un usage à long terme est le développement d'une schizophrénie de type psychose (comportant des symptômes de persécution, une hyperactivité, excitation, hallucination visuelle et auditive, et changement de l'image corporelle). » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 45]

« Néanmoins, une administration contrôlée et régulière révèlent une moindre voire aucune tolérance (perte de réponse ou de réaction) aux effets secondaires ». [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 59]

« Les amphétamines peuvent servir à renforcer et produire de sérieuses conséquences toxiques lorsqu'elles sont disponibles de manière illimitée ». [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York.: 58]

« Un usage abusif, quotidien et répété, peut engendrer un dramatique développement de la tolérance. L'arrêt brutal des amphétamines s'accompagne généralement de dépression. » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York.: 76]

« Une consommation continue peut développer une certaine tolérance à ses effets et l'usager devra souvent augmenter la doses pour atteindre les effets désirés ou obtenus lors des prises initiales. » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York.: 108]

« Les résultats de recherches animales suggèrent que la répétition comportementale qui caractérise la réponse à un traitement chronique de méthylphénidate est un modèle révélateur pour les psychoses humaines et le fait de devenir, avec une forte dose, de plus en plus sensible aux stimulants (=tolérance devoir augmenter la dose pour obtenir les effets initiaux). Mais ceci reste une hypothèse. » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York.: 116]

« Une revue du Tessin, opposée à la vivisection, donc très positionnée, a récemment prouvé que les enfants sous Ritaline sont déprimés, sujets au suicide et aux pulsions criminelles. Au surplus, ladite revue a montré que ces enfants pouvaient s'adonner à la drogue, dans la mesure où ce psychotrope crée la dépendance chez eux. Il n'est pas admissible, en outre, de constater que ce médicament est mis au point sur des animaux par des procédés cruels. » [Secr. du Grand Conseil. Rapport de la Commission des pétitions chargée d'étudier la pétition (1332) concernant l'interdiction de prescription de psychotropes à des enfants de moins de 16 ans. Date de dépôt: 23 avril 2001. Rapporteuse: Mme Mireille Gossauer-Zurcher. 49]

« The effects this abuse could cause are addiction and possibly death. » [Ritalin. Site : www.chemistry.vt.edu/chem_dept/helm/2514/project/ritalin/ritalin.html 46]

« Such drugs might have fewer of the drawbacks (inconvenient, désavantage) of the psychoactive drugs, such as reduced appetite and possible drug dependence ». [Science. Vol. 283, Number 5400. Jan 1999, p 306. (Neurobiology). " How Stimulant Drugs May Calm Hyperactivity ". Jean Marx. 47]

« Ce médicament est utilisé depuis bientôt 50 ans et n'a jamais créé de dépendance. » [L'illustré Santé No 25. (19 janv. 2000). Par M. Monnier. " Neuropédiatrie : et s'il était hyperactif... " (Haenggeli interrogé). 47]

« Animals and humans cross-addict to methylphenidate, amphetamine and cocaine. These drugs affect the same three neurotransmitter systems and the same parts of the brain. » [Breggin (consultant médical. Anti-Ritaline). Divers docs : résumé " talking back to Ritalin ", Congrès. Sept.00. procès Ritalin, Message. <http://www.breggin.com> 134]

« Ritalin and amphetamine have almost identical adverse effects on the brain, mind and behavior, including the production of drug-induced behavioral disorders, psychosis, mania, drug abuse, and addiction ». [Breggin (consultant médical. Anti-Ritaline). Divers docs : résumé " talking back to Ritalin ", Congrès. Sept.00. procès Ritalin, Message. <http://www.breggin.com> [25]]

« The threshold of drug availability that can lead to oversupply and consequent illicit use is unknown. There is little evidence that current levels of production have a substantial effect on abuse. However, there is a need to be vigilant in monitoring the national indice of use and abuse among high school seniors and Drug Abuse Warning Network (DAWN) emergency room reports » [NIH « Consensus Development Program : 110. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder », Nov. 1998, USA].

« Although an increased risk of drug abuse and cigarette smoking is associated with childhood ADHD, existing studies come to conflicting conclusions as to whether use of psychostimulants increases or decreases the risk of abuse. A major limitation of inferences from observational databases is that the diagnosis of ADHD is confounded with the use of stimulant medication ; additional confounders include severities of ADHD and coexisting conditions. » [NIH « Consensus Development Program : 110. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder », Nov. 1998, USA].

« Sevrage. Un seul cas de syndrome de sevrage, sous forme d'un syndrome dépressif avec régression psychotique, a été publié après un traitement prolongé avec arrêt brutal » (Voir American Journal of Psychiatry, 1979, 136 (2) ; p.226-228). [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ". [89]]

« La base de données internationale des laboratoires Ciba-Geigy comptait au 19 décembre 1994 4 cas de syndrome de sevrage et 13 cas de dépendance notifiés » [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ". [91]]

« Subsequent accounts have suggested that, with appropriate care, substance-abusing adolescents and adults can be treated with methylphenidate (Schubiner, Tzelepis, Isaacson, et al., 1995) ». [NIH (National Institut Health). Jan Loney, consensus, November 1998. "Risk of Treatment Versus Nontreatment". 31]

« Where there were differences between medicated and unmedicated groups, it was the unmedicated individuals who were more involved with substances and more likely to have developed adult alcoholism and antisocial personality disorders, suggesting that the risk of substance abuse and related psychiatric disorders is greater for children who are not medicated than it is for children who are. » [NIH (National Institut Health). Jan Loney, consensus, November 1998. "Risk of Treatment Versus Nontreatment". 80]

« Au niveau de la dépendance, il (Haenggeli) est formel : il n'y en a pas. Preuve en est que la dose n'augmente pas avec l'âge et que la médication peut être arrêtée en tout temps ». [Secr. du Grand Conseil. Rapport de la Commission des pétitions chargée d'étudier la pétition (1332) concernant l'interdiction de prescription de psychotropes à des enfants de moins de 16 ans. Date de dépôt: 23 avril 2001. Rapporteuse: Mme Mireille Gossauer-Zurcher. 132]

« Quelques jours après le début des gouttes (homéopathiques), son enfant lui a demandé de reprendre son Ritalin ». [Elaine, Présentation. Site Canadien sur l'hyperactivité (guide pour parents). Copyright 1996-1998 Elaine Lemire. Tout droits réservés. Mise en réseau du site le 17.10.1996. (Tous les pourcentages cités sont tirés du livre du Dr Guy falardeau, Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider, Montréal, Le jour éditeur, 1992.) 333]

« Distribuer de la ritaline à des toxicomanes. C'est un programme que veut lancer prochainement l'Office fédéral de la santé publique à titre d'essai. L'objectif est de mesurer si la prise de ce médicament peut servir d'alternative à la consommation de cocaïne. » [Site Radio Suisse Romande, Bulletin d'Actualité du 21.02.03.]

« Conclusions. Consistent with findings in untreated ADHD in adults, untreated ADHD was a significant risk factor for SUD in adolescence. In contrast, pharmacotherapy was associated with an 85% reduction in risk for SUD in ADHD youth. » [PEDIATRICS Vol. 104 No. 2 August 1999, p. e20 ." Pharmacotherapy of Attention-deficit/ Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder " Biederman J., Wilens T., Mick E., Spencer T., Faraone S.V. [20]]

« Our results are consistent with a small body of literature examining the long-term effects of stimulant therapy on subsequent SUD onset in adolescents with ADHD. In a review of longitudinal studies of treated ADHD children, Hechtman et al (2) found no evidence that stimulant exposure predicted later SUD and weak evidence that stimulant therapy prevented SUD (21-23)» [PEDIATRICS Vol. 104 No. 2 August 1999, p. e20 ." Pharmacotherapy of Attention-deficit/ Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder " Biederman J., Wilens T., Mick E., Spencer T., Faraone S.V. 107-109]

« Although these findings require prospective confirmation, they suggest that adequate pharmacotherapy for ADHD in childhood may have a significant protective effect for the subsequent development of SUD in adulthood. » [PEDIATRICS Vol. 104 No. 2 August 1999, p. e20 ." Pharmacotherapy of Attention-deficit/ Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder " Biederman J., Wilens T., Mick E., Spencer T., Faraone S.V. 118]

« Du fait que notre approche n'est pas tout à fait scientifique - puisqu'il s'agit d'une auto-évaluation des patients - il faut considérer les résultats obtenus comme des tendances", prévient le directeur. Sans doute, mais celles-ci (tendances) sont claires: sur près de 400 patients (toxicomanes) interrogés, 25% ont estimé se retrouver totalement dans les comportements décrivant l'hyperactivité, et 27% beaucoup. Le taux de prévalence de l'hyperactivité dans la population étant estimé à 5%, il y a manifestement une surreprésentation au sein de la population toxicomane. » ["Repère Social". février 2000, no. 14, publication de l'Hospice Général de Genève. Eric Budry, Interview du doctor Déglon, psychiatre Genève (dir. Fondat. Phénix)."L'hyperactivité serait à la source de cas de toxicomanie" [22]]

« On peut évidemment trouver plusieurs explications à ce phénomène, poursuit Jean-Jacques Déglon. Mais, pour moi, l'enfant hyperactif souffre de son état et le jour où, grâce à un produit illégal, il peut être calme, bien dans sa peau, il aura tendance à ne plus pouvoir s'en passer. Il ne faut pas y voir une recherche de plaisir, de vice, mais une quête de bien-être. Comprenons-nous bien!, je ne dis pas qu'un enfant hyperactif va forcément devenir toxicomane, mais que les facteurs de risque sont plus importants que dans le reste de la population. » [" Repère Social ". février 2000, no. 14, publication de l'Hospice Général de Genève. Eric Budry, Interview du doctor Déglon, psychiatre Genève (dir. Fondat. Phénix)." L'hyperactivité serait à la source de cas de toxicomanie " [24]]

« Psychiatrist Joseph Biederman of Massachusetts General Hospital in Boston and colleagues analyzed data on 75 white middle-class boys, aged 15 to 21, who had been diagnosed with ADHD at least 4 years earlier. Nineteen had never been treated with drugs, while the rest had received Ritalin or another stimulant. Of the untreated group, 75% reported substance abuse problems, usually with marijuana or alcohol--three times the rate in the Ritalin group. » [Science Magazine, Vol. 285, Number 5430. 13 aug. 1999, p.1007 (abstract of " Pediatrics ") by The American Association for the Advancement of Science. 16]

« The findings are unlikely to settle (régler, résoudre, calmer) the debate. Psychologist Nadine Lambert of the University of California, Berkeley, says her own ongoing research involving more than 200 ADHD patients suggests that kids treated with stimulants are more likely to smoke and to abuse cocaine as adults ». [Science Magazine, Vol. 285, Number 5430. 13 aug. 1999, p.1007 (abstract of " Pediatrics ") by The American Association for the Advancement of Science. 21]

Contrôles

Selon l'OMS les stupéfiants sont des substances qui répondent à 3 critères:

- « - action hédonique, qui procurent un état de plaisir ;
 - tolérance ou accoutumance : nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets ;
 - dépendance : nécessité de fournir la drogue à l'organisme. Elle est physiologique et/ou psychique.
- La dépendance physique disparaît en quelques jours, la dépendance psychique (troubles de l'humeur)

subsiste plusieurs années chez l'homme, elle a été retrouvée chez l'animal. » [Intro aux Neurosciences comportementales (licence Psycho.Uni Tours, FR. Alain Lenoir). 09.11.00. 497 - 501]

« La FDA a également approuvé la dextroamphétamine et le méthylphénidate dans la narcolepsie et le trouble déficit de l'attention/hyperactivité, et la pémoline dans ce dernier trouble » (p.352). « La métamphétamine est approuvée dans le TDA/H et comme médicament d'appoint à court terme dans les cures d'amaigrissement. Très toxicomanogène, la métamphétamine est utilisée par les toxicomanes sous le nom de "speed", "amphét", etc., ce qui lui a retiré la faveur des indications médicales » (p.352). [Kaplan H.I. & Sadock B.J. Médicaments en psychiatrie. Guide de poche. Trad. et adapt. Franç. B. Granger. Masson, 1998 (extrait traduit, modifié et adapté à partir du chap. 8 " Biological therapies " in Synopsis of Psychiatry, 8e édition). 41 - 42]

Autres indications

« En plus de couper l'appétit, le méthylphénidate a d'autres utilités thérapeutiques. » [Jaffe J.H. Encyclopedia of Drugs and Alcohol. (1995). (Traduction littérale) Macmillan Library Reference : New York. 117]

+(amphétamine) très utilisées dans les régimes amincissants » [Intro aux Neurosciences comportementales (licence Psycho.Uni Tours, FR. Alain Lenoir). 09.11.00. 455]

« Owing to their effect on the central nervous system, the amphetamines remove the feeling of fatigue, and produce an euphoric effect. Moreover, they have a depressent effect on the nerve centres which govern the appetite ». [ONU. Office for Drug Control. Bulletin 1967. " The barbiturates, tranquilizers, amphetamines and hallucinogens and their control in Switzerland ". 15]

« En neurologie, le méthylphénidate a démontré son utilité dans le diagnostic de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, une affection caractérisée par une démence précoce reliée à des anomalies du cortex, de la moelle épinière et du corps strié, et considérée comme irréversible mais réagissant momentanément, dans certains cas, au méthylphénidate. » (1274) (Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique. 2e ed. Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. [58])

« Ces stimulants (amphétamines) servent aussi en psychiatrie dans le choc amphétaminique : le patient reçoit une certaine dose d'amphétamine, devient excité, loquace et anxieux, ce qui permet au médecin de mieux analyser les perturbations psychiatriques du malade » (119). [Meyers C., " Brève histoire des drogues et médicaments de l'esprit ". Erès. Albi. 1985.116]

« Prescrit et utilisé à bon escient, un médicament psychoactif permet d'atténuer ou de faire disparaître une souffrance psychique : anxiété, dépression, maladie maniaco-dépressive, troubles délirants, etc. » [Medisite France.- Psychoactifs-Dépendance. 2000 Medisite.fr.12]

Poser diagnostic

« Dans certains cas où les troubles de la faculté d'attention ne sont pas aussi facilement diagnostiqués mais où, d'autre part, l'enfant présente une agressivité incontrôlée, un dysfonctionnement perceptuel, une coordination motrice défectueuse, un court essai thérapeutique aux psychostimulants pourrait s'avérer utile ». (Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique. 2e ed. Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. [132])

« Vous laissez finalement entendre que la grande partie de l'augmentation est le traitement d'enfants agités qui ne souffrent pas de déficit d'attention, mais de problèmes émotionnels. Je pense que tous les médecins qui prescrivent du méthylphénidate sont conscients du risque d'un mauvais diagnostic et donc, de traiter un enfant qui n'en a pas besoin. Mais je doute que ces cas soient responsables de l'augmentation car ces enfants n'en prennent pas longtemps, le médicament étant pour eux inefficace. » [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992.[127]]

« Récemment, ces médicaments (méthylphénidates) ont été utilisés pour élucider le diagnostic de dyskinésie tardive » (1274) (Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique. 2e ed. Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. [58])

« Some practitioners invalidly use response to medication as a diagnostic criterion. Primary care practitioners are less likely to recognize comorbid (coexisting) disorders » [NIH « Consensus Statements. NIH Consensus Development Program : 110. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder », Nov. 1998, USA].

Adulte

« Moderate doses of these agents improve attention, concentration, and overall cognitive functioning in adults just as they do in children » (318) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999. [116]]

« In fact, only recently have there been reports on the treatment of adult residual ADD. In these cases, treatment has been based on experience in child psychiatry with psychostimulants (e.g. methylphenidate, pemoline, and amphetamines) that have proven to be effective. Claims that the effects of psychostimulants in children are paradoxical and do not apply to adults are spurious » (p.318) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999. 109]

« On ne constate pas de différences dans la pharmacocinétique du méthylphénidate chez l'enfant hyperactif et chez l'adulte normal » (Compendium Suisse des médicaments, 1991, 2048).

« Lors d'un Workshop organisé par Novartis en 1999 (au sujet de la Ritaline) une section était consacrée aux « Stimulants dans la psychiatrie de l'adulte (Professeur Brigitte Woggon) » [Renate Weber, « L'histoire de Ritalin », *Life Science, Novartis*, n.2/2000, 9]

Dépression

« Le méthylphénidate ne convient pas au traitement des dépressions sévères qu'elles soient d'origine exogène ou endogène ». [RITALINE 10 mg comprimés. (Site. BIAM- France : 19/9/1996. mise à jour : 15/6/2000). [242]]

« Dans de rares cas il a été décrit une majoration de l'effet des anti-dépresseurs tricycliques en association avec le méthylphénidate avec un éventuel retentissement tensionnel. En cas de co-prescription, surveiller attentivement, voire diminuer les doses de l'antidépresseur. » [RITALINE 10 mg comprimés. (Site. BIAM- France : 19/9/1996. mise à jour : 15/6/2000). [266-267]]

« Une perspective intéressante se dessine pour Ritaline dans le traitement de la dépression. Cette perspective est intéressante car on peut toujours lire dans l'information aux professions médicales que l'on ne doit pas utiliser Ritaline dans les dépressions sévères. Madame le Professeur Brigitte Woggon (Zurich) voit un gros problème dans le fait que l'humeur est certes meilleure après un traitement antidépresseur couronné de succès, mais que beaucoup de patients sont dans l'incapacité de surmonter le trouble de l'élan vital persistant. Dans de tels cas (dépression), elle obtient de bons résultats avec Ritaline car les perturbations cognitives d'accompagnement répondent aussi de manière satisfaisante au traitement. » [Renate Weber, « L'histoire de Ritalin », *Life Science, Novartis*, n.2/2000, 9]

« Five studies of amphetamine for depression were clearly negative, with none finding it more effective than placebo. Although there were occasional hints of efficacy, in one study amphetamine was even less effective than placebo. » (p.137) « The results with methylphenidate, however, are more impressive. Two of three studies found a significant effect (for depression) and the third found improvement on the patients' subjective evaluation » (p.137-138) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999. [56 – 57]]

« In contrast to the controlled data available for younger adults, randomized clinical drug trials are quite limited in the depressed elderly. (...) Thus, if expense is not a major concern, the SSRI are also an appropriate first choice. Trazodone and Bupropion are also appealing because of their milder

anticholinergic and cardiovascular effects. With milder mood disturbances, a brief trial with psychostimulants, such as methylphenidate, can be attempted. » (332) [P.G. Janicak, Handbook of psychopharmacotherapy, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999. [64]]

En plus de la narcolepsie, "Les sympathomimétiques peuvent être utilisés pour traiter certains troubles dépressifs" (p.356). (avantage : effet immédiat). [Kaplan H.I. & Sadock B.J. Médicaments en psychiatrie. Guide de poche. Trad. et adapt. Franç. B. Granger. Masson, 1998 (extrait traduit, modifié et adapté à partir du chap. 8 " Biological therapies " in Synopsis of Psychiatry, 8e édition). 58]

« Because emotional disorders and attention disorders so often go hand in hand, every child who has ADHD should be checked for accompanying anxiety and depression. Anxiety and depression can be treated, and helping children handle such strong, painful feelings will help them cope with and overcome the effects of ADHD. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ". 159]

« L'usage des noo-analeptiques pour le traitement des troubles affectifs reste indéterminé. Il y a cependant des situations bien précises où les psychostimulants se sont révélés utiles dans le diagnostic et le traitement de la dépression (...) surtout chez les vieillards » (1274). (Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique. 2e ed. Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. [54])

« Il semblerait néanmoins, qu'un sous-groupe d'enfants répondrait mieux aux antidépresseurs qu'aux psychostimulants : il s'agirait des enfants hyperactifs avec un niveau élevé d'anxiété. Les tricycliques amélioreraient plus l'humeur, alors que les psychostimulants amélioreraient davantage les enfants ayant d'importants troubles du comportement » (489) [M.F. Le Heuzey, M. Dugas, " Troubles du comportement " (ds chap. Neuropsychiatrie) & M Bouvard, M. Dugas " Troubles anxieux " in E. Aubert, Y. Aujard, G. Lenoir. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences. 1992. Pp.487-495. [84]]

« L'utilisation de psychostimulants dans le traitement de la dépression a considérablement diminué ces dernières années. En fait, on n'en recommande plus guère l'utilisation en dehors des dépressions réfractaires aux tricycliques. On a proposé d'associer le méthylphénidate de 5 à 20 mg aux antidépresseurs tricycliques, ce qui élèverait leur taux sanguin sans accroître les effets secondaires. Il s'agit là d'une mesure temporaire qui devrait être graduellement discontinuée sitôt la dépression disparue » (1279). [Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique. 2e ed. Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. 135]

Troubles psychiatriques : "Le diagnostic différentiel entre dépression et schizophrénie est quelquefois difficile à poser. Les travaux de Janowski donnent à entendre que la différenciation peut être facilitée par l'injection intraveineuse de 0,5 mg de méthylphénidate par Kg. Si le patient est schizophrène, le trouble idéique est exacerbé. Si le patient est déprimé, son humeur s'améliore dans l'heure qui suit l'administration du médicament" (1279). "Des travaux plus poussés montrent que chez les patients dont l'humeur s'améliore par l'administration de méthylphénidate, le traitement subséquent par l'impramine produit de meilleurs résultats thérapeutiques alors que chez les patients ne présentant aucun changement d'humeur, le traitement par l'amitriptyline produit une amélioration plus nette de la dépression" (1280) (Publié par J.P. Giroud, G. Mathé, G. Meyniel. Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique. 2e ed. Expansion Scientifique Française. Paris. 1988. 146-147]

« Par ailleurs, il n'est pas démontré que le méthylphénidate ait un effet bénéfique sur les troubles fréquemment associés : dépression, conduite antisociale, troubles anxieux, tics ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ". 83]

« D'ailleurs, si l'on ne considère que l'hypothèse d'un déficit dopaminergique, l'efficacité d'antidépresseur comme l'imipramine ou la clomipramine semble surprenante en raison de leur action préférentielle noradrénergique et sérotoninergique. De plus le délai d'action, très rapide (en quelques jours) dans cette pathologie laisse supposer que leur mécanisme d'action ou l'état des systèmes catécholaminergiques diffèrent de celui (ou de ceux) proposé(s) dans les dépressions » (88-89). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. 68]

Anxiété

" Dans l'étude de Swanson et coll (1978), les non-répondeurs sont des enfants " hyperanxieux ". Ceci contredit les résultats de Arnold et coll (1972) pour lesquels les " hyperkinétiques " anxieux répondent bien aux psychostimulants " (132) [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. [175]]

When these symptoms are associated with acute stress reactions treatment with Methylphenidate HCl is usually not indicated. [Heart of the pharmaceutical industry. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 114]

" Les psychostimulants ont été essayés dans les troubles anxieux de l'enfant, à partir d'observations anciennes de l'effet positif des amphétamines. Mais Aman et al (?) estiment au contraire que les scores élevés aux échelles d'anxiété constitueraient un élément prédictif d'une mauvaise réponse au méthylphénidate (Ritaline), et que les enfants anxieux auraient des effets cognitifs négatifs sous méthylphénidate " (495) [M.F. Le Heuzey, M.Dugas, " Troubles du comportement " (ds chap. Neuropsychiatrie) & M Bouvard, M. Dugas " Troubles anxieux " in E. Aubert, Y. Aujard, G. Lenoir. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences. 1992. Pp.487-495. [147]]

La deuxième raison est que l'enfant souffrant de déficit d'attention est très sensible au stress. Il est certain que celui qui vit dans la pauvreté vit beaucoup plus de stress, ce qui accentue les symptômes de son déficit d'attention et rend son traitement plus nécessaire. D'où l'importance d'offrir à ces enfants plus que des médicaments, ce que nous tentons de faire. [Site Elaine : Les réponses du Dr. Guy Falardeau. Auteur de : " Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider ", Montréal, le jour éditeur, 1992.[142]]

Commentaires : la gestion du stress : inversion d'un éventuel lien causal entre stress et hyperactivité (cf. Entretien de Joelle).

Autisme

Des études effectuée auprès d'autistes montrent que l'efficacité de la fenfluramine " porte en partie sur l'hyperactivité, la distractibilité et pourrait se rapprocher de l'efficacité des psychostimulants dans les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité motrice " (183). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. [239]]

Potion anti-cocaïne

« A new more effective form of the drug Ritalin(tm) (methylphenidate) that produces fewer side effects and has the potential to be used in anticocaine therapy could soon be available, according to research findings presented here today at the national meeting of the American Chemical Society, the world's largest scientific society » [American Chemical Society. 22 March 99. C.Marsh. (Charmayne Marsh). " Improved Ritalin(tm). Offers Smaller Doses And Fewer Side Effects ". 18]

« Using a new synthesis developed in his lab, University of Pennsylvania chemist Jeffrey Winkler, Ph.D., and his research group were able to make analogues of Ritalin that he says "have never been prepared before." Additionally, he notes, "Some of those new compounds look like very interesting candidates as anticocaine therapies". » [American Chemical Society. 22 March 99. C.Marsh. (Charmayne Marsh). " Improved Ritalin(tm). Offers Smaller Doses And Fewer Side Effects ". 26]

« "We have just developed the most potent compounds known in the literature, which have a ten to one selectivity for inhibiting cocaine without interfering with dopamine," claims Winkler. "And, we have just started our studies," he adds. » [American Chemical Society. 22 March 99. C.Marsh. (Charmayne Marsh). " Improved Ritalin(tm). Offers Smaller Doses And Fewer Side Effects ". 38]

« While synthesis of the improved form of Ritalin for treatment of ADHD is ready for commercial scale-up, Winkler says, the anticocaine portion of the research is still in the early stages and has yet to be studied in animals and humans ». [American Chemical Society. 22 March 99. C.Marsh. (Charmayne Marsh). " Improved Ritalin(tm). Offers Smaller Doses And Fewer Side Effects ". 40]

« Since Ritalin works at the same receptor in the brain as cocaine, Winkler's group is examining their new analogues in cloned cell lines to see if they can be used to block the uptake of cocaine in that

area of the brain, without inhibiting the normal flow of dopamine, an important chemical neurotransmitter vital to the proper functioning of the central nervous system. » [American Chemical Society. 22 March 99. C.Marsh. (Charmayne Marsh). " Improved Ritalin(tm). Offers Smaller Doses And Fewer Side Effects ". 35]

« Le rôle de la dopamine a été longtemps controversé, mais on connaît bien maintenant son rôle important. Par ailleurs les neuroleptiques qui bloquent l'action de la dopamine suppriment l'autostimulation. La cocaïne favorise la libération de dopamine et bloque sa recapture dans le noyau accumbens et le cortex frontal a des effets euphorisants. » [Intro aux Neurosciences comportementales (licence Psycho.Uni Tours, FR. Alain Lenoir). 09.11.00. 620]

« Une étude récente a fait apparaître que les médecins français prescrivent environ quatre fois plus de sédatifs, d'hypnotiques et de tranquillisants que leurs collègues allemands ou britanniques. Certaines de ces substances sont consommées de façon abusive en remplacement ou en complément de l'héroïne. » [Rapport annuel de l'OICS. Nations Unies. Service d'information. 23 février 2000. Consommation de substances psychotropes. 30]

Médecine prédictive

« Fact: Stimulants help many children focus and be more successful at school, home, and play. Avoiding negative experiences now may actually help prevent addictions and other emotional problems later. » [Site NIMH (National Institute of Mental Health). " Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) " 412]

« Les effets du méthylphénidate prescrit durant l'enfance sur le devenir à l'âge adulte ont été peu étudiés, et il n'est pas démontré que le traitement modifie l'intégration psychosociale sur le long terme ». [Revue Prescrire. Juin. 97 /tome 17. N.174, p.391-396. " Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate ".[108]]

« Selon l'étude prospective de Satterfield et coll (1981), après trois ans de traitement par MPH (20 à 25 mg/j), une amélioration globale des enfants persiste. Les enfants ayant reçu un traitement prolongé au-delà de deux ans présentent de meilleurs résultats scolaires, moins de conduites antisociales et une meilleure attention que les enfants traités en deça de deux ans. » (128). [Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988. [152]

« When the answers differed, untreated ADHD children took almost 700 milliseconds longer to respond correctly during a switch between the two questions than they had when they answered the same question repeatedly. Medicated children and the non-ADHD children still took 200 milliseconds. (...) "This can't be good," Kramer said. "When a teacher says, 'Hey, pay attention,' these kids will have to be switching from one thing to something else. When they are teen-agers and go out to drive a car, a hundred milliseconds can become quite important if you have to swerve or apply the brakes." The study gave a new look at cognitive changes and differences involved in ADHD, Kramer said ». [News from the University of Illinois at Urbana-Champaign. August 2000. " Ritalin helps children with ADHD maintain normal reaction time ".31- 35]

« Une autre étude plus importante encore pour la plupart des parents révèle que les jeunes adultes traités au méthylphénidate pendant trois ans ont un plus faible taux de délinquance et d'accidents de véhicules à moteur que les sujets témoins. Il ont aussi plus de facilité à s'entendre avec les autres et ont une meilleure estime de soi (6) ». [Société canadienne de pédiatrie (SCP). 1990. " Le méthylphénidate dans l'hyperactivité avec déficit de l'attention ".16]

« We used to think children would "grow out" of ADHD. We now know that is not true for most children. Children with ADHD get better as they grow older. Many learn to adjust for their problems. Hyperactivity usually stops in the late teenage years. But about half of children with ADHD continue to be easily distracted, with wide mood swings, hot tempers and an inability to complete tasks ». [American Academy of Family Physicians. (Web Site AAFP). " Does Your Hyperactive Child Have ADHD? ". " How to Take Medicine for ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) ", " Managing the Child with ADHD ". 171]

« Selon elle : " Il y a des enfants devant moi qui souffrent et risquent d'avoir leur vie foutue. Il faut le plus d'informations possible. Mon but est d'aider les enfants. Pour qu'ils ne se retrouvent pas à 13-14 ans dans la déprime ou la délinquance". » [GHI. 27 avril 2000. "Enfants hyperactifs. La cause cachée" [55]]

« L'hyperactivité de l'enfant est une affection invalidante avec des conséquences potentielles graves à long terme ». [Association Hyperactif un enfant comme les autres. Site Internet. [117]]
[VOIR Nodes : Pronostic]

Progression « accompagnée»

a) le traitement qui permet d'endiguer (ou non) l'évolution pathologique ou d'éviter les effets secondaires, conséquences sociales).

« La discussion sur la médication soulève généralement la question de l'évolution de l'entité et donc du pronostic ». [BougeTrop.Desjardins : 321]

« Le rejet par les pairs représente donc un phénomène précoce qui demeurera stable par la suite » (p.90). Les auteurs expliquent que ces enfants présentent " des comportements déviants autant dans les jeux spontanés que dans les activités dirigées" (p.90). [Agité&distrait.Corraze : 203 - 204]

Sur la subsistance ou non du syndrome à l'adolescence. "le nombre de sujets porteurs de comportements antisociaux reste préoccupant" (p.94) [Agité&distrait.Corraze : 238]

« Children with loving, supportive parents who work together with school staff, mental health specialists and their doctor have the best chance of becoming well-adjusted adults ». [AmerAssocFamilyPhysician : 172]

« For example, roughly two thirds of 158 children with ADHD my colleagues and I evaluated in the 1970s still had the disorder in their twenties. And many of those who no longer fit the clinical description of ADHD were still having significant adjustment problems at work, in school or in other social settings. » [Barkley.ScientificAmerican.98 : 46]

Le récit se termine aux alentours de 18 ans : les parents " se doutent bien que tous les problèmes de Philippe ne sont pas résolus et qu'ils ne le seront peut-être jamais complètement. Mais ils sont encouragés à la pensée qu'ils ont réussi à lui fournir un bon départ dans la vie, une poussée ferme dans la bonne direction " (p.44). [BougeTrop.Desjardins : 66]

« Il y a quelques années j'avais l'habitude de comparer les DA-H et le diabète juvénile. Dans les deux cas, je disais qu'il était nécessaire de remplacer la substance chimique manquante. Depuis je me suis ravisé : un enfant diabétique ne peut vivre sans insuline, alors que l'enfant dont nous parlons peut fonctionner sans Ritalin. Sa situation s'améliore avec le temps » (p.142) [BougeTrop.Desjardins : 254]

« Nous pouvons alors mieux comprendre combien il devient précieux d'aider l'enfant avec un DA-H, et le plus tôt possible, afin de lui permettre de vivre des expériences positives tant à la maison qu'à l'école. Cet accompagnement en bas âge peut en effet lui permettre d'accumuler échec sur échec et de se considérer trop vite comme perdant » (p.189). [BougeTrop.Desjardins : 336]

« The core symptoms needed to be assessed both at home and school as does the functional impact of the complicating features. Children who are untreated and have conduct disorder are at much higher risk of later criminal activity ». [British.Medic.Journ.05.98 : 52]

« Children do not usually grow out of attention deficit hyperactivity disorder by puberty and treatment is indicated for as long as benefit is obtained. About 60% of sufferers still have the condition in adulthood ». [British.Medic.Journ.05.98 : 70]

« L'amélioration symptomatique peut se maintenir suite à une interruption temporaire ou définitive (de la médication) ». [Compendium.Rit : 124]

« Le traitement médicamenteux ne doit pas être envisagé sans limite; en règle générale, il peut être arrêté pendant ou après la puberté ». [Compendium.Rit : 125]

« L'efficacité des psychostimulants à l'adolescence a longtemps été discutée », mais des études « ont montré une amélioration des troubles du comportement et des fonctions cognitives, notamment avec de faibles doses de MPH » (127). [Dollfus.PsychotropesEnfants : 145]

« Pour la majorité des auteurs, le devenir des enfants traités par psychostimulants est beaucoup plus sévère (128) Cf. 1971 Mendelson et coll. ; 1972 Minde et coll. ; 1975 Weiss et coll. ; 1981 Loney et coll." Satterfield et coll (1982) qui notent un pourcentage bien plus élevé de comportements antisociaux ou délictueux chez des adolescents qui ont été traités par méthylphénidate pendant 2 à 4 ans dans l'enfance que dans un groupe témoin (non traité), apparié selon l'âge, le sexe, la race. « Ces troubles du comportement étaient d'autant plus fréquents que la classe socio-économique d'origine était basse (il aurait été intéressant de comparer cette délinquance à la délinquance propre à leur classe socio-économique d'origine). » (129) [Dollfus.PsychotropesEnfants : 154 - 158]

"Lambert et coll (cité par Hechtman, 1985), trouvent parmi des adolescents considérés comme "hyperkinétiques" dans l'enfance et traités pendant 4 à 5 ans par psychostimulants, 43 % d'adolescents "hyperkinétiques" et présentant des comportements délictueux, des mauvais résultats scolaires, un quotient intellectuel bas. 23 % seulement ne posent plus de problème de comportement ou scolaire" (129) [Dollfus.PsychotropesEnfants : 160]

« Ni le type de stimulant, ni la durée du traitement n'influeraient sur l'apparition d'une toxicomanie à l'adolescence (Krammer et Loney 1982) ou à l'âge adulte (Hechtman et coll. 1984). Pour Loney et coll (cité par Brown et coll. 1985), les sujets répondeurs au MPH présenteraient un moindre risque à développer une toxicomanie ultérieure » (129) « Dans le cadre de l'effet thérapeutique recherché et non des effets secondaires spécifiques, l'évolution semble identique lorsque les enfants ont été traités par des neuroleptiques ou des psychostimulants (...). Lorsque la chimiothérapie a été associée à d'autres mesures thérapeutiques (notamment psychothérapeutiques), le devenir semble beaucoup plus positif » (130) [Dollfus.PsychotropesEnfants : 168-169]

« There is also evidence that effective treatment during childhood leads to better ultimate outcome as adults » (320) [HandbookPsychopharmaco.99 : 145]

« The available evidence, however, suggests that effective treatment of ADD may have long-lasting effects on the psychosocial adjustment of the patient » (320) [HandbookPsychopharmaco.99 : 147]

« Les résultats à long terme montrent que l'impact combiné de ces programmes a été positif, déclare Richard Tremblay. Les garçons qui en ont bénéficié ont mieux réussi à l'école et ont eu moins de problèmes de délinquance ou de consommation abusive dans leur adolescence. C'est d'ailleurs l'une des rares recherches dans ce domaine qui soit concluante, ajoute-t-il. » [Hyperact-abus drogue : 68]

« Le méthylphénidate n'entraîne aucune dépendance physique. Les études de Weiss et al (1975) ont montré que le méthylphénidate ne favoriserait pas particulièrement le développement de toxicomanies ultérieures. L'importance de cette question justifie d'autres études pour confirmer ces données. Elles sont néanmoins difficiles à conduire pour discriminer dans l'évolution ce qui pourrait être une complication du trouble (trouble des conduites...) et une complication du traitement » (1912). [Lebovici,Soulé, Diatkine.97 : 42]

L'auteur prévient les risques de stigmatisation que peuvent provoquer les résultats de ces bilans psychologiques et défend "la nécessité d'une confidentialité" concernant les résultats (qui ne être communiqués qu'au médecin traitant ou scolaire) : "on risque de faire porter à l'enfant une étiquette de déficient intellectuel qui le pénalisera et aura une influence néfaste sur son comportement ultérieur" (p.17) [Maillet.Psy.expl.parents : 45]

« Faute de cette prise en charge, la maladie persévère à l'âge adulte avec les mêmes symptômes, à l'exception de l'hyperactivité qui s'atténue ». [Medisite.Hyperactivité : 113]

« A correct diagnosis lets people move forward in their lives. Once the disorder is known, they can begin to receive whatever combination of educational, medical, and emotional help they need ». [Nat.Inst.Mental.Health : 303]

« Lisa is about to graduate from high school. She's better able to focus her attention and concentrate on her work, so that now her grades are quite good. Overcoming her depression and learning to like herself have also given her more confidence to develop friendships and try new things. Lately, she has been working with the school guidance counselor to identify the right kind of job to look for after graduation. She hopes to find a career that will bypass her attention problems and make the best use of her assets and skills. She is more alert and focused and is considering trying college in a year or two. Her counselor reminds her that she's certainly smart enough. » [Nat.Inst.Mental.Health: 495-498]

« With effective combinations of medicine, new skills, and emotional support, people with ADHD can develop ways to control their attention and minimize their disruptive behaviors. Like Henry, they may find that by structuring tasks and controlling their environment, they can achieve personal goals. Like Mark, they may learn to channel their excess energy into sports and other high energy activities. And like Lisa, they can identify career options that build on their strengths and abilities. As they grow up, with appropriate help from parents and clinicians, children with ADHD become better able to suppress their hyperactivity and to channel (canaliser) it into more socially acceptable behaviors, like physical exercise or fidgeting. » [Nat.Inst.Mental.Health : 509-513]

« Other NIMH-sponsored research is examining the long-term outcome of ADHD. How do children with ADHD turn out, compared to brothers and sisters without the disorder? As adults, how do they handle their own children? Still other studies seek to better understand ADHD in adults. Such studies give insights into what types of treatment or services make a difference in helping an ADHD child grow into a caring parent and a well-functioning adult ». [Nat.Inst.Mental.Health : 544-545]

« In the adolescent followup phase of the Iowa study (to be described in more detail), there were relatively few medication-related differences in substance use experiences, but adolescents who had not been medicated had more experience with marijuana and binge drinking, as well as more drunk driving and alcohol-related police contacts, than their medicated counterparts (Kramer, Loney, Whaley-Klahn, 1981) ». [NIH.Loney.Risk.Treatm.98 : 25]

« Involvement with tobacco was positively associated with the severity of aggressive symptoms in childhood ($p = .02$), and there was also a weak trend ($p = .07$ one-tailed) for medicated boys to be less involved with tobacco as young adults ». [NIH.Loney.Risk.Treatm.98 : 70]

« Conclusions and Future Directions. Although these data have limitations for predicting the specific results of treating an individual child, they should alleviate (soulager) the general concern that treatment with CNS stimulants such as methylphenidate (Ritalin) has significant negative effects on children's subsequent attitudes toward or use of legal or illegal substances. » [NIH.Loney.Risk.Treatm.98 : 76 - 77]

« Une évolution peu réjouissante hors prise en charge ... » [Présentat.Hypsos : 116]

Une étude dans le long terme suggère que " that successful stimulant treatment during adolescence and even adulthood may be helpful in modifying the natural history of ADHD. Outcome may not be significantly affected, however, unless drug therapy is combined with other treatments (Satterfield et al. 1981) " (151). [ReviewPsychiatry.1989 : 87]

« Briefly describes the historical development of the Symptom Inventories and their psychometric properties. The primary focus of the article is the use of the Symptom Inventories, particularly the ADHD Symptom Checklist-4, to evaluate response to medication and to assess comorbidities that may be associated with enhanced or attenuated response to treatment ». [Revue de presse.Checkmateplus : 529 - 530]

« De plus, on ne sait pas vraiment ce que l'usage des amphétamines chez l'enfant aura comme conséquence plus tard. » [Santé.Ib.L'hyperactivité : 28]

« Je ne suis pas un chercheur mais j'ai prescrit dans ma vie du Ritalin à des centaines d'enfants (je l'ai dit) et les pires effets secondaires que j'ai pu constater sont des nausées, des maux de tête et une diminution de l'appétit. Il est évidemment facile de prétendre que des effets graves surviendront plus tard. Si c'est le cas comment ces études ont-elles pu les constater? ». [Site Elaine. Dr.Falardeau : 253]

« Il est certain que les enfants avec Thada, s'ils restent non traités, courent le risque d'être toujours plus marginalisés dans la société, de s'associer avec d'autres marginaux et de glisser dans la délinquance et l'usage de drogues dures. » [Tribune GE. 9 déc.98 : 19]

b) Tendances à la chronicisation (pérenisation) du trouble. Justification des traitements précoces ou ouverture d'un marché nouveau.

Différentes questions sont à examiner : " les symptômes prennent-ils d'emblée une forme spécifique ? Les diagnostics posés précocement ont-ils des chances d'être stables ? Existe-t-il des signes singuliers dont la présence augmente les chances de stabilité ? Que penser des sujets qui échappent précocement au diagnostic ? " (p.89) [Agité&distr. Corraze : 197]

« Des troubles hyperkinétiques peuvent toutefois subsister à l'âge adulte; un traitement avec Ritaline/SR peut donc se prolonger au-delà de la puberté ». [Compendium.Rit : 126]

« Un des mythes entourant l'usage du Ritalin veut que l'on cesse la médication dès l'adolescence. Les études démontrent pourtant que 80% des adolescents ayant eu recours au Ritalin étant jeunes continuent d'en avoir besoin à l'adolescence. » [Elaine.Site : 209]

« Nonetheless, little has been done to assess the effectiveness of psychostimulants in adolescence » (p.320) [HandbookPsychopharmac.99 : 144]

« La tranche d'âge dans laquelle la Ritaline® a été le mieux étudiée concerne les 7-12 ans. Les études chez l'adolescent sont infiniment moins nombreuses, bien qu'elles confirment l'efficacité de la molécule dans la même indication ». [Méd.Thér.Pédiat.Juin00 : 111]

« Enfin, une tâche va s'imposer : les troubles mentaux constituent une infirmité surtout s'ils s'installent dans la chronicité. Il conviendrait donc de créer un axe spécial qui inclut l'évaluation du handicap qu'ils entraînent : c'est une tâche à laquelle doit contribuer le CTNERHI »(VIII) [Misès. CFTMEA. 1992 : 63]

« Myth: Medication should be stopped when the child reaches adolescence. Fact: Not so! About 80 percent of those who needed medication as children still need it as teenagers. Fifty percent need medication as adults. » [Nat.Inst.Mental.Health : 417 - 419]

« And although we know that half of all children with ADHD will still show signs of the problem into adulthood, we also know that the medications and therapy that help children also work for adults ». [Nat.Inst.Mental.Health : 515]

« La crainte que les stimulants soient surprescrits est infondée, Dr M. Weiss, psychiatre, la balaie du revers de la main dans un récent article " 5 % des enfants de six à 18 ans souffrent de TDAH. Mais en Colombie-Britannique, seulement 0,8 % des enfants reçoivent des stimulants. Et le taux de traitement diminue à l'adolescence. " En d'autres mots, environ 90 % des adolescents souffrant de TDAH ne sont pas traités. » [News.Hypsos.21.10.00 : 47]

« En règle générale, avec l'arrivée de la puberté, le syndrome s'estompe et la période de maturation s'améliore. En même temps, tout retard de croissance ou de poids se corrige d'habitude spontanément ». (1279). [Pharmacologie Clinique 1988 : 130]

« L'hyperactivité a longtemps été considérée comme un trouble spécifique de l'enfant, dont l'évolution naturelle était la disparition au moment de l'adolescence. Les nouvelles études à long terme de cohortes réalisées aux États-Unis ou au Canada nous apportent un éclairage nouveau sur l'évolution de ce trouble (G. Weiss et Gittelman). » [Présentat.Hypsos : 192]

c) Logique préventive. Accidents, comportements antisociaux, délinquance, toxicomanie, ... syndrome comme signe du devenir... changement d'expression pathologique.

"Though motor activity may diminish with age, risk for future psychiatric disorders exists" (p.17). Huessy estime par exemple que chez les enfants diagnostiqués hyperactifs le risque est 20 fois plus élevé d'institutionnalisation pour délinquance ou problèmes psychiatriques (trad. Littérale). [ADD.Ouvr.collectif.85 : 98]

Apparemment, on trouverait "33 % des individus du groupe pathologique porteurs d'un diagnostic psychiatrique contre 1 % des contrôles. Dans ce cadre, 18 % ont une personnalité antisociale contre 2 % des contrôles, 16 % une toxicomanie non alcoolique contre 2 %. Toutes ces différences sont statistiquement significatives" (p.95. Chiffres calculé à partir d'une population de 186 ind. dont 91 sujets pathologiques). Mais d'autres études obtiennent des résultats passablement différents. Les auteurs estiment ici, pour " rendre compte de ces différences ", que " essentiellement, la méthodologie d'évaluation n'est pas la même " (p.96). [Agité&distrait.Corraze : 250-251]

« les relations avec la police sont prévisibles à partir de la stabilité émotionnelle, du statut social et économique, des pratiques pédagogiques » (p.98). [Agité&distrait.Corraze : 265]

Par ailleurs, l'estime de soi des enfants TDA devenus adolescents est plus faible que celle des groupes de contrôles. " A l'examen clinique de ces adolescents, on est souvent frappé par la nature dysphorique de leurs réactions quand ils parlent d'eux-mêmes, alors que le milieu familial n'a pas la notion de manifestation dépressive " (p.94). [Agité&distrait.Corraze : 246 - 247]

« Since only about 30% of persons with ADHD continue to have the diagnosis into adulthood, it seems probable that adults who still have ADHD may represent special cases of the disorder » (p.1516) (Voir Wilens T., Biederman J., Spencer R., Frances R. " Comorbidity of attention-deficit hyperactivity and psychoactive substance use disorders. Hospital Community Psychiatry 1994 ; 45 : 421-423). [Am.J.Psychiatry, 156.10.99 : 46]

Les critères pronostics (indicateurs de l'évolution) retiennent 3 facteurs : " les capacités intellectuelle de l'enfant " ; " la présence ou non d'agressivité et de problèmes de conduite " ; " la mise en place d'interventions et d'approches qui tiennent compte de l'enfant et de son environnement social " (p.109). [BougeTrop.Desjardins : 160]

L'émancipation " normale " de l'adolescent intervient différemment dans les familles avec un enfant DA-H qui est déjà familiarisée " avec certains aspects de l'adolescence " comportement d'opposition, d'affirmation de soi... [BougeTrop.Desjardins : 322]

La seule étude longitudinale connue de l'auteur (menée par une équipe de l'Hôpital pour enfants de Montréal) suggère que " des difficultés de comportements et des symptômes spécifiques persistent encore à des degré divers chez 50 à 65 % des adultes ", que " leur niveau de scolarité et leur statut socio-économique sont généralement inférieurs à ceux de leurs frères et sœurs, ainsi qu'à ceux des adultes du groupe de contrôle ". [BougeTrop.Desjardins : 333]

Instabilité professionnelle plus marquée chez les hyperactifs. Suggère une continuité dans le fait que "l'ajustement social sera plus problématique" tout au long de la vie ; mais l'auteur précise qu'il s'agit d'une tendance globale, et que certains cas s'en sortent très bien : "pour une raison ou pour une autre, ils ont échappé à la difficile trajectoire qui se dessinait devant eux" (p.188). [BougeTrop.Desjardins : 334]

« Rutter et al noted 30 years ago that hyperactivity lessened with time but that it was often replaced by other problems, especially antisocial and learning difficulties (Rutter M, Graham P, Yule W. A neuropsychiatric study in childhood. London: Spastics International Medical Publications, Heinemann , 1970). [British.Medic.Journ.05.98 : 59]

« Enfin, le pronostic serait assombri par 30 % d'enfants qui développent des troubles des conduites antisociales à l'adolescence. À l'âge adulte, on retrouve une diminution importante de l'hyperagitation

motrice (8 % seulement resteraient hyperkinétiques), tandis que 20 % des jeunes patients conserveraient des difficultés d'apprentissage ou des troubles émotionnels (MANUZZA, 1993) ». [Coridys.Hopit@.Neuro.lyon : 93]

« Un certain nombre de facteurs seraient prédictifs d'une évolution péjorative, en particulier vers des troubles des conduites sociales ; il s'agit d'une part de la coexistence d'autres affections mentales (troubles des conduites), d'autre part du milieu socio-économique et du quotient intellectuel ; les enfants à Q.I. élevé, émanant de milieux favorisés auraient un bien meilleur pronostic ». [Coridys.Hopit@.Neuro.lyon : 95]

« L'étude récente de Gittelman-Klein et coll (1985) montre que les troubles déficitaires avec hyperactivité de l'enfance persistent dans 31 % des cas à l'âge adulte et que le plus grand facteur de risque pour l'apparition de conduites anti-sociales et d'une toxicomanie est la persistance de ce syndrome » (129) [Dollfus.PsychotropesEnfants : 162]

« Ainsi en dehors de quelques études (Hinton et Knights, 1971, Riddle et Rapoport, 1976 ; Charles et Schain 1981, Satterfield et coll 1981), la plupart des auteurs constatent la persistance des symptômes (troubles de l'attention et hyperactivité motrice) malgré un traitement prolongé par le méthylphénidate (au-delà de 2 ans) et surtout insistent sur le développement de conduites antisociales (20 à 30 % des cas selon Hechtman 1985), de difficultés et retards scolaires, de troubles relationnels et d'une mauvaise estime de soi. Ces résultats avaient déjà été constatés par Hechtman et coll. En 1976 » (129). [Dollfus.PsychotropesEnfants : 165]

« C'est en effet dans l'éducation qui culpabilise le corps et les initiatives du petit âge qu'il faut voir l'origine de beaucoup de névroses caractérielles et sexuelles » (p.79) [Dolto.Extrait : 100]

« Plusieurs études récentes indiquent qu'il n'y aurait pas de différence entre les jeunes hyperactifs (à l'adolescence ou à l'âge adulte) médicamenteux ou non, en ce qui concerne la toxicomanie, l'alcoolisme, les accidents d'automobiles ou les mésadaptations sociales ». [Elaine.Site : 228]

« In a related follow-up study, conduct disorders in adolescents almost exclusively occurred in those who retained features of ADD » (320) [HandbookPsychopharmaco.99 : 148]

« Conceivably, effective intervention early in childhood may alter the course, decreasing the likelihood of developing conduct disorder as an adolescent and antisocial personality disorder with various complications (e.g. alcohol and drug abuse, criminality) as an adult. » (320) [HandbookPsychopharmaco.99 : 149]

« En 1993, les chercheurs de l'école de médecine de l'Université Harvard ont constaté que, parmi les adultes ayant reçu un diagnostic d'hyperactivité, les taux de consommation d'alcool et d'autres drogues étaient trois fois plus élevés que ceux des adultes non hyperactifs. » [Hyp.Cocaine.96. : 21]

« Les troubles du comportement débutent dans l'enfance. Les troubles de la personnalité sont plus tardifs mais les premiers peuvent précéder les seconds ». [Hyper.enf.com.autres : 111]

« ces troubles semblent disparaître ou fortement s'atténuer avec l'adolescence. Quand ce n'est pas le cas, on retrouve des personnalités mal insérées, socialement instables, dépressives ou marginales ». [Le monde.15.09.95 : 28]

Selon l'auteur, les difficultés rencontrées avec les adolescents témoignent d'un profond malaise inter-générationnel, les craintes liées à l'incertitude de l'avenir, et la recherche des limites à travers des attitudes provocantes. [Maillet.Psy.expl.parents : 27]

« Plus on intervient précocement dans l'installation des troubles, plus on a de chance d'éviter la constitution d'une situation bloquée avec impossibilité d'en sortir. D'où l'intérêt d'un diagnostic précoce avec la mise en oeuvre d'une prise en charge adaptée » (p.72) [Maillet.Psy.expl.parents : 68]

« A certaines périodes du développement comme l'adolescence, le traitement médicamenteux, qui était jusque là bien accepté, prend une nouvelle signification symbolique, le rendant presque menaçant ». [Méd.Thér.Pédiat.Juin00 : 117]

« La prescription de la Ritaline(r) en dehors de la tranche d'âge classique des enfants d'âge scolaire est donc plus aléatoire, bien qu'elle se développe actuellement. » [Méd.Thér.Pédiat.Juin00 : 118]

« On reconnaît actuellement que, jusqu'à l'adolescence, le risque de co-occurrence entre hyperactivité et abus de substance n'est pas plus grand chez les enfants hyperactifs sans autre trouble comorbide que dans la population générale » [13]. « Mais à partir de cet âge (l'adolescence), ce risque (d'abus de substance) pourrait s'accroître, d'autant que la symptomatologie hyperactive persiste, qu'il existe des antécédents familiaux d'hyperactivité et d'abus de substance et qu'il existe un trouble des conduites ou un trouble bipolaire associés » [1]. [Méd.Thér.Pédiat.Juin00 : 122]

« On the average, at least one child in every classroom in the United States needs help for the disorder. ADHD often continues into adolescence and adulthood, and can cause a lifetime of frustrated dreams and emotional pain ». [Nat.Inst.Mental.Health : 32]

« At age 17, Lisa still struggles to pay attention and act appropriately. But this has always been hard for her ». [Nat.Inst.Mental.Health : 58]

« And many teenagers go through a phase when they are messy, disorganized, and reject authority. It doesn't mean they will have a lifelong problem controlling their impulses ». [Nat.Inst.Mental.Health : 135]

« Today, at age 14, Mark is doing much better in school. He channels his energy into sports and is a star player on the intramural football team. Although he still gets into fights now and then, a child psychologist is helping him learn to control his tantrums and frustration, and he is able to make and keep friends. His grandparents point to him with pride and say, "We knew he'd turn out just fine!". » [Nat.Inst.Mental.Health : 490-492]

« Si la problématique du sujet exprimant son mal-être par un comportement hyperactif n'est pas traitée dans son ensemble, il y a de fortes probabilités qu'à l'adolescence l'agitation se transforme en comportement agressif, voire violent ou délictueux ». [Nouvel Obs.06.00.C.Ehrenberg : 35]

« Nevertheless, with the exception of the well-documented unsafe driving behavior in older teenagers, little empiric evidence is available about the association of ADHD and increased risk for injury in children ». [Pediatrics.102.98 : 126]

« Il (Dr Haenggeli) rapporte qu'on lui adresse des jeunes adolescents, âgés de 13-14 ans, internés à La Clairière, dont le comportement fait suspecter un syndrome ADHD. Même si l'anamnèse faite auprès des parents correspond, la prise en charge thérapeutique des jeunes de cet âge est extrêmement difficile. » [Petition Anti psychotropes : 172]

« Conséquences et évolution du syndrome. A court terme, l'enfant est mal accepté par sa famille et par ses camarades d'école. L'échec scolaire fréquent, la scolarité n'étant " normale " que dans 20 % des cas "" L'ensemble de la symptomatologie peut disparaître spontanément à la puberté (dans 1/3 des cas environ), mais le plus souvent les troubles de l'attention et l'impulsivité persistent » (voir Journ Amer Acad Child Adolesc Psychiatry, 1991 : 30 (3) : p.383-387). [Prescrire. Nvté médocs.06.97 : 154 - 155]

« La marginalisation qui s'en suit mène souvent à la délinquance et enfin par une tendance marquée à recourir aux drogues, 72 % des enfants ayant évolué vers la toxicomanie avait de "l'hyperactivité". » (prof. Manzano ! 1997,dans "neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence"). [Présentat.Hypsos : 129]

« La majorité (env. 70%) de ces enfants garderont ce syndrome à l'âge adulte (à l'exception de l'hyperactivité motrice qui va s'amender à l'adolescence) et malgré une maturation psychique, présenteront encore des problèmes tels que: procrastination, c'est à dire remettre au lendemain, de façon répétitive, leurs responsabilités, familiales et professionnelles (ils reportent leur travail jusqu'au point de devoir y consacrer des nuits blanches pour terminer dans les échéances fixées), nervosité intérieure, trouble du sommeil, irritation, variations d'humeur, peu d'estime de soi, abus de

substances, défaut d'attention, sueurs, allergies, impulsivité, instabilité émotionnelle et dépression. » [Présentat.Hypsos : 194]

« Les jeunes adultes TDAH sont aussi substantiellement plus exposés lors de la conduite automobile, une étude le montre clairement, ils ont plus d'accidents, plus de blessures et plus de contraventions (excès de vitesse et conduite sans permis) , bientôt une meilleure prévention ? » [Présentat.Hypsos : 202]

« Les statistiques du Dr. Layne (KidsPeace) publiées dans le magazine "Healing", montrent que 79 % des adultes souffrant de TDA se plaignent d'anxiété et de tristesse, 75 % ont des problèmes de relations interpersonnelles, 30 % laissent tomber l'école, 25 % ont des tendances antisociales et seulement cinq % font des études supérieures ». [Présentat.Hypsos : 204]

« Nombreux résultats controversés concernant le développement de conduites antisociales, d'abus de substances, de difficultés académiques, de troubles dépressifs majeurs, de troubles de l'humeur et de troubles bipolaires. On en sait encore moins sur le devenir adulte simplement parce que très peu d'enfant ont été suivi dans leur vie d'adulte. Quoiqu'il en soit ceux-ci semblent changer souvent de travail. Le "core symptoms of ADH " semble persister dans 10 à 40 % des cas. La personnalité antisociale et l'abus de substance sont fréquemment relevées.De même que des perturbations de l'humeur, une labilité émotionnelle. [ReviewPsychiatry.1989 : 58- 61]

« Conclusions: These academic and psychosocial problems in adolescents with a childhood diagnosis of ADD suggest potential long-term ramifications for vocational and psychological functioning in adulthood. In addition, the presence of CD in some of these cases during adolescence appears to further increase the risk for maladaptive outcome. » [Revue de presse.Checkmateplus : 238 - 243]

« Finally, and ironically, neuropsychiatrically impaired children, by virtue of their hyperactivity and impulsivity, often invite abuse » (p.559). [Résumé. Epid.Violence : 21]

« L'inclusion d'un code réservé au syndrome " hyperkinétique " a généralement été estimée utile. Cependant, son nom et sa définition soulèvent tous deux des difficultés. L'hyperkinésie figure habituellement dans la dénomination de cette affection, mais on sait que la suractivité observée chez le jeune enfant diminue fréquemment avec l'âge et peut être remplacée par une sous-activité à l'adolescence. En conséquence, il semble nécessaire d'éviter que l'hyperactivité constitue un élément essentiel de la définition » (70) [Rutter 1975.CIM : 78]

« quels sont les maillons qui relient les troubles affectifs de l'enfance et les névroses de l'adulte ? » [Rutter 1975.CIM : 115]

« Une chose est certaine c'est que les "effets secondaires" des problèmes ou on considère justifié l'utilisation du Ritalin (déficits d'attention avec ou sans hyperactivité) sont beaucoup plus sévères. On n'a qu'à penser aux nombreux suicides et à toute la souffrance de ces individus pour s'en convaincre ». [Site Elaine. Dr.Falardeau : 255]

« 2. " Behavioral and Personality Characteristics of Adolescents with a History of Childhood ADD, » by Barry D. Garfinkel, M.D., and Steven H.Klee, Ph.D. pp.17-32 [ADD.Ouvr.collectif.85 : 12]

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES. PREVALENCE THADA + MEDICATION.

MATERIEL : 4.1.1. : 79 DOCS. 190 TEXT UNITS. 4.1.2 : 41 DOCS. 85 TEXT UNITS. 4.1.3. 22 DOCS, 32 TEXT-UNITS

1. Prévalence des enfants hyperactifs dans la population d'âge scolaire.

L'épidémiologie descriptive commence généralement par calculer la prévalence d'une affection, c'est-à-dire sa fréquence dans une population à un moment donné. On réserve le terme d'incidence d'une pathologie, lorsque cette mesure de la fréquence s'inscrit dans le temps (calcul à intervalles réguliers) et qu'elle évalue la fréquence de survenue de cas nouveaux de la maladie dans la population étudiée.

« les épidémiologistes ont établi, en se basant sur les critères classificatoires, des ensembles de questions identiques pour tous les sujets, permettant des réponses par oui ou par non qui peuvent être comptabilisées plutôt qu'interprétées. Au lieu de reposer sur l'évaluateur, la validité des diagnostics dépend du questionnaire et des répondants » (p.20) Dès lors pour les auteurs : « les diagnostics sont comparables » (J-P. Valla, L. Bergeron, P. Lageix, J-J. Breton (Uni Montreal) « *L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents* » publié par le Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Masson, Paris, 1996. p.20)

« L'évaluation de la psychopathologie des enfants et des adolescents repose aujourd'hui sur trois éléments. En premier lieu, les classifications DSM (...) fournissent un schéma de référence permettant d'uniformiser les critères de troubles mentaux, bien que la validité des concepts (*constructs*) soit limitée. Ceci représente une contribution majeure au développement de l'épidémiologie de la santé mentale (...) En second lieu, les chercheurs s'entendent actuellement sur la nécessité d'interroger l'enfant, le parent et, dans la mesure du possible, l'instituteur (...). En troisième lieu, l'évolution des mesures de la santé mentale s'oriente vers des instruments structurés accessibles aux parents et aux adolescents (ex. DISC-2) mais également aux enfants (...Ex. *le Dominique*) » (J-P. Valla, L. Bergeron, P. Lageix, J-J. Breton (Uni Montreal) « *L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents* » publié par le Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Masson, Paris, 1996. p.23).

Les auteurs concluent sur l'importance et la pertinence de l'épidémiologie.

Parce que « des erreurs de méthodes conduisant à des conclusions erronées peuvent donner lieu à des années de recherche infructueuses et de décisions inadéquates concernant les politiques de santé », l'obligation « de rigueur dans l'étude du fait psychique est à l'origine des classifications récentes du DSM-IV et de la CIM-10, qui sont en train de transformer la psychiatrie en une discipline scientifique. Dans la mesure où le raffinement clinique ne s'y perd pas, la psychiatrie ne peut qu'y gagner » (J-P. Valla, L. Bergeron, P. Lageix, J-J. Breton (Uni Montreal) « *L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents* » publié par le Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Masson, Paris, 1996. p.24)

« Si l'on peut établir avec relativement de précision les taux de prévalence de la déficience mentale et de quelques entités pathologiques graves comme l'autisme (2 à 4 pour 10'000), les études épidémiologiques sont loin d'être concordantes pour déterminer les taux de prévalence de la psychopathologie chez les enfants. Une étude regroupant 45 enquêtes de santé mentale auprès de populations d'enfants aux Etats-Unis et en Grande Bretagne indique des taux de prévalence variant entre 0,3 et 37 % (Gould et al.1980) » (Lalonde & Co, 1988, 890)

Concernant l'hyperactivité infantile, la prévalence des enfants affectés dans la population d'âge scolaire est systématiquement énoncée dans le corpus de discours sur lequel nous travaillons, et ce malgré les difficultés liées à la définition diagnostique.

Après avoir évoqué de manière globale, les chiffres avancés dans la plupart de nos sources, nous analyserons les variations, les nuances, les contradictions et les justifications qui accompagnent la plupart du temps ces chiffres, et qui non seulement témoignent de l'ambiguïté de leur production, mais font également preuve de conceptions étiologiques divergentes.

Même si nous ne disposons pas de manière exhaustive des nomenclatures diagnostiques utilisées à l'origine du calcul de prévalence, le DSM est la référence majeure, lorsque cette donnée est évoquée.

Le DSM (III, III-R, et IV) « sont les classifications les plus utilisées dans les travaux épidémiologiques récents » (p.19), et « les instruments les plus utilisés (...) sont les guides d'entrevues structurées mesurant les critères du DSM-III, du DSM-III-R et du DSM-IV » (J-P. Valla, L. Bergeron, P. Lageix, J-J. Breton (Uni Montreal) « *L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents* » publié par le Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Masson, Paris, 1996.p.21)

Selon les conseils d'utilisation du DSM-III-R, la prévalence est « souvent exprimée comme étant la proportion d'adultes [ici d'enfants] qui, à un moment ou à un autre de leur vie, auront la perturbation qui répond aux critères du trouble. Ce mode de présentation a l'avantage d'être immédiatement compréhensible, mais il est hautement tributaire de l'âge de début et de la proportion relative des gens de la population qui ont atteint cet âge. Les données sont souvent exprimées sous la forme d'une fourchette de résultats issus de plusieurs études distinctes. En l'absence de données épidémiologique, la prévalence est exprimée en termes généraux précédés par « apparemment » afin d'indiquer que l'évaluation repose sur l'expérience clinique. L'expression apparemment rare s'applique à des troubles qui peuvent ne pas être observés par un clinicien pendant plusieurs années de pratiques » (DSM-III-R, 23).

Dans la présentation des types d'informations figurant dans le texte du DSM-IV, la prévalence « expose ce qui est connu en matière de prévalence instantanée, de prévalence sur la vie entière, d'incidence et de risque de survenue pendant l'existence. Si possible, cette information est fournie pour différents échantillons (p.ex. dans la population générale, dans le cadre des soins primaires, dans les consultations spécialisées de soins ambulatoires, en hospitalisation psychiatrique) » (DSM-IV, 1996, 10).

Les données épidémiologiques récentes sur l'hyperactivité font état d'une prévalence moyenne qui oscille entre 3 et 5 % des enfants d'âge scolaire. Globalement, ces taux sont présentés comme résultat d'études spécialisées, tant dans les discours médiatiques que dans les écrits d'experts. Les variations évoquées se situent sur une fourchette de 1 % à 20 %.

Les chiffres de prévalence vont de **1 à 6 %** des populations d'enfants. [A.N.A.E.96. Messerschmitt : 23]
 It is a common disorder that affects **one in every 20 children**. [Amer. Assoc. Family Physician 1998: 111]
 Syndrome méconnu, le THADA touche **un enfant sur vingt** [Art.Illustré.19.01.00 : 11]
 Ce syndrome est un phénomène assez fréquent. On pense que **plus de 5 %** des enfants scolarisés présentent ce type de problème. [Aspedah.28.04.98 ou 2000 : 92 - 94]
 Rappelons-nous que la prévalence d'enfants hyperactifs se situe **entre 2.5 et 4 %** selon différentes études. [AVTES.Romandie : 125]
 Huge numbers of people are affected. Many studies estimate that **between 2 and 9.5 percent** of all school-age children worldwide have ADHD; [Barkley.ScientificAmerican.98 : 44]
 Il est maintenant reconnu que de **trois à cinq pour cent** des jeunes d'âge scolaire présentent un trouble déficitaire de l'attention (TDA) plus ou moins spécifique. La proportion d'entre eux qui présentent un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité avec prédominance de déficit attentionnel (TDAH-AD) n'a cependant pas encore été établie précisément. On croit cependant que ce serait environ le tiers d'entre eux. [Brown.ComprendreTDA 1999: 100]
 On estime que **5 à 10 %** des enfants sont atteints du THADA. [Concepts femme (aspedah) : 41]
 Entre **3 et 5 %** des enfants sont atteints de ce trouble [Courrier GE. 16 nov.98 : 79]
 La fourchette la plus communément admise est de **5%** de la population infantile. [Courrier GE. 20 nov.99 : 16]
Toutes les études rapportent des chiffres équivalents (...): 3 à 5 % de la population prépubère serait concernée par ce syndrome (BIR, 1988 - OFFORD, 1989 - BARKLEY, 1990). [Coridys.Hopital. Neuro.lyon 2000: 44]
 Chez les enfants hyperactifs avec déficit de l'attention (**3 à 6%** des enfants d'âge scolaire), [Effet Paradoxal : 28]
 L'hyperactivité est assez commune, affectant environ **4%** des enfants. Parfois, les données **varient de 3 à 11%** et même plus. [Elaine.NewEnglandJ.Med : 12]
 L'histoire de Marc n'est pas un cas à part. L'hyperactivité toucherait entre **3 et 5%** des enfants, [Fémina.25.04.99:27]
 Le diagnostic se fait souvent à l'âge scolaire alors que les symptômes nuisent à l'adaptation et atteindrait alors **3% à 5%** des enfants. [DSM.IV.Psychomedia : 6]
 Le THADA toucherait **entre 3 et 5%** des enfants en âge scolaire. [Hebdo.6 sept.01 : 17 - 17]
 En France, les spécialistes mentionnent que **le nombre d'enfants hyperactifs se situe entre 3 et 5 % du nombre d'enfants scolarisés**. [Hyper.enf.com.autres : 144]
 Prévalence dans les études : **1-20 %**, probablement aux environs de **5 %**. [Kaplan, manuel de psychiatrie clinique, 1992, 261]
 " Pour les professionnels de santé mentale qui croient en son existence, ce syndrome (...) serait très fréquent, sa prévalence étant estimée entre **1 et 6 %** de la population d'âge scolaire. [Le monde.15.09.95 : 37]
 " Ce syndrome (...) **atteindrait 3 %** des enfants prépubères. (p.415). [Marcelli.Enf.&psy.path : 38]
 Selon les statistiques des experts, **3%** des enfants souffrent de cette pathologie en Europe [medinweb.fr. Pro-anti-Rit : 17]
 Selon les données les plus récentes, sa prévalence serait de **8 à 10 %** des enfants scolarisés (selon l'AAP, mai 00) [Présentat.Hypsos : 48]
 L'Académie américaine de Pédiatrie (The American Academy of Pediatrics (AAP)) vient d'émettre, le 5 mai, ses nouvelles recommandations relatives à l'évaluation des enfants d'âge scolaire atteints du Trouble du déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité (TDA/H). On y apprend notamment que la prévalence de ce trouble est maintenant officiellement de **8 à 10 %** ! [News.Hypsos.21.10.00 : 27 - 27]

" Ce syndrome d'hyperactivité toucherait de **3 à 6%** des enfants d'âge scolaire" [Quot.Médecin.Rital. Janv.00: 13]
 Lislott Ruf, médecin-chef en neurologie du développement de l'Hôpital de l'Enfance de **Bâle**, estime qu'environ **10%** des enfants sont hyperactifs. [Reader'sdigest.12.98 : 22]
 Selon diverses estimations, **3 à 5%** des écoliers ont ce syndrome [New York Times.2.11.99 : 25]
 By consensus of opinions, ADHD affects **3% to 5%** of the pediatric Population but the prevalence estimates reported in the literature have **varied from 1% to 20%**, with diversity across cultures and socioeconomic status (7). [Pediatrics.102.98 : 118]
 Research shows there are an estimated **3 to 5 percent** of school-age children with Attention Deficit Disorder. [Pédagog.Adaptée.USA : 15]
 A recent review of **prevalence rates in school-aged community samples** (rather than referred samples) **indicates** rates varying from **4% to 12%**, with estimated prevalence based on combining these studies of **~8% to 10%**. [Practice Guideline.AAP : 46 - 47]
 Selon B. Hoza, qui participait à cette recherche, le taux de prévalence chez les enfants fraîchement scolarisés (en moyenne un enfant par classe) est estimé **entre 3 et 5 %**. [Resum.Arch.Gen.Psych.fév.00 : 12]
 It is estimated that **3 to 6%** of school-aged children are affected by this condition.[Science.01.99.Rôle Séroton: 22]
 ADHD is a complex disorder with both genetic and environmental determinants that affects **3 to 7%** of children. [Science.08.98.RésuméBarkley : 20 - 21]
 Si ces résultats sont confirmés chez l'homme, ils pourraient déboucher sur de nouveaux traitements pour ce trouble qui affecte de **3 à 6 %** des enfants d'âge scolaire. [Science.mag.15.1.99 : 12]
 The study is the latest entry in a heated battle over using drugs to treat ADHD, **diagnosed in about 4%** of school-aged children. [ScienceMag.N.285.29.08.99 : 12]
 Selon la plus récente version du D.S.M. (A.P.A., 1994), la prévalence ou le pourcentage du T.D.A./H. s'établirait entre **trois (3) et cinq (5) pour cent** chez les jeunes. [Site.Adapt.Scol.Fr.Honorez : 82]
 ADD is said to occur in **3 percent to 5 percent** of American children, and the treatment of choice is Ritalin, a stimulant similar to amphetamine. [Témoin critique.McGinnis : 24]
 L'hyperactivité touche entre **3 et 5%** des enfants. Ce trouble et son traitement sont connus depuis plus de vingt ans. Pourquoi la polémique rebondit elle subitement à Genève? [Tribune GE. 10 nov.98 : 31]
 Pour ces enfants et adolescents dans ce cas (**5%** de la population scolaire), ce n'est pas du tout un stupéfiant puisqu'au contraire, sous son action, ils se calment et se pacifient. [Tribune GE. 9 déc.98 : 25]
 Ce syndrome est un véritable problème de santé publique, puisqu'il affecte de **3 à 5 p. 100** de la population prépubère [Universalis.Ritaline : 13]

Instauration d'une fréquence moyenne, étalon de référence. Calcul prospectif.

Pour donner un ordre d'idée concret à partir de ces taux, certains précisent que cela correspond à un (ou deux) enfant(s) par classe, voire calculent non plus de manière inductive mais à partir de la population d'enfants scolarisés dans un contexte, le nombre d'enfants qui, conformément aux statistiques « devraient être » affectés par ce trouble. Il est aisé d'imaginer que cette estimation, effectuée de manière déductive, qui se présente comme objet d'un consensus, et qui est massivement diffusée, fonctionne comme une sorte d'étalon de référence pour les enseignants, parents et professionnels psycho-médicaux.
 En décrétant de tels quotas, il est probable qu'on incite les agents éducatifs à y répondre (signaler un enfant par classe par exemple, apparaît dès lors comme conforme à la norme.

La prévalence de l'hyperactivité motrice avec déficit de l'attention serait de **3 %** dans la population d'âge scolaire, ce qui en d'autres termes correspond à près **d'un enfant par classe**. [A.N.A.E.96. Vallee : 22 - 22]

"L'hyperactivité affecte de **3 à 5%** des enfants d'âge scolaire et, **en moyenne, un enfant par classe** nécessite une aide pour ce problème", note l'Institut national pour la santé mentale (NIMH). [AFP (BE). USA. pour Ritaline : 33]

les **spécialistes s'accordent à dire que la prévalence** des enfants hyperactifs en âge scolaire dans notre société est d'environ **3%**. Ceci représenterait alors **un enfant par classe**. [AVTES.Romandie 2000: 49]

" Si l'on admet que ces chiffres soient valables pour le canton de **Genève**, environ **250 garçons et une trentaine de fille**, de 6 à 12 ans pourraient bénéficier d'une prise en charge thérapeutique de l'hyperactivité ". [Courrier GE. 11.fév.00 : 43 - 44]

Au Québec, **plus de 5 %** des enfants sont hyperactifs. Selon les spécialistes, **3 à 10 %** des enfants d'âge scolaire répondent aux critères de diagnostic. C'est ainsi que **dans une classe** de première année de plus de 20 élèves, on compte en moyenne **un à deux enfants** victimes de cette déficience. [Dr Forbin.Site.Canada : 11]

Au Québec, **plus de 5 %** des enfants **sont hyperactifs**. Selon les spécialistes, **3 à 10 %** des enfants d'âge scolaire répondent aux critères de diagnostic. **C'est ainsi que dans une classe de première année de plus de 20 élèves, on compte en moyenne un à deux enfants victimes de cette déficience.** [Elaine.Site : 21 - 21]

Ce qui (**entre 1 et 6 % en France**) signifie environ " **180 000** (enfants âgés entre 6 et 13 ans) **susceptibles d'avoir** des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité " [Le monde.15.09.95 : 65]
 Il existe peu de données épidémiologiques (nombre et répartition des cas) précises sur les Troubles Déficitaires de l'Attention/Hyperactivité. Selon les estimations, entre 3 et **5%** des enfants d'âge scolaire sont hyperactifs, soit **150 000 à 300 000** enfants. [Medisite.Hyperactivité : 32 - 35]
 On peut affirmer que, **dans chaque classe** de chaque école, on peut trouver **un enfant qui en souffre**. [Présentat.Hypsos : 133]
 It affects **3 to 5 percent** of all children, perhaps as many as **2 million American children**. [Nat.Inst.Mental.Health : 30]
 Les spécialistes s'accordent à dire que le pourcentage d'enfants hyperactifs en âge scolaire dans notre société est **d'environ 3%**. Ceci représenterait alors **un enfant par classe**. [Wanadoo.Ritaline : 30]
 En posant que bon an mal an, **le système scolaire québécois** dessert en moyenne un million d'élèves (maternelle, primaire et secondaire), **on compterait alors de 30 000 à 50 000 élèves T.D.A./H.** (voir tableau 8). [Site.Adapt.Scol.Fr.Honorez : 85]
 Estimation du nombre d'enfants hyperactifs scolarisés. Enseignement du 1^e degré - Année Scolaire 1997 - 1998. Académie département Paris : Nb d'enfants scolarisés : 137 753, Hyperactifs 3% = 4 133
 Hyperactifs 5% = 6 888 [Hyper.enf.com.autres : 263 - 267]

Rapport aux autres troubles. Troubles associés (hyp. Cf. par rapport aux motifs plainte. 7.1) (*1)

Par rapport aux psychopathologies infantiles recensées dans le DSM-IV (« troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence »), la prévalence du TDA/H est plutôt élevée, bien que les points de vue sur la question divergent considérablement, nous verrons pourquoi.

" Aux Etats-Unis, il s'agit de **la pathologie psychiatrique chronique la plus fréquente** chez l'enfant ". [Le monde.15.09.95 : 63]
 Les études épidémiologiques montrent que le TDAH est **le trouble mental le plus fréquent chez les élèves**. [Présentat.Hypsos : 131]
 ADHD, once called hyperkinesis or minimal brain dysfunction, is **one of the most common mental disorders** among children. [Nat.Inst.Mental.Health : 30]
 Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is **the most common neurobehavioral disorder of childhood**. ADHD is also among **the most prevalent chronic health conditions affecting school-aged children**. [Practice Guideline.AAP : 34]
 "ADHD is **the most frequently diagnosed psychiatric disorder of childhood** " (p.90) [J.Abnormal Psychology.02.99 : 15]

Si l'on compare la fréquence du TDA/H et des autres pathologies recensées dans le DSM-IV, son taux figure en effet parmi les plus élevés, avec le trouble des apprentissages et celui de l'acquisition de la coordination. Il représenterait la moitié des cas présentant des troubles de comportement.

A titre illustratif : dans le DSM-IV, la prévalence des troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance : le retard mental est estimé aux alentours de 1 % (DSM-IV, 51), « Les études épidémiologiques suggèrent un taux de prévalence du Trouble autistique de 2 à 5 cas pour 10 000 personnes » (DSM-IV, 82), le troubles des apprentissages (ou acquisitions scolaires) « est comprise entre 2 et 10 %, selon les modalités d'évaluation et les définitions employées. Environ 5 % des écoles publiques aux Etats-Unis sont repérés comme ayant un Trouble des apprentissages » (DSM-IV, 55), « On estime que la prévalence du Trouble de l'acquisition de la coordination peut atteindre 6 % des enfants âgés de 5 à 11 ans » (DSM-IV, 63), « Selon les estimations, 3 à 5 % des enfants peuvent être affectés d'un Trouble développemental du langage de type expressif » (DSM-IV, 67).

Primary care pediatricians and family physicians recognize behavior problems that may impact academic achievement in 18% of school-aged children seen in their offices and clinics. Hyperactivity or inattention is diagnosed in 9% of children (32). [Practice Guideline.AAP : 87 - 91]

Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence	Prévalence estimée dans le DSM-IV
Retard Mental	« Le taux de prévalence du Retard mental est estimé aux alentours de 1 %. Cependant, diverses études ont rapporté des taux de prévalence différents, qui dépendent des définitions utilisées, des méthodes d'évaluation et des populations étudiées » (51)
Trouble des apprentissages (<i>auparavant</i> Trouble des acquisitions scolaires).	On estime que la prévalence des Troubles des apprentissages est comprise entre 2 % et 10 %, selon les modalités d'évaluation et les définitions employées. Environ 5 % des élèves des écoles publiques aux Etats-Unis sont repérés comme ayant un Trouble des

	apprentissage. (55)
Trouble de l'acquisition de la coordination	On estime que la prévalence du Trouble de l'acquisition de la coordination peut atteindre 6% des enfants âgés de 5 à 11 ans. (63)
Trouble du langage de type expressif	Selon les estimations, 3 à 5 % des enfants peuvent être affectés d'un Trouble développemental du langage de type expressif. (67)
Bégaiement	La prévalence du Bégaiement chez les enfants prépubères est de 1 %, elle tombe à 0,8 % chez les adolescents. Le rapport garçon / fille est d'environ 3 / 1 (76)
Trouble autistique	Les études épidémiologiques suggèrent un taux de prévalence du Trouble autistique de 2 à 5 cas pour 10'000 personnes (82)
Trouble désintégratif de l'enfance	Malgré les données épidémiologiques très limitées, le Trouble désintégratif de l'enfance semble très rare, beaucoup plus rare que le Trouble autistique (88)
Syndrome de Rett	Les données épidémiologiques sont limitées à quelques séries de cas isolés et il semble que le Syndrome de Rett soit beaucoup moins fréquent que le Trouble autistique (86)
Syndrome d'Asperger	On a peu d'informations sur la prévalence du Syndrome d'Asperger ; il semblerait que le trouble soit plus fréquent chez les garçons (90)
Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité	Le taux de prévalence du Déficit de l'attention/Hyperactivité a été estimé entre 3% et 5% chez les enfants d'âge scolaire. On manque de données suffisantes pour déterminer sa prévalence à l'adolescence ou à l'âge adulte. (98)
Trouble oppositionnel avec provocation	Selon les types de population étudiés et les méthodes d'investigation utilisées, le taux de prévalence du trouble varie de 2 % à 16 % (110)
Trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance	De toutes les admissions pédiatriques hospitalières, 1 % à 5 % sont dues à des insuffisances de prise de poids, et la moitié de celles-ci semblent liées à des difficultés d'alimentation sans affection médicale générale prédisposante (118)
Syndrome de Gilles de la Tourette	Le syndrome de Gilles de la Tourette survient approximativement chez 4-5 sujets pour 10'000 (122)
Trouble : anxiété de séparation	L'anxiété de séparation n'est pas rare ; son taux de prévalence est estimé aux alentours de 4% chez les enfants et les jeunes adolescents (133)
Mutisme sélectif (auparavant Mutisme électif)	Le mutisme sélectif semble rare et n'est retrouvé que chez moins de 1 % des sujets reçus dans les structures de santé mentale (136)
Trouble réactionnel de l'attachement	Les données épidémiologiques sont limitées, mais le Trouble réactionnel de l'attachement semble très rare (139)
Trouble : mouvements stéréotypés.	Il existe peu d'informations sur la prévalence du Trouble mouvement stéréotypés. On estime que la prévalence des comportements d'automutilation chez les sujets atteints de Retard mental se situe entre 2 % et 3 % des enfants et adolescents

Dans cette mise en perspective des autres troubles - toute relative - certains mettent l'accent sur le fait, que la fréquence du TDA/H n'est pas exceptionnelle.

Ces chiffres sont à rapprocher des prévalences connues d'autres troubles spécifiques du développement de l'enfant: 3 % de troubles du langage, 5 à 8 % de dyslexies, 8 à 12 % d'énurésie (1 % résiduel chez l'adulte). Notons par ailleurs 2 à 3 % de troubles dépressifs reconnus chez l'enfant quel que soit l'âge...

[A.N.A.E.96. Messerschmitt : 25]

En mars 2000, l'American Psychiatric Association, estimant à 20%, le taux des enfants américain affecté par un désordre mental, appelait à une mobilisation nationale à propos de la santé mentale infantile et de la mise en place de vastes programmes de prévention. [Résumé.Am.Psych.Ass : 10 - 10]

Répartition prévalence :

Voyons comment est abordée dans les discours médiatiques et spécialisés l'inégale répartition de cette pathologie, selon le sexe, l'âge, et le contexte, les critères d'évaluation, le changement dans le temps, ... qui sont autant de révélateurs de l'obsolescence des critères diagnostiques.

SELON LE SEXE (4.1.2, DA C/O FILLES)

En 1980, Loney parle d'un sex ratio de 10 pour 1.

« D'après la plupart des études, les troubles mentaux sont en moyenne plus répandus chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, cet écart tient en grande partie à une différence de répartition des troubles ; les troubles graves sont à peu près aussi fréquents chez les deux sexes, à l'exception de la dépression, plus courante chez la femme, et des toxicomanies, plus courantes chez l'homme. Le lien entre pauvreté et troubles mentaux est étudié dans la suite de ce chapitre. » (Rapport 2001, OMS, 18).

Selon les conseils d'utilisation du DSM-III-R : la répartition selon le sexe est la « fréquence relative du trouble chez l'homme et chez la femme » (DSM-III-R, 23). La répartition selon le sexe du Trouble : hyperactivité avec déficit de l'attention (314.01) : « dans les groupes cliniques, le trouble est de six à neuf fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Dans la population générale, de nombreux signes de ce trouble surviennent seulement trois fois plus souvent chez les garçons que chez les filles » (DSM-III-R, 56)

Dans les énoncés recueillis, la répartition du trouble selon le sexe de l'enfant fait l'objet d'un certain accord entre les auteurs qui évoquent tous le fait que les garçons sont globalement 2 à 10 fois plus affecté par le problème que les filles.

les **garçons trois fois plus (atteints)** que les filles. [AFP (BE). USA. pour Ritaline : 35]

La fréquence est plus importante chez les garçons que chez les filles dans une proportion allant de **4 à 1 ou de 9 à 1**. [Aspedah.28.04 : 92]

On sait que ce syndrome touche beaucoup d'enfants, **essentiellement des garçons**. [Courrier GE. 20 nov.99 : 15]

L'hyperactivité touche **trois fois plus de garçons que de filles**. [Dr Forbin.Site.Canada : 12]

... **huit fois plus souvent les garçons** (touchés) que les filles. [Fémina.25.04.99 : 27]

la **nette prédominance** de ce trouble dans le **sexe masculin** est bien établie [Hyper.enf.com.autres : 86]

Les garçons seraient beaucoup plus touchés que les filles ". [Le monde.15.09.95 : 37]

" Ce syndrome est **dix fois plus fréquent chez le garçon que chez la fille** (p.415).

[Marcelli.Enf.&psy.path : 38]

(5 % des enfants américains) avec **une proportion moyenne de quatre garçons pour une fille dans la population générale**. [Medeci&Hyg. oct.99.Haengeli : 46]

Two to three times more boys than girls are affected. [Nat.Inst.Mental.Health : 31]

Comme le démontre le tableau 2, indépendamment de la précision des chiffres, il est évident que **les patients de sexe masculin sont plus souvent diagnostiqués avec le THADA que ceux de sexe féminin**. [Research.Usage.MPH.Can : 362]

Toutes les études suggèrent le **syndrome est entre 2 à 4 fois plus présent chez les garçons** que chez les filles. [ReviewPsychiatry.1989 : 31]

Il faut savoir que **cette affection touche 3 à 9 fois plus de garçons que de filles**.

[Santé.Ib.L'hyperactivité : 21]

Ce **syndrome s'observe majoritairement chez le garçon (9 garçons pour 1 fille)**. [Site Prosom.THADA : 69]

avec une **surreprésentation du sexe masculin variant de quatre (4) à neuf (9) garçons pour une (1) fille**. [Site.Adapt.Scol.Fr.Honorez : 83 - 83]

Le trouble "est **fréquent, plus encore chez les garçons que chez les filles**" (p.1468).

[SynopsisPsychiatr.Kaplan : 19]

" **L'incidence est plus élevée chez les garçons que chez les filles, le sex ratio variant de 3/1 à 5/1**.

[SynopsisPsychiatr.Kaplan : 30]

Cliniquement, l'ADHD est **plus fréquemment diagnostiqué chez les garçons que chez les filles**

[Harvard Guide of Psychiatry : 38]

Cette différence de représentation sexuelle (à l'instar du verre vide ou du verre plein) peut être évoquée comme « sur-représentation » masculine ou « sous-représentation » féminine. L'usage de l'un ou de l'autre n'est cependant pas anodin. Parler de sous-représentation féminine sous-entend un « biais de recrutement » qu'il conviendrait de rectifier, même si les symptômes ne sont pas perturbateurs.

La prédominance masculine est nette (**4 à 9 garçons pour 1 fille**), sans que l'on puisse réellement apporter d'explications à cette **sous-représentation**; on imagine tout de même que **l'expression clinique du T.D.A.H., moins bruyante et donc moins perturbatrice chez les fillettes, retarde son identification**. [Coridys.Hopital.Neuro.lyon : 46]

Certains (Berry & coll) concluent à **un sous-diagnostic et une sous-identification du ADHD chez les filles**. [ReviewPsychiatry.1989 : 25]

Males were over-represented for each subtype of AD/HD, however, the proportion of males to females did not differ for the different subtypes. [Revue de presse.Checkmateplus : 507]

Le constat du ratio différencié selon le genre met en question chez certains auteurs, l'identification du syndrome et justifierait la modification des critères de signalement et de la composition des symptômes (ex. centralisation sur le DA). Dans le but de rectifier ce biais de recrutement, certains préconisent une sorte de féminisation des critères diagnostiques (attention plus grande pour des signes moins visibles de comportements inadéquats). Cette volonté de changer les critères diagnostiques en vue d'une plus grande égalité de l'incidence pathologique témoigne de la naturalisation de ce trouble comportemental, qui existerait dès lors indépendamment de la manifestation des symptômes qui le constituent comme entité nosologiques.

" **Le déficit de l'attention** est d'ailleurs plus fréquent que l'hyperactivité. Toutefois, étant **moins perturbateur**, il passe **plus inaperçu**. Est-il plutôt **l'apanage des filles** et l'hyperactivité celui des garçons? C'est **une des théories avancées pour expliquer pourquoi le dépistage du THADA fait apparaître quatre à six garçons pour une fille.**" (Haenggeli) [Art.Illustré.19.01.00 : 27]
 Chez **la fille**, l'on retrouve **plus souvent une forme pure sans dimension comportementale comme le trouble d'opposition, rendant le diagnostic plus difficile.** [Dr.Jolicoeur.TDAH.Diagn.diff : 34]

Certains spécialistes démentent cependant l'idée d'un biais de recrutement :

La prédominance des garçons de **9/1 à 6/1** ne semble **pas être due à un biais de recrutement.**
 [A.N.A.E.96. Vallee:25]

DEBAT SUR LES CAUSES DE LA PREDOMINANCE MASCULINE

Le constat de la différence genrée d'incidence du TDA/H engendre plusieurs types d'explication, et met en scène des postulats étiologiques distincts (à développer sous étiologie).

a) Une différence de nature. Un fonctionnement neurobiologique genré (ex. latéralisation du cerveau), une différence physiologique ou hormonale « normale » (lapsus à relever : j'avais écrit « normonal ») => justification physiologique des comportements genrés et naturalisation du sex-ratio. Inversion de la causalité ? la prédominance masculine suggère « l'implication d'un mécanisme lié au sexe dans l'expression de ce désordre » (Haenggeli, 99). Biologique, ou explication naturaliste. La focalisation sur le biologique et l'inné qui butte ici sur la différence genrée insiste dès lors sur les différences hormonales, ou immunogénétiques. Cf. Hormones genrées, anticorps maternels.

Néanmoins, indépendamment de ces **biais**, il semble que la **proportion** de THADA persiste à rester **plus élevée chez les garçons, suggérant l'implication d'un mécanisme lié au sexe dans l'expression de ce désordre.** A l'**Hôpital** des enfants de **Genève** la proportion observée est de **six garçons pour une fille.** [Medeci&Hyg. oct.99.Haenggeli : 51 - 54]

Brown estime que **la différence n'est pas sans déterminisme biologique.** Kinsbourne **rejette cette affirmation : " I don't believe that a biological basis in the brain for this sex difference exists.** The evidence of hemispheric differences fall so short of methodological acceptability that they are impossible to interpret " (p.11). [ADD.Ouvr.collectif.85 : 86]

Boys are at least **three times as likely as girls** to develop the disorder; indeed, some studies have found that boys with ADHD outnumber (surpassent) girls with the condition **by nine to one, possibly because boys are genetically more prone to disorders of the nervous system.** [Barkley.ScientificAmerican.98 : 41]

Il y a toujours jusqu'à **4-5 garçons pour 1 fille**, laissant croire qu'il existe une **explication immunogénétique et biologique autant que maturationnelle et évolutive.**
 [Dr.Jolicoeur.TDAH.Diagn.diff : 31]

Maladie bipolaire et déficit de l'attention

Le degré de concordance pourrait atteindre **50% dans la gémellité.** Mais il semble que la **fille** devienne **plus susceptible à la dépression**, dès l'adolescence, à la puberté, **en raison des hormones sexuelles féminines qui fragilisent son humeur** et créent parfois le syndrome dépressif pré-menstruel. L'on rapporte que certaines femmes seraient plus dépressives de la puberté à la ménopause.

[Dr.Jolicoeur.TDAH.Diagn.diff : 359]

Depuis le début des années 70 de nombreux travaux ont été réalisés sur d'éventuelles **différences dans l'organisation du cerveau entre hommes et femmes.** On sait que **les performances à des épreuves varient statistiquement selon le sexe.** Par exemple aux épreuves de reconnaissance spatiale les hommes sont globalement meilleurs alors que c'est l'inverse pour les tests d'appariement d'images.

[IntroNeurosciences : 340]

Chez les hommes **la latéralisation du cerveau** serait plus tranchée : l'HG fonctionnerait seul en activité de parole ou d'écoute, alors que chez les femmes l'HD fonctionnerait un peu aussi en même temps.

[IntroNeurosciences : 342]

En 1990, un chercheur de l'Institut national de la santé mentale, Alan Zametkin, affirmait bien avoir **détecté des différences dans le cerveau de malades ADD** en utilisant une caméra à positrons, mais la "découverte", bruyamment claironnée à la Une des journaux, s'est révélée "non conclusive"; **les images**

ne montraient en fait qu'une différence entre le cerveau des filles et celui des garçons! Aucun démenti n'a, bien sûr, été publié. [L'Express.27.10.94 : 86]
Des critiques disent que de **nombreux garçons montrant une activité et agressivité normales (générées par des testostérone ?) sont improprement diagnostiqués " hyperactifs "** et soignés avec une substance qui peut à la longue leur faire plus de mal que de bien. [New York Times.2.11.99 : 27]

Le sex-ratio pose la question de la transmission *héréditaire* par le père ou la mère du trouble => globalement, ce lien intergénérationnel est plutôt interprété comme une transmission génétique (cf. anticorps maternels vis-à-vis de leur fils, ou transmission génétique de père en fils ?).

Pour des raisons inconnues, le trouble se manifeste beaucoup plus fréquemment chez le garçon, et dans de nombreuses familles **semble être transmis de père en fils.** Parfois, le père, présent à la consultation de son fils, reconnaît qu'il rencontre, encore à l'âge adulte, des difficultés similaires. [Petition Anti psychotropes : 165]

Dans 95% des cas, l'hyperactivité est héréditaire: c'est souvent **l'héritage que laisse le père à son fils, car l'hyperactif est plus souvent un garçon qu'une fille.** [La Liberté.2.10.98 : 36]

Déjà **l'identité du genre,** féminin ou masculin, **dépendrait principalement soit du niveau d'exposition aux œstrogènes pendant l'embryogenèse** des 3-4 premiers mois de grossesse, **soit de la capacité des glandes sexuelles à sécréter les hormones spécifiques, testostérone ou œstrogène,** dans le cours de la vie. [Dr.Jolicoeur.TDAH.Diagn.diff : 546 - 546]

Les symptômes d'infertilité parentale, les nausées et vomissements ou hémorragies de grossesse, les prématurités ou post-terme ne seraient souvent que des indices généraux de ces luttes ou dérèglements immunitaires. Les recherches ont pu vérifier que les **anticorps maternels augmentaient avec chaque grossesse, davantage en présence d'un fœtus mâle** qui se différencie sous l'induction du chromosome Y. **Car,** fait surprenant et constant **dans toutes les sociétés, il y a généralement 4-5 fois plus de maladies chez le garçon que la fille,** sauf pour les formes auto-immunes. [Dr.Jolicoeur.TDAH.Diagn.diff : 640]

Malgré tout, il y a cette **apparence trompeuse d'une transmission directe du père au fils,** trop communément admise, **parce que la prévalence sera toujours plus élevée chez le mâle.**

[Dr.Jolicoeur.TDAH.Diagn.diff : 649]

En règle générale, les garçons sont plus concernés par cet activisme forcené, **car ils sont par nature plus dans l'action que dans la réflexion, qu'ils acquièrent au fil des années.** [Conseil.Site.Zelius : 16]

b) Comportementaliste : acquis => indissociable des normes socio-culturelles, critères « dérangement », attention différenciée selon la visibilité des symptômes (plus ou moins perturbateurs), « biais de recrutement », jeux genrés... Cf. corrélation avec motifs de consultation (instig. plainte, échec scolaire, cpt/perturbateurs, accidents fréquents) diff. Sexuelle.

Avec toujours **une proportion beaucoup plus marquée de garçons (4 à 6 pour une fille).** En partie **parce que "le syndrome se manifeste plus volontiers par de l'agressivité chez les garçons",** note Caroline Menache, neuropédiatre aux Hôpitaux universitaires de Genève: il serait donc, chez eux, **plus facilement repérable.** Mais il n'est **pas exclu qu'un "mécanisme lié au sexe soit impliqué" dans le THADA.** [Hebdo.6 sept.01 : 18]

L'hyperactivité semble **une pathologie essentiellement masculine.** Le **sex ratio varie de 4 à 1 ou de 9 à 1 en faveur des garçons en fonction des études.** Mais cette disproportion s'expliquerait en partie **parce que l'hyperactivité féminine est moins perturbatrice à l'école.** Or les **enseignants** sont souvent les premiers à **s'inquiéter** du comportement des enfants hyperactifs et à alerter les parents. Dès lors, **les garçons seraient plus facilement repérés.** [Medisite.Hyperactivité : 37 - 39]

Discussion autour de la différenciation sexuelle. " These data suggest at least some improvement in the behavior of parent-referred girls in tel less structured free play setting ". Les mères continuent à évaluer les filles comme présentant autant de problèmes que les garçons. Les garçons passent plus de temps à des jeux libres (sans forcément de jouets)... [ADD.Ouvr.collectif.85 : 67]

Sans doute l'enfant qui entraîne le plus de sympathie autour de lui, et qui aussi rendra le parent très coupable des moindres gestes de sa vie. La **fillette** sera souvent rêveuse, romantique, toujours ailleurs, loin de l'agenda de travail, mais la plus volontaire dans les arts, le théâtre, les activités normalement plus secondaires.

Elle présente le **déficit attentionnel, sans opposition ni hyperactivité.** Elle souhaite ardemment réussir, passe des heures sur ses devoirs, mais semble vouée à l'échec chronique, malgré ses efforts. Elle veut mais ne peut pas. Un blocage inconscient? Un traumatisme originel? Facile de se perdre ici dans des avenues sans issues. Commentaires : l'inconscient inaccessible mis de côté.

[Dr.Jolicoeur.TDAH.Diagn.diff : 399 - 401]

Par ailleurs, la **forte prédominance masculine dans la population référée à des consultations spécialisées (9:1) par rapport à celle de la population générale (4:1)** semble être **due au fait que l'ADHD chez les garçons se manifeste plus volontiers par de l'agressivité que chez les filles,** conduisant de ce fait plus fréquemment à une consultation spécialisée. Lorsque la **population** étudiée provient d'un **centre spécialisé,** la proportion de **garçons** sera donc **surreprésentée** par rapport à la réalité. [Medeci&Hyg. oct.99.Haengeli : 53]

MEMO : Cf. Ehrenberg : "les hommes ont des comportements, les femmes ont des symptômes". L'entité nosologique de l'hyperactivité, fait précisément des comportements, des symptômes.
Question de l'action : passage à l'acte. Cf. Axe Action - Pensée, Pulsion - raison.

c) Biais de sélection.

Certains **biais de sélection** expliquent probablement en partie **la prédominance du sexe masculin** parmi les enfants avec THADA . Par exemple, aux Etats-Unis, **les enseignants semblent mieux préparés à dépister le THADA chez des garçons d'origine caucasienne provenant de milieux socio-économiques favorisés**, que dans d'autres catégories sociales, ou chez les fillettes, qui devront avoir un comportement plus " hors norme " par rapport à leurs camarades que des garçons du même âge avant d'être suspectées de THADA. [Medeci&Hyg. oct.99.Haengeli : 51]

En tenant compte des réponses des trois (3) informateurs de l'enquête (le jeune, le parent et l'enseignant), on observe une **surreprésentation des garçons**. On note aussi que **les enseignants signalent le plus de T.D.A./H. (12.7% de garçons et 5.1 % de filles)**. Le parent indique **7.3% de garçons pour 2.7% de filles; le jeune, 5.1 % de garçons contre 1.3 % de filles** (voir tableau 10). [Site.Adapt.Scol.Fr.Honorez : 94 - 95]

sa **prévalence (...)** **toucherait plus de garçons que de filles (sexe ratio entre 3:1 et 9:1, diminuant avec l'âge)**, mais **les filles TDAH** sont aussi souvent **plus difficiles à diagnostiquer**, ayant moins de conduites oppositionnelles, d'hyperactivité et d'impulsivité . [Présentat.Hypsos : 48]

The **ratio of boys to girls** among children with ADHD **varies across studies from 2:1 to 10:1**, with an **average of 6:1** generally reported for referred children, and an **average of 3:1 reported for nonreferred children (7)**. **The 7 to 1 ratio of boys to girls observed in our ADHD group is consistent with the prevalence estimates reported in the literature**. As expected, the ratio observed is on the high side of reported prevalence average **because boys outnumber girls in the hospitalized injured population**. [Pediatrics.102.98 : 121 - 122]

Problème social. Psychiatrisation de la norme sociale. Lorsque les facteurs sociaux ou culturels, les différences sont évoqués dans ce débat, ils sont souvent naturalisés. Difficulté à problématiser l'arbitrarité des facteurs sociologiques dans une société qui se pense libre, égalitaire et démocratique.

Que le **cerveau** soit **différent** selon le sexe pourrait correspondre à une organisation différente dès les débuts de **l'histoire de l'humanité**. La **sélection naturelle** a fait de l'homme préhistorique un chasseur, ce qui nécessite une meilleure orientation spatiale ; et la femme restait au gîte, ce qui permet une perception plus fine de l'environnement. La question est posée de **savoir si ces traits ancestraux subsistent et sous quelle forme chez l'homme moderne**. [IntroNeurosciences : 348]

Biais de recrutement. Définition nosologique. une différence de manifestation des symptômes => la prédominance masculine serait due à une visibilité inégale => modification de la symptomatologie pour rendre plus égalitaire la répartition sexuelle de la prévalence. Dans certains discours sur le sex-ratio, apparaît l'intention de redéfinir les symptômes de manière à pouvoir étiquetter (donc traiter) aussi les comportements qui jusqu'ici restent invisibles (imperceptible).

L'hyperactivité touche **trois fois plus de garçons que de filles**. Des études plus poussées démontrent que **ce ratio n'est plus tout à fait juste aujourd'hui**. Je vous conseille la lecture de ce résumé d'article du New England Journal of Medicine. [Elaine.Site : 29 - 30]

La **fréquence du diagnostic de Thada est actuellement en nette augmentation chez les filles [1]**. Ce trouble constitue donc l'une des causes les plus fréquentes des consultations en pédopsychiatrie. [Méd.Thér.Pédiat.Juin00 : 29 - 30]

With the DSM-IV criteria (compared with earlier versions), more females have been diagnosed with the predominantly inattentive type (25,26). [Practice Guideline.AAP : 51] Cf *changements majeurs entre le DSM-III-R et le DSM-IV*.

Recomposition des symptômes sous prétexte d'une visibilité plus grande et homogène => volonté d'universalisation du problème, révélateur d'un processus d'objectivation du syndrome. Cf. épistémique du DSM : paradoxe de l'universalisation de la démarche clinique (épinglage des particularismes).

La proposition de considérer séparément le problème, voire de distinguer les symptômes masculins et féminins est emblématique de l'épistémique sur laquelle se fonde le DSM : épinglage de groupes sociaux et des différences culturelle. Diversification des syndromes, et différenciation des critères diagnostiques sous prétexte de rectifier les biais de repérage, selon les groupes cibles, ou catégorie de population qui permettrait d'intégrer ces variations épidémiologiques tout en préservant le fondement théorique, organiciste et comportementaliste, à la base de la nosographie américaine. Nous verrons que cette tendance, justifiée par un souci empiriste, a pour effet de produire des pathologies localisées et distinctives.

Current criteria do not take into account gender differences or developmental variations in behavior. [Practice Guideline.AAP : 146]

Discussion qui s'ensuit porte sur l'interprétation de la différence de sexe. Huessy estime que la **comparaison entre les sexes est biaisée** car les **comportements** des unes et des autres sont **différents et différemment perçus**. **Propose de séparer** : " I think their history is different and you have to lood at them different and, **as long as you lump boys and girls together, you obscure the differences** ". [ADD.Ouvr.collectif.85 : 84]

Huessy évoque un questionnaire que son équipe a construit, où les filles " get the same high scores as the boys but the pattern is different ", il conclut que **le trouble doit être étudié séparément chez les garçons et chez les filles**, arguant que l'hystérie est un trouble typiquement féminin. [ADD.Ouvr.collectif.85 : 85]

Tendance générale à l'objectivation du syndrome (qui s'autonomise de sa symptomatologie), de la naturalisation étiologiques (biologisme), mais aussi des différences comportementales. En effet, même lorsqu'ils sont admis comme déterminants, les éléments contextuels ou culturels, et le caractère acquis des comportements et des différences de genre sont mis en scène comme des données évidents.

« Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe. Ce paragraphe fournit au clinicien des renseignements sur les formes cliniques en rapport avec l'environnement culturel, l'âge (petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte, troisième âge) ou le sexe. Ce paragraphe comporte aussi des informations sur la prévalence du trouble en fonction de la culture, de l'âge et du sexe (p.ex., le rapport de la prévalence chez la femme et chez l'homme ou sex-ratio) » (DSM-IV, 1996, 10).

La plupart de ce que nous savons à propos du tableau clinique du syndrome de l'ADHD vient **d'études sur les garçons**. De nombreuses études concluent à **cette différence entre les sexes**. Certains (Berry & coll) concluent à **un sous-diagnostic et une sous-identification du ADHD chez les filles**.

[ReviewPsychiatry.1989 : 25]

Certains journalistes dénoncent la confusion entre les identités sociales genrées et la tendance réductrice à l'homogénéisation médicale

Mais c'est le principe même de **vouloir calmer à tout prix les garçons pour les rendre aussi tranquilles que les filles** qui est également remis en cause. [AFP (BE). USA. peur Ritaline : 51]

Dans un livre récent, "La guerre contre les garçons", Christina Hoff Sommers rappelle que **"les garçons** ont besoin de discipline (...), pas d'être considérés comme des malades". [AFP (BE). USA. peur Ritaline : 53]

Conclusion : " This study found **no significant gender differences in the effects of ADHD ans conduct disorder on substance use and abuse**, although there was some suggestion that girles with ADHD might be at slightly higher risk than boys for substance abuse. In addition, increased risk of substance abuse among adolescents with conduct disorder may be primarily confined to those with persistent conduct disorder " (p.1515). [Am.J.Psychiatry, 156.10.99 : 27]

On notera que **la phobie scolaire ou refus anxieux scolaire touche plus fréquemment les garçons que les filles**. [Maillet.Psy.expl.parents : 194]

âge => pronostics.

SELON L'AGE (4.1.3), CF. LES MOINS DE 6 ANS. SOUCI DE PREVENTION

« **Caractéristiques liées à l'âge**. Chez des enfants d'âge préscolaire (de maternelle), les caractéristiques essentielles sont en général une activité motrice très exagérée, comme le fait de courir ou de grimper sans arrêt. L'enfant est souvent décrit comme étant toujours sur la brèche, « monté sur ressorts ». Les difficultés d'attention et l'impulsivité se traduisent plus volontiers par des passages fréquents d'une activité à une autre. **Chez des enfants plus grands**, ou des adolescents, les caractéristiques de premier plan ont tendance à être plutôt une incapacité à rester tranquille, en place, qu'une activité motrice grossièrement exagérée. L'inattention et l'impulsivité peuvent contribuer à empêcher le sujet de finir des tâches imposées, ou d'exécuter des consignes, l'exécution du travail donné étant volontiers bâclée. **Chez les adolescents**, l'impulsivité se manifeste souvent dans des activités sociales, comme le fait de commencer à se distraire avant d'avoir terminée le travail auquel le sujet s'était préalablement engagé (p.ex. faire une ballade en auto au lieu de faire son travail scolaire). » (DSM-III-R, 55).

MOMENT D'APPARITION DES SYMPTOMES, LEUR MANIFESTATION DANS LA DUREE, MALGRE L'EVOLUTION MATURATIONNELLE, LES STADES DE DEVELOPPEMENT, LES NORMES SOCIALES ET SCOLAIRES

« **Age de survenue**. Dans environ la moitié des cas, le début du trouble se situe avant l'âge de quatre ans. Mais fréquemment, le diagnostic du trouble n'est pas fait avant l'entrée à l'école » (DSM-III-R, 56).

Selon le professeur L. Vallée, **le THADA peut s'exprimer dès les premiers mois de vie ou être symptomatique d'une affection neurologique ou d'un processus psychopathologique sous-jacent**. [AVTES.Romandie : 46]

La plupart des **études** réalisées se réfèrent à des **enfants âgés de 6 à 12 ans**. [Doc SMP (annexe Pétition) : 60]

Le **diagnostic** se fait souvent à l'**âge scolaire** alors que les symptômes nuisent à l'adaptation et atteindrait alors 3% à 5% des enfants. **Plus jeunes, le diagnostic est difficile à poser**, parce que les enfants sont moins astreints à des tâches demandant de la concentration et aussi parce que beaucoup d'enfants trop actifs ne développeront pas le trouble. [DSM.IV.Psychomedia : 6 - 7]

Contrairement à l'article du New England, ici (le Lancet) les auteurs écrivent que des comportements d'hyperactivité et d'opposition/provocation peuvent être **trop vite "catalogués"** comme de l'hyperactivité, **spécialement chez les enfants de moins de 5 ans**. En bas de cet âge, il peut être **préférable de poser un diagnostic "temporaire"** (ex: pour l'instant, les comportements ressemblent à de l'hyperactivité. On verra avec les années si le diagnostic se confirme). [Elaine. Lancet.7.2.98 : 14]

" Ce syndrome (...) atteindrait 3 % des enfants prépubères. Il **survient souvent dans la troisième année, mais n'est parfois diagnostiqué qu'au moment de la fréquentation scolaire (6/7 ans)** " (p.415) [Marcelli.Enf.&psy.path : 38]

Dans 50% des cas les **premiers symptômes sont présents avant l'âge de 4 ans**, mais les **problèmes réels ne se posent qu'avec le début de la scolarité**. [Medeci&Hyg. oct.99.Haengeli : 47]

Current **DSM-IV criteria require evidence of symptoms before 7 years of age**. In some cases, the symptoms of ADHD may not be **recognized** by parents or teachers **until the child is older than 7 years of age**, when school tasks become more challenging. **Age of onset and duration of symptoms** may be obtained from parents in the course of a comprehensive history. [Practice Guideline.AAP : 134 - 135]

" Bien que le **trouble débute en général vers l'âge de 3 ans**, le **diagnostic n'est habituellement fait que lorsque l'enfant est à l'école primaire** et que la situation d'apprentissage scolaire nécessite des modèles structurés du comportement, avec une concentration et une durée d'attention appropriée au niveau du développement " (p.1468) [SynopsisPsychiatr.Kaplan : 33]

Although the current **DSM-IV criteria are appropriate for the age range** included in this guideline, **there is, as yet, inadequate information about its applicability to individuals younger or older than the age range for this guideline**. Further research should clarify the developmental course of ADHD **symptomatology**. [Practice Guideline.AAP : 261]

Toutefois, il est évident qu'à la lumière de ces résultats, **les patients souffrant du THADA sont généralement âgés entre 5 et 12 ans**. [Research.Usage.MPH.Can : 379]

The findings from this study suggest that even among children who meet criteria for one of the subtypes of AD/HD, **age and gender differences may be important variables in diagnosis**. [Revue de presse.Checkmateplus : 509]

NORMS: Although DSM-IV lists one set of symptoms for all child and adolescent disorders, our normative data studies show that **there are important age, gender or rater differences in Symptom Severity scores** for almost all symptom categories. Moreover, it is possible to receive a Symptom Severity score in the 90th percentile and yet not have the prerequisite symptoms for a diagnosis. [Revue de presse.Checkmateplus : 63]

Findings indicated that **few youngsters exhibited symptoms of hyperactivity/ impulsivity in the absence of inattention**. **Hyperactive/ impulsive behavior was more common in the youngest age group (3 to 5 years), whereas inattention was more common in adolescents**. [Revue de presse.Checkmateplus : 505]

Données paradoxales : d'un côté le diagnostic n'est posé qu'au moment de l'entrée à l'école primaire, d'un autre, certaines études prennent comme population des enfants beaucoup plus jeunes.

Population 46 enfants problématiques (dont 30 garçons), **moyenne d'âge 34,68 mois**, et groupe de contrôle de 22 (dont 11 garçons) **moyenne d'âge 36,36 mois**. [ADD.Ouvr.collectif.85 : 59]

LES ENJEUX DE LA PRECOCITE. => CF. IN SUCCES SOCIAL / CF. PRONOSTIC

" Preliminary analyses suggest that factors such as gender and **early maternal** ratings of aggression will be important variables to explore further (...) Future work is needed **to establish criteria of problem definition in very young children, to examine the developmental course** of symptomatic behavior prior to school entry, and to develop comprehensive approaches to **early intervention** ". [ADD.Ouvr.collectif.85 : 81]

Youngsters who exhibited symptoms of both hyperactivity/impulsivity and inattention **were more likely to show** oppositional and conduct disorder behaviors and anxiety than those who were only inattentive. [Revue de presse.Checkmateplus : 508]

Of these (3 à 7 % des enfants), **50 to 80% will be affected in adolescence, and 30 to 50% as adults**. [Science.08.98.RésuméBarkley : 20 - 21]

L'analyse par tranche d'âge montre en général **une diminution de moitié de la prévalence avec l'âge**. Pour le parent par exemple, **la prévalence de 6.9% chez les six à huit ans tombe à 3.5% chez les douze à quatorze ans** (voir tableau 11). [Site.Adapt.Scol.Fr.Honorez : 97 - 98]

" On croit que ce trouble affecte trois à cinq pour cent des enfants d'âge scolaire et que 60 p. 100 d'entre eux continuent d'en éprouver les symptômes à l'âge adulte ". [Hyp.Cocaine.96. : 25]

Enfin, **l'âge de début semble un bon indicateur, la précocité de l'apparition du tableau étant un facteur de mauvais pronostic**. [Coridys. Hopital.Neuro.lyon : 96]

Variation synchronique : différences contextuelles**PLACE DANS LA FRATRIE, AINES (GARÇONS) PLUS TOUCHES.**

Le trouble est plus **fréquent chez les garçons premiers-nés** [Synopsis Psychiatr.Kaplan : 30]
 Environ 3-5% d'enfants/adolescent(e)s de la clientèle scolaire souffriraient de ce handicap avec un ratio de 9:1 **en échantillons cliniques** et 4:1 **en études d'épidémiologie en faveur du garçon, souvent le fils aîné**; ce qui laisse présumer une origine de type immunogénétique, que la recherche fondamentale se doit d'approfondir. [Dr.Jolicoeur.TDAH.Diagn.diff : 93 - 93]

Biais méthodologiques, (mythe des critères standardisés). Manifestation contextualisée des symptômes, difficulté diagnostique, relativité des instruments d'évaluation diagnostique.**MYTHE DES CRITERES STANDARDISES**

Le corps médical reconnaît le ADHD comme un trouble bien défini qui touche **3-5 %** des enfants en âge scolaire. **Cette reconnaissance a gagné l'opinion publique**, notamment par le biais d'un certain nombre d'émissions télévisées et de conférences. [Petition Anti psychotropes : 103]

La recherche future doit tenir compte de critères standardisés : enfant, adulte, **âge**, sexe, etc.

[Concl.Consensus (NIH).SMP : 20]

Les questionnaires et échelles peuvent compléter l'entretien avec les parents car ils aident au diagnostic, et **fournissent " pour le traitement à venir, des indices de l'évolution "** (p.44). **Leur standardisation a l'avantage d'autoriser la comparaison avec d'autres individus de même âge et de même sexe et donc de " déterminer plus aisément le caractère pathologique de certaines manifestations "** (p.44). **Mais les auteurs déplorent la marginalité de leur utilisation en France.**

[Agité&distrait.Corraze : 110]

Les variables retenues dans les études épidémiologiques (âge, enfance, genre, milieu social, facteurs de risque) sont généralement présentées comme des critères standardisés, définis, repérables et objectifs. En fait, ces mesures déguisent d'un appareil de chiffres, un univers symbolique, social, normatif et moral, donc arbitraire, sur lequel nous porterons un éclairage dans la deuxième partie. Malgré le crédit de scientificité attribué aux données quantitatives, il arrive que le caractère établi des mesures épidémiologiques énoncées dans nos sources soit nuancé par le fait que les auteurs précisent l'indissociabilité du dénombrement et des constructions catégorielles ou des instruments de mesure (méthode, tests, questionnaires, échelles). Il semble toutefois que bien souvent la manière d'évoquer ce lien ne dénote pas tant une injonction à manier ces chiffres avec précaution qu'une évidence admise, un donné qui va de soi. Lorsque l'inévitabilité de la partialité des mesures psychiatriques se présente comme un truisme, il est devenu nécessaire de considérer la manière dont elle est maniée, présentée, connotée. En effet, l'énoncer comme un écueil à éviter ou un mythe auquel il ne faut pas céder (cf. Chiland ci-dessous), n'est pas la même chose que la considérer comme un état de fait donné, évident, *donc* indiscutable.

" La critique de ce travail de Glidewell et coll. met donc en valeur l'impérieux souci que l'on doit avoir en psychiatrie de l'enfant de soigneusement définir ce que l'on veut étudier, avec (avant ?) de dénombrer. **C'est à tort qu'on cède au mythe du nombre et de l'élaboration statistique ; quand une élaboration clinique solide ne les a pas précédées, les données chiffrées n'ont qu'une apparence de rigueur scientifique "** (191). [Chiland. Av.enf.6 ans 1971: 17]

"Les taux mesurés de prévalence de l'hyperactivité (ou Attention déficit and hyperactivity disorder, ADHD, pour l'association américaine de psychiatrie) sont très fortement influencés par les critères diagnostiques utilisés". [Courrier GE. 11.fév.00 : 38]

Ainsi, bien que les biais méthodologiques sont parfois explicitement reconnus, cela ne remet pas fondamentalement en question les données exposées. Comme si, la critique pouvait être balayée par le simple fait d'être énoncée.

Malgré de nombreuses difficultés méthodologiques, Shaywitz & al. (1987) estiment que la **prévalence** dans la population d'âge scolaire **est de 10 à 20 % lorsque les études utilisent " rating scales that are broadly similar "** et lorsque les enseignants sont la source d'information. **Lorsque les parents sont la source d'information, le taux de prévalence peut être plus élevé.** D'autres études estiment celui-ci à 3-5 %. [Review Psychiatry.1989 : 30]

MATERIEL A CLASSER. EX. MANIFESTATION CONTEXTUALISEE

" En tenant compte du fait que **les garçons sont beaucoup plus souvent atteints** que les filles, une **estimation réaliste** de la fréquence de la maladie chez les enfants devrait tourner autour **de 1 pour 50 (2 %) pour les garçons et 1 pour 400 (0,25 %) pour les filles"**. [Courrier GE. 11.fév.00 : 43 - 44]

Noter que le diagnostic était posé à partir d'un entretien, évalué par 2 équipes de chercheur (fiabilité Kappa... de 0,92 ? ! mais les auteurs s'abstiennent bien de préciser si ce résultat est satisfaisant) et que

sur les 626 paires de jumeau, 13,5 % de garçons et 4,7 % de filles ont reçu le diagnostic ADHD, et 37,2 % de garçons et 13,1 % de filles celui de "conduct disorder". Le reste (57,9 % et 83,4 %) ont constitué le groupe de comparaison. [Am.J.Psychiatry, 156.10.99 : 15] => = 50 % des jumeaux garçons sont diagnostiqués positifs !

Si la **nette prédominance** de ce trouble dans le **sexe masculin** est bien établie, la cause de l'hyperactivité fait l'objet de désaccords entre spécialistes. [Hyper.enf.com.autres : 86]

In the general population (15-23,24), **9.2% (5.8%-13.6%) of males and 2.9% (1.9%-4.5%) of females** are found to have behaviors consistent with ADHD. [Practice Guideline.AAP : 49]

Prévention des accidents: il est maintenant établi par des études, que les enfants, adolescents et adultes **TDAH** ont davantage d'accidents que la "moyenne", **il y a une très nette corrélation chez le garçon !** [Présentat.Hypsos : 184]

The purpose of this paper is to determine whether the characteristics and the outcome of injuries sustained (blessures subies) by children with ADHD differ from those occurring to children with no preinjury medical condition. The investigation is based on the premise that **exposure to injury-producing activities is associated with age.** [Pediatrics.102.98 : 40]

Males had higher rates of all types of ADHD at all ages, but **the gender discrepancy varied for different age groups.** The minimum Symptom Severity score necessary for inclusion in a "risk" range for the ADHD subtypes varied according to age and gender. **ADHD was much more likely to co-occur with another psychiatric problem for boys and for girls.** Conclusion: Findings are discussed with respect to the selection of cutoff scores for assessment instruments in child psychopathology. [Revue de presse.Checkmateplus : 337 - 340]

Après avoir évoqué les variations de fréquence du trouble en fonction de divers facteurs (sexe, âge, ...) et les explications qui les accompagnent => il est temps de s'arrêter sur les explications qui mettent en cause les critères de définition de la variable dépendante (l'entité nosologique). => touchent à la limitation du syndrome et à la doctrine sur la maladie mentale.

Parmi les enfants ayant un THADA, **19 à 23% présentent des troubles d'apprentissage.**

[AVTES.Romandie : 49]

Le problème, c'est que, souvent, ces enfants **souffrent également d'autres troubles** que ce médicament ne peut soigner." [Courrier GE. 16 nov.98 : 49]

Environ 3-5 % des enfants/adolescent(e)s d'âge scolaire auraient ce problème **et la moitié d'entre eux pourront souffrir de difficultés d'apprentissage.** [Dr.Jolicoeur. TDAH.Diagn.diff : 33]

Cliniquement, l'ADHD (...) **peut être associé avec " learning disabilities " dans un pourcentage substantiel.** [Harvard Guide of Psychiatry : 38]

En 1980, J. Loney, in *Encyclopedia of Clinical Assessment*, estime que le syndrome hyperkinétique affecte 5 à 20 % des enfants scolarisés américains, selon la définition du syndrome. (J. Loney, 1980 « Childhood Hyperactivity » in vol. I *Encyclopedia of Clinical Assessment*, (ss dir. R.H. Woody, ed.), Ed. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 268).

Cf modèles théoriques à l'œuvre (en jeu) => configuration / hiérarchisation paradigmes pas nouvelle => récurrente. Ne bénéficient pas du même crédit symbolique et économique

Selon les critères diagnostics (*3).

La prévalence de l'hyperactivité est importante. **Dans les pays où l'on dispose d'enquêtes fiables** (États-Unis, Grande-Bretagne, Allemagne, Nouvelle-Zélande), **elle varie, selon les instruments d'évaluation utilisés**, entre 1,7 et 16 % avec **un sex ratio de 4/1 en faveur des garçons.**

Des études ont montré (sur 5000 enfants) que " **si on utilisait qu'une des trois sources (parents, enseignant, médecin) on trouvait 5 % d'enfant atteints, mais si l'on prend les 3 on tombe à 1,2 %** " (p.46). [Agité&distrain.Corrage : 124]

Les trois types selon le DSM-IV (type inattentif prédominant (I), type impulsif-hyperactif (I/H) ; type combiné (C)) " ont fait l'objet d'une validation par Lahey (1994) étude sur une population de 380 sujets. " Il en résulte que **le type (I/H) est constitué de sujets plus jeunes de 3 ans en moyenne**, que le type (I), alors que **pour le type (C)**, par rapport au type (I), cette **différence passe à 1 an.** Alors que la **répartition des sexes est équivalente pour le (I) et le (I/H), le nombre de garçons est supérieur dans le type (C).** Le type I/H est associé avec un dysfonctionnement général des comportements et les types (I) et (C) aux difficultés scolaires. Par contre **les difficultés sociales évaluées par les relations avec les pairs, dominant dans le type (I/H).** " (p.78) [Agité&distrain.Corrage : 154]

Malheureusement, il est très **difficile de diagnostiquer** cette maladie. Par exemple, **ces enfants sont facilement impressionnés par l'autorité masculine et par des situations nouvelles** ; ainsi, de nombreux parents ont été **dépités de voir leur " p'tit affreux " sage comme une image face au pédiatre !** D'autre part, certains enfants, **surtout les filles, peuvent souffrir d'un déficit d'attention sans pourtant être hyperactifs.** [Concepts femme (aspedah) : 38]

Par ailleurs, le nombre de **cas diagnostiqués** est en **augmentation. Preuve, peut être, d'un meilleur dépistage de la maladie.** [Medisite.Hyperactivité : 32 - 35]

Recorded prevalence rates for ADHD vary substantially, partly because of changing diagnostic criteria over time (10-13), and partly because of variations in ascertainment in different settings and the frequent use of referred samples to estimate rates. Practitioners of all types (primary care, subspecialty, psychiatry, and nonphysician mental health providers) vary greatly in the degree to which they use Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) criteria to diagnose ADHD. [Practice Guideline.AAP : 43]

With increasing epidemiologic and clinical research, **diagnostic criteria have been revised on multiple occasions over the past 20 years (10-13).**

A recent review of prevalence rates in **school-aged community samples** (rather than referred samples = échantillons adressés ou consultant ?) **indicates rates varying from 4% to 12%**, with estimated prevalence based on combining these studies of ~8% to 10%. [Practice Guideline.AAP : 46 - 47]

With the DSM-IV criteria (compared with earlier versions), more females have been diagnosed with the predominantly inattentive type (25,26). [Practice Guideline.AAP : 51]

The Technical Resources International report focused on **4 specific areas** for the literature review: **the prevalence of ADHD among children 6 to 12 years of age in the general population and the coexisting conditions that may occur with ADHD;** the prevalence of ADHD among children in primary care settings and **the coexisting conditions** that may occur; the accuracy (exactitude, précision) of **various screening methods for diagnosis;** and **the prevalence of abnormal findings on commonly used medical screening tests.** [Practice Guideline.AAP : 73]

Between 1997 and 1998, **the norm sample (échantillon) for the Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) Parent Checklist was expanded, and the Symptom Severity Profile score sheet** (plaque, feuille) for this instrument was revised accordingly (Gadow & Sprafkin, 1999). This publication briefly describes **the sample that served as the basis for the revised norms.** [Revue de presse.Checkmateplus : 456 - 462]

Les résultats montrent **une surreprésentation du sous-type combiné (dans une enquête basée sur questionnaire aux enseignants).** Ce sous-type présente plus de retard scolaire, d'inadaptations et de comorbidité avec les troubles des conduites et d'opposition. Le **sous-type inattentif présente la plus faible comorbidité** alors que le sous-type hyperactif-impulsif est intermédiaire. " [Résumé3. Docs. AdaptScol : 12 - 14]

Ce syndrome est un véritable **problème de santé publique, puisqu'il affecte de 3 à 5 p. 100** de la population prépubère, **d'après des études épidémiologiques retenant les critères diagnostiques de la classification américaine des maladies mentales.** [Universalis.Ritaline : 13]

In our study, the ADHD group represented ~1% of the injured children, a lower proportion than estimates noted for the general pediatric population. This lower rate may be attributable to incomplete medical history reported by the child's caretaker at the hospital setting. Omissions can occur particularly when information is requested at the time of admission when the parent is still shaken by the difficult circumstances usually accompanying a traumatic event. The lower rate also may stem from the selection bias of injury hospitalizations that excluded the larger population of less severe injuries. [Pediatrics.102.98 : 119]

L'incidence d'hyperkinésie, de sociopathie, de troubles liés à l'utilisation de l'alcool et de troubles de conversion est augmentée chez les parents " [SynopsisPsychiatr.Kaplan : 30]

L'AGE DE PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE.

Le vice-directeur de cet organisme (Novartis), Terrance Woodworth, précisait récemment devant une sous-commission du Congrès que **40% des ordonnances sont destinées à des enfants de 3 à 9 ans**, dont 80% de garçons. [AFP (BE). USA. peur Ritaline : 29]

On estime que **1,5 million d'enfants/an ou 2,8 % la population d'âge scolaire aux Etats-Unis sont traités par un médicament stimulant.** La plupart d'entre eux ont entre 5-12 ans, **mais récemment la prescription de stimulants pour adolescents et adultes a augmenté.** [Medeci&Hyg. oct.99.Haengeli : 149 - 149]

Pour des motifs comme l'agitation, les troubles du sommeil (même chez les nourrissons), l'anxiété (souvent liée à la scolarité), la prescription de psychothropes (principalement des sédatifs et des tranquillisants) **concerne près de 16 % des enfants de 0 à 6 ans.** [Epelbaum.Psych.Enf. : 22]

De 1991 à 1995, indiquaient ses auteurs, **les jeunes de 2 à 4 ans** qui prenaient ce **stimulant** du système nerveux pour lutter contre l'hyperactivité **a plus que doublé (+ 150%).** [AFP (BE). USA. peur Ritaline : 21]

Les **prescriptions** (au Canada + USA ?) **concernent pour 51% des enfants de 3 à 9 ans, pour 43 % des cas de 10 à 19 ans...** [A.N.A.E.96. Messerschmitt : 107]

Such compounds (which, despite their inhibitory effects, are known as psychostimulants) have been found to improve the behavior **of between 70 and 90 percent of children with ADHD older than five years.**

[Barkley.ScientificAmerican.98 : 118]

A recent report in the Journal of the American Medical Association by Zito and her colleagues has demonstrated **a three-fold (pli) increase in the prescription of stimulants to 2-4 year old toddlers.** [Breggin.Anti-Ritaline : 117]

Aussi, **l'âge de l'enfant est important.** Les médecins hésitent à **prescrire du Ritalin à l'enfant de moins de 6 ans ou non scolarisé.** Il faut que l'enfant éprouve des difficultés importantes pour que le **début du traitement** précède l'école. [Elaine.Site : 173]

Près de 1 million de jeunes Américains (dont **43% âgés de moins de 9 ans**) sont ainsi **traités au méthylphénidate:** ce médicament proche des amphétamines est classé par les autorités médicales dans le

même groupe de "substances dangereuses" que les barbituriques, la cocaïne ou l'héroïne. [L'Express.27.10.94 : 28]

Et pour cause (polémique): en Suisse, la consommation de produits psycho-pharmaceutiques a connu une **augmentation alarmante** (80% entre 1998-1999 pour la seule **Ritaline**). **Il arrive même qu'on en prescrive à des enfants de 5 ans**. [Petition Anti psychotropes : 23]

Il (Dr Haenggeli) insiste sur le fait qu'en neuropédiatrie, **la Ritaline n'est en règle générale jamais prescrite avant l'âge scolaire**. [Petition Anti psychotropes : 129]

Methylphenidate HCl should not be used in children under six years since safety and efficacy in this age group have not been established. [Pharmaceutical industry : 86]

" **Le traitement a été longtemps réservé aux enfants d'âge scolaire**. Néanmoins certaines études aux **Etats-Unis ont montré l'efficacité de ce traitement à l'âge préscolaire (enfants de 3 à 6 ans)**. **L'utilisation dans cette tranche d'âge est très exceptionnelle en France** " (488). [Pharmacothérap.pédiatr.92 : 52]

Le phénomène est d'autant plus inquiétant qu'aux **Etats-Unis, on prescrit ces médicaments dès l'âge de 2 ans (alors que la notice de la Ritaline en déconseille l'usage avant 6 ans!)**. [Soir Illustré. (BE).Sept.00 : 34]

À cause de l'absence d'études cliniques probantes à cet effet, l'industrie pharmaceutique **ne recommande pas l'usage des psychotoniques chez les enfants d'âge préscolaire**. [Sté.Canad.Pedia.MPH.90 : 36]

Homogène selon certaines sources (cf. pour la plupart = association de défense des parents) => év. à mettre sous association.

Le THADA ne fait preuve **d'aucune discrimination et se manifeste dans tous les types de familles, toutes les races, tous les pays**. [Aspedah.28.04 : 92 - 94]

Huge numbers of people are affected. Many studies estimate that between 2 and 9.5 percent of all school-age children worldwide have ADHD; researchers have identified it (2 à 10 %) **in every nation and culture** they have studied. [Barkley.ScientificAmerican.98 : 44]

Toutes les études rapportent des chiffres équivalents, **quels que soient les lieux d'observation** : 3 à 5 % de la population prépubère serait concernée par ce syndrome (BIR, 1988 - OFFORD, 1989 - BARKLEY, 1990). [Coridys.Hopital.Neuro.lyon : 44]

Une chose est certaine : **l'hyperactivité ne fait preuve d'aucune discrimination et se manifeste dans tous les types de familles, toutes les races et tous les pays**. [Présentat.Hypsos : 46]

L'hyperactivité se rencontre **partout dans le monde et dans toutes les classes sociales**. [Elaine.Site : 31]

L'hyperactivité se rencontre partout dans le monde et dans toutes les classes sociales. [Dr Forbin.Site.Canada : 13 - 14]

(commentaire : contradiction. Ex.avec la consommation de Ritaline plus élevée que la moyenne dans les milieux défavorisés . voir plus bas : 5% des enfants d'âge scolaire en consommation (**Ritalin**). **Dans les milieux défavorisés, ce pourcentage grimpe à 12 %**. [Dr Forbin.Site.Canada : 25]

et cela (augmentation des troubles mentaux chez les jeunes enfants) **dans tous les milieux socio-économiques et surtout, dans les villes** " (p.53) [Dolto.Extrait : 53]

Ceci est à **nuancer selon les tolérances socioculturelles et scolaires**. [A.N.A.E.96. Messerschmitt : 23]

By consensus of opinions, ADHD affects 3% to 5% of the pediatric Population but the **prevalence estimates reported in the literature have varied from 1% to 20%, with diversity across cultures and socioeconomic status** (7). [Pediatrics.102.98 : 118]

La deuxième question posée dans votre reportage à laquelle j'aimerais répondre est **pourquoi il y a deux fois plus de prescriptions de médicaments pour déficits d'attention chez les assistés sociaux que dans la population en général**. A mon avis, il y a **deux raisons**: d'abord, vous savez que les déficits d'attention sont **transmis génétiquement**. (Commentaires : " plus de prescription chez les assistés sociaux " de qui parle-t-on exactement ? Contradiction avec l'affirmation plusieurs fois rencontrée dans les sites " qui se proclament spécialisé sur la question " selon laquelle il n'y aurait pas de différence de prévalence du trouble selon les groupes sociaux, les classes sociales, les cultures). [Site Elaine. Dr.Falardeau : 136 - 137]

The percentage of children in each age group was fairly evenly (régulièrement) distributed. **Their racial/ethnic distribution was as follows: Caucasian (89%), African American (5%), Hispanic American (4%), and Other (2%). Their socioeconomic distribution (Hollingshead, 1975) was lower (20%), middle (42%), and upper (38%)**. [Revue de presse.Checkmateplus : 456 - 462]

" Parmi **les enfants les plus intelligents (...)** et dont les familles sont les plus évoluées socialement, se trouvent des enfants indiscutablement perturbés, **les plus accessibles en même temps aux techniques psychothérapeutiques**. La névrose apparaît comme la rançon de notre civilisation, et de sa " sophistication". " (276). [Chiland. Av.enf.6 ans : 49]

Loney en 1980, évoque les recherches qui ont démenti l'idée que l'hyperactivité serait liée au statut socio-économique des familles. Et qui proposent une explication en terme de style éducatif (variable socialement située) pour expliquer les divergences selon les milieux. Le lien familial, et la divergence sociologique véhicule le lien génétique entre géniteurs et enfants. Les variations socio-économiques peuvent être interprétées comme des confirmations de filiations génétiques. (J. Loney, 1980 « Childhood Hyperactivity » in vol. I *Encyclopedia of Clinical Assessment*, (ss dir. R.H. Woody, ed.), Ed. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 277).

Selon les contextes (pays : 4.1.4) (51 docs, 113 texts units). Epidémiologie, Prévalence, différence internationale.

OUTRE-ATLANTIQUE / USA / CANADA

Près de **4 millions d'Américains** de moins de 18 ans sont aujourd'hui catalogués "hyperactifs", ou atteints de "déficit d'attention" (un trouble psychologique caractérisé par un comportement agité et des difficultés à se concentrer), et traités à tour de bras à la Ritaline. [L'Express.03.07.97 : 12]

Plus de 3 millions d'enfants entre 2 et 18 ans - **en majorité des garçons de race blanche** - sont aujourd'hui diagnostiqués "hyperactifs" et traités avec des pilules de méthylphénidate - le nom médical de la Ritaline. [L'Express.26.10.00 : 26]

" Aux Etats-Unis, il s'agit de la pathologie psychiatrique chronique la plus fréquente chez l'enfant ". [Le monde.15.09.95 : 63]

On estime qu'environ **5% des enfants américains** souffrent d'ADHD [Medeci&Hyg. oct.99.Haengeli : 46]

Certains **biais de sélection** expliquent probablement en partie la prédominance du sexe masculin parmi les enfants avec THADA . Par exemple, **aux Etats-Unis, les enseignants semblent mieux préparés à dépister le THADA chez des garçons d'origine caucasienne provenant de milieux socio-économiques favorisés, que dans d'autres catégories sociales, ou chez les fillettes, qui devront avoir un comportement plus " hors norme " par rapport à leurs camarades que des garçons du même âge** avant d'être suspectées de THADA. [Medeci&Hyg. oct.99.Haengeli : 51]

"But in some schools, as many as 20 percent of boys in the upper elementary grades are being given Ritalin ". [New York Times.2.11.99 : 25]

Selon les statistiques de l'**Académie américaine de pédiatrie (AAP)**, au moins **3,8 millions d'enfants** en sont atteints [AFP (BE). USA. peur Ritaline : 35]

WASHINGTON, 3 oct (AFP) - **Longtemps considéré comme le remède miracle** pour calmer les enfants atteints d'hyperactivité, **le psychostimulant Ritaline commence à faire peur aux responsables américains qui s'inquiètent d'une surconsommation dans un pays où plus de trois millions de jeunes en prennent régulièrement.** [AFP (BE). USA. peur Ritaline : 15]

Le médicament est en effet devenu pour les Américains le traitement de prédilection pour les affections se traduisant par une hyperactivité et un manque de concentration chez l'enfant. [AFP (BE). USA. peur Ritaline : 31]

L'évolution des études diverge selon les pays. Aux Etats-Unis l'importance attribuée à l'atteinte cérébrale diminue " sans pour autant aboutir, dans un premier temps du moins, à la fragmentation du syndrome originel " (p.19) [Agité&distrait.Corraze : 50]

" Sur le continent nord-américain, le diagnostic d'hyperactivité et son traitement par les psychotoniques (amphétamines) s'est très fortement développé depuis les années soixante et plus encore depuis les années septante ". [Courrier GE. 11.fév.00 : 28]

" Par exemple, **les critères proposés par le DSM sont nettement plus sensibles que ceux proposés par l'ICD.** Dans les éditions 1980 et 1987 du DSM, **les auteurs américains déclarent que la maladie touche 5 % des enfants**, ce qui est énorme ". [Courrier GE. 11.fév.00 : 40]

" Mais **ces résultats (prévalence) ne sont pas basés sur des études populationnelles, qui montrent quant à elles des estimations beaucoup plus réalistes.** " [Courrier GE. 11.fév.00 : 41]

" Les médecins américains ont donc malheureusement surestimé très fortement les problèmes, ce qui explique que, aujourd'hui, outre-Atlantique, plus d'un million d'enfants prennent quotidiennement de la Ritaline (méthylphénidate)." [Courrier GE. 11.fév.00 : 45]

Anne Lamon Albasini rappelle que la population touchée par ce trouble est d'environ 5% et **qu'aux Etats-Unis, il peut arriver que dans ces certaines zones défavorisées 30% des enfants soient sous Ritaline,** c'est-à-dire prenant une amphétamine ayant la réputation de diminuer l'hyperactivité et d'augmenter les performances. [Déf.d'attention.CH.site : 22]

" Des psychostimulants étaient prescrits **dans les années 75 à 500 000 ou 700 000 enfants américains** (Sprague et Gadow, 1976). **Le méthylphénidate est de loin le médicament le plus utilisé aux USA dans le traitement des " troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité motrice "** (Bosco 1980 cité par Gualtieri 1985)" (112). [Dollfus.PsychotropesEnfants : 107]

Cependant, il est temps aussi de tirer une sonnette d'alarme. **Quand on consulte des chiffres de prescription de Ritaline(r) aux USA et au Canada, ceux-ci donnent le vertige.** Aux Etats-Unis, plus d'un million d'enfants reçoivent ce médicament. [AVTES.Romandie : 170]

L'usage des anti-dépresseurs a augmenté de 200 % en quatre ans chez les enfants de 2 à 5 ans aux Etats-Unis. Le Prozac (un calmant) et la Ritaline (un stimulant) notamment font aujourd'hui partie de l'arsenal médicamenteux presque classique des pédiatres américains, selon les résultats d'une recherche publiés dans le Journal of the American Medical Association. Ainsi, **1,25 % des 200 000 enfants américains pris en compte dans l'étude subiraient un traitement médical lourd dès leur plus jeune âge.** [Art.Site rfi.fr.04.00.USA : 17 - 18]

Un rapport publié (mars 2000) par The Journal of American Medical Association " révèle que **la consommation de psychotropes chez les enfants américains en âge préscolaire (de 2 à 5 ans) s'est accru de façon dramatique (200 %) entre 1991 et 1995, estimant que 1,25 % de ces enfants suivent " un traitement médical lourd.** [Femina.23.04.00 : 12]

Aucune étude - pas même aux Etats-Unis, où le phénomène a été connu plus tôt qu'en Europe - ne permet de conclure que le trouble serait en progression. [Hebdo.6 sept.01 : 16]

Aux Etats-Unis, les ventes de ce médicament proche des amphétamines, utilisé pour "calmer" les enfants turbulents, **ont progressé de 30% ces deux dernières années** (95-97). [L'Express.03.07.97 : 10]

Près de 4 millions d'Américains de moins de 18 ans sont aujourd'hui catalogués "hyperactifs", ou atteints de "déficit d'attention" (un trouble psychologique caractérisé par un comportement agité et des difficultés à se concentrer), **et traités à tour de bras à la Ritaline**. [L'Express.03.07.97 : 12]

Un **phénomène typiquement américain: 90% de la production mondiale du médicament est vendue aux Etats-Unis**. Dans certains Etats, comme la Virginie, la Caroline du Nord ou le Michigan, de 10 à 15% des enfants d'âge scolaire avalent quotidiennement leurs "pilules d'obéissance", souvent après avoir été signalés par les enseignants, qui invitent les parents à consulter. [L'Express.26.10.00 : 34]

Aux Etats-Unis, plus d'un million d'enfants déclarés "trop agités" sont placés sous amphétamines. Motif: "déficit d'attention", disent les médecins, qui assagissent leurs "patients" au grand soulagement des parents et des éducateurs. [L'Express.27.10.94 : 10]

Diagnostic: Denis est atteint d'un syndrome baptisé "ADD" ("Attention Deficit Disorder", trouble de déficit d'attention). **Une "maladie" dont personne n'avait entendu parler voilà une quinzaine d'années et qui apparaît, aujourd'hui, comme le premier problème de santé mentale chez les enfants américains**: 3 millions d'entre eux en seraient affectés, dont la moitié environ sont déjà dépistés et traités, la plupart du temps à l'aide... d'amphétamines. [L'Express.27.10.94 : 16]

La mystérieuse "affection", qui semble pour l'instant toucher essentiellement les Etats-Unis, se caractérise par un excès d'impulsivité et un manque d'attention. Elle concerne aussi bien des enfants qualifiés d'"hyperactifs" que ceux qui montrent des difficultés particulières à se concentrer à l'école. [L'Express.27.10.94 : 20]

Résultat: **son utilisation n'a cessé de se répandre aux Etats-Unis, où le nombre de prescriptions a carrément triplé depuis 1991!** [L'Express.27.10.94 : 33]

L'ADD est défini dans le très officiel "DSM III" ("Manuel de diagnostic des désordres mentaux") par les comportements suivants. Faites le test. **Si votre enfant satisfait à 8 au moins de ces conditions depuis plus de six mois, il serait considéré comme "malade ADD" aux Etats-Unis**. [L'Express.27.10.94 : 103]

Le nombre d'enfants diagnostiqués hyperactifs a littéralement explosé ces dernières années outre-Atlantique. Notamment **sous la pression d'associations** de parents qui militent pour la reconnaissance de cette "maladie", avec l'appui financier des laboratoires pharmaceutiques. [L'Express.28.09.95 : 15]

Plus de 1,5 million de jeunes Américains sont ainsi traités quotidiennement. [L'Express.28.09.95 : 17]

Chaque matin, **plus de quatre millions de petits Américains hyperactifs prennent un comprimé de Ritaline** avec leur jus d'orange... et sont calmés pour la journée. [Présentation Arte.27.09.00 : 10]

Dans ces mêmes colonnes paraissait il y a quelques semaines, un article de Sylvie Kauffmann sur **la prescription, aux Etats-Unis, de Ritaline** (produit de type amphétaminique) à des enfants de plus en plus nombreux et de plus en plus jeunes, **prescription motivée par ce que la classification américaine (DSM IV) appelle "un trouble déficitaire de l'attention"**. [Le Monde.27.05.00 : 12]

"**Aux Etats Unis**, souligne Lyse Lefebvre, pharmacienne au Centre de toxicologie de Québec, **plus d'un million d'enfants sont sous Ritaline** afin de diminuer les problèmes d'apprentissage associés au trouble déficitaire de l'attention (TDA)" [Le Nouvelliste. 6.03.99 : 61]

Pharmacologie."La principale substance utilisée est un dérivé des amphétamines, le méthylphénidate (Ritalin). **Ce médicament est largement prescrit aux Etats-Unis**, puisque l'on estime à 700 000 le nombre d'enfants traités [Sprague & Gadow 1976] ou 1 à 5 % des enfants d'âge scolaires (Bosco & Robins 1980)" (2910). [Lebovici,Soulé, Diatkine.97 : 24 - 25]

Aux USA, les dosages recommandés pour le méthylphénidate sont de 30 à 60 mg /jours, les auteurs français, eux, utilisent " habituellement des doses de 10 à 20 mg par jour chez l'enfant prépubère " (2911). [Lebovici,Soulé, Diatkine.97 : 28]

Toujours **aux Etats Unis, on estime que la moitié des enfants sont adressés à tort en consultation par les parents et les professeurs qui soupçonnent un TDAH**. [Medisite.Hyperactivité : 173]

Autrement **on risque une dérive à l'américaine, où les enfants, de plus en plus jeunes, se retrouvent assommés de médicaments**. Le Prozac à 2 ans, c'est une aberration. [Nouvel obs.20.avr.00 : 33]

Au cours des dernières décennies, **l'usage d'amphétamines à des fins thérapeutiques est devenu rare et, par conséquent, presque tous les pays du monde signalent une baisse de l'usage médical de ces substances. Tel n'est pas le cas des Etats-Unis**, où l'usage médical de dexamphétamine et d'amphétamine a fortement augmenté au cours de la dernière décennie. **Selon l'OICS, la consommation d'amphétamines aux États-Unis est plus de dix fois supérieure à celle des pays européens en termes de doses quotidiennes moyennes**. [ONU.Rapport de l'OICS.02.00 : 21 - 22]

Les États-Unis ont également la plus forte consommation par habitant au niveau mondial de méthylphénidate, stimulant entrant dans la composition de la Ritaline, médicament **utilisé de façon courante et controversée pour le traitement des troubles déficitaires de l'attention chez l'enfant et l'adulte**. [ONU.Rapport de l'OICS.02.00 : 24]

Il y a 30 ans, les enfants présentant des difficultés de ce type n'étaient pas traités de cette manière. **Qu'il suffise maintenant de se tourner vers les Etats-Unis - qualifiés de Big Brother - pour prendre la mesure**. Selon elle, plus de 5 millions de personnes consomment de la Ritaline. **En Suisse aussi, la prescription augmente de manière conséquente**. [Petition Anti psychotropes : 43 - 43]

Revenant à la **situation américaine**, elle rapporte **qu'on administre de la Ritaline à des enfants de 5, voire 2 ans**, sous prescription psychiatrique, alors que cette substance ne devrait pas être administrée au-dessous de l'âge de 6 ans. [Petition Anti psychotropes : 45]

Reported rates also vary substantially in different geographic areas and across countries (14). [Practice Guideline.AAP : 44]

" Cette **différence (entre DSM-IV et CIM-10) de définition du syndrome** d'hyperactivité avec déficit de l'attention **explique en partie que la prévalence soit estimée entre 3 et 5 % des enfants d'âge scolaire aux USA, alors que dans un pays européen comme le Royaume-Uni, qui se réfère principalement à la classification OMS, ce syndrome est diagnostiqué chez environ 0,5 % des enfants "**. [Prescrire. Nvté médics.06.97 : 150]

Pourtant, **au Québec, la prescription de stimulants pour enfants dont les parents sont prestataires de sécurité du revenu a triplé de 1990 à 1994, atteignant la prévalence de 11,9 %**. [Résumé1. Docs.AdaptScol : 14]

" Le questionnaire aux enseignants de l'**Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes de 1992 établit à 7.99 pour cent la prévalence du Trouble Hyperactivité Avec Déficit d'Attention (ADHD)** tel que défini par le D.S.M.. [Résumé3.Docs.AdaptScol : 10]

La violence, c'est aussi la maltraitance psychologique : violence verbale, humiliations, dévalorisation, etc., etc. C'est aussi la "camisole chimique". Une récente étude, publiée dans le Journal of the American Medical Association, révèle **qu'aux Etats-Unis, des enfants de 2 à 3 ans, normalement agités pour cet âge, sont diagnostiqués comme étant atteints d'ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) et traités en conséquence**. [Site"Eduquer sans frapper" : 31 - 32]

Les données les plus récentes concernant la question des prévalences se trouvent dans l'E.Q.S.M.J. (l'Enquête Québécoise de Santé Mentale des Jeunes de 1992: Valla et coll., 1994). **Les résultats de cette enquête valent bien sûr pour le Québec. Mais, comme l'E.Q.S.M.J. est actuellement encore l'étude épidémiologique de ce type la plus récente en Occident, ses données épidémiologiques concerneraient d'autres contrées**. [Site.Adapt.Scol.Fr.Honorez : 89 - 92]

Globalement, le T.D.A./H. serait présent **chez cinq (5%) des jeunes de six à quatorze ans: c'est le trouble le plus fréquent dans l'enquête. Comparativement aux études épidémiologiques semblables** les plus récentes et sans entrer dans des considérations méthodologiques, **la prévalence au Québec y est intermédiaire puisqu'ailleurs la prévalence du T.D.A./H. varie de 2.2% à 10.1%** (voir tableau 9). [Site.Adapt.Scol.Fr.Honorez : 91]

Au Québec, la forme pure du THADA, sans trouble associé, toucherait une population comptant de 7 500 à 12 500 élèves qui seraient sans doute les meilleurs candidats au traitement médical traditionnel par méthylphénidate (Honorez, 1998). [Site.Adapt.Scol.Fr.Honorez : 113]

" Les études les plus **récentes indiquent qu'au Québec, près de 46 000 élèves du primaire et du secondaire pâtiraient du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention tel que défini par le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Elles suggèrent aussi que près de 13 000 de ces élèves prendraient un psychotrope pour contrôler ce trouble**. [Site.Adapt.Scol.Fr.Honorez : 173 - 174]

De l'avis de certains spécialistes, le phénomène du THADA est surévalué par rapport à sa fréquence réelle. Anne Lamon Albasini rappelle que **la population touchée par ce trouble est d'environ 5% et qu'aux Etats-Unis, il peut arriver que dans ces certaines zones défavorisées 30% des enfants soient sous Ritaline**, c'est-à-dire prenant une amphétamine ayant la réputation de diminuer l'hyperactivité et d'augmenter les performances. [Site.ordp.vsnet.ch.nov.99 : 24]

La " mode " vient effectivement des Etats-Unis et il suffit de voir le nombre de sites Internet consacrés à l'hyperactivité pour comprendre l'importance qui lui est accordée. [Site.ordp.vsnet.ch.nov.99 : 26]

" Tableaux noirs. ça s'appelle la ritaline, c'est une sorte de "**pilule magique**", un psychotrope puissant administré chaque jours, comme de vulgaires vitamines, à **plus de quatre millions d'écoliers américains jugés "hyperactifs"**. " [Télérama sept.00 : 10]

EUROPE / FRANCE

" les rapports sur l'incidence du trouble DA/H **aux Etats-Unis varient entre 2 et 20 % des enfants d'âge scolaire. On estime habituellement qu'aux Etats-Unis, au moins 3 à 5 % des enfants prépubères de l'école primaire présentent le trouble, contre 1 % en Grande Bretagne "**. [SynopsisPsychiatr.Kaplan : 29]

En Occident et à l'heure actuelle, c'est plutôt l'excès de phosphore qu'il y a lieu de redouter. Durant les vingt dernières années, notre absorption moyenne est, en effet, passée de 1,5 à près de 4 g par jour. **Les phosphates surabondent dans ce que nous mangeons et nous buvons**, car ils sont ajoutés à divers produits, tels que charcuteries, saucisses, fromages fondus, crèmes dessert de fabrication industrielle, boissons au cola et autres. [Le Matin.fev.98 : 19]

Après avoir précisé que " pour certains observateurs, **la fréquence élevée de ce syndrome chez les enfants nord-américains tient pour beaucoup aux caractéristiques du système éducatif, beaucoup plus laxiste que le système français "** l'auteur de l'article conclue sur **les signes possibles de corrélation entre les courbes de vente de Ritaline et l'américanisation de notre société**. [Le monde.15.09.95 : 48]

Dans l'un des Etats du Midwest étudiés, plus d'un écolier sur quinze dans la tranche d'âge cinq-neuf ans reçoit de la Ritaline, chiffre déjà considérable et auquel il faut ajouter ceux qui sont traités par d'autres psychotropes, et notamment par des antidépresseurs. **Fort heureusement, nous n'en sommes pas là en France (encore**

qu'une enquête ait montré que 12 % des enfants de six ans avaient déjà reçu un traitement psychotrope). [Le Monde.27.05.00 : 19]

" **La situation est tout à fait différente en Europe**, où cette symptomatologie est principalement attribuée à des étiologies psychologiques et par conséquent **peu ouvertes à l'idée d'une prise en charge médicamenteuse qui impliquerait la reconnaissance d'une dimension biologique de l'hyperactivité** ". [Courrier GE. 11.fév.00 : 29]

"**Cet ouvrage (1994) présente pour la première fois aux lecteurs francophones la problématique de l'épidémiologie de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent**, discipline jusqu'à présent essentiellement anglo-saxonne. [Résumé5.Docs.AdaptScol : 10]

" Si le " trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité motrice " **est une entité nosographique bien individualisée dans les pays anglo-saxons, elle reste très discutée en Europe, en particulier en France où les symptômes (hyperactivité motrice, inattention...) n'appartiennent pas à une nosologie déterminée mais s'intègrent souvent dans des organisations pathologiques de la personnalité dont l'origine psychogène est parfois évidente.**" (142). [Dollfus.PsychotropesEnfants : 213]

" Ceci étant, **comment expliquer le fait que ces troubles sont quasi systématiquement traités par des psychostimulants aux Etats-Unis alors qu'ils ne le sont pratiquement jamais en France** (si ce n'est pas des sédatifs utilisés inconsidérément dans une perspective réductrice ou par des psychotoniques vraisemblablement dénués d'action pharmacologiques ou dont l'efficacité par des études contrôlées n'a pas été à notre connaissance démontrée)" (143). [Dollfus.PsychotropesEnfants : 215]

Cependant, son utilisation dépend en grande partie de la mentalité scientifique. Car **autant il peut se prescrire chez les médecins de formation nord-américaine, autant son statut demeure précaire en Europe ou dans l'esprit de certains intervenants peu familiers de la neurobiologie, et qui privilégient les hypothèses psychoaffectives du comportement.** [Dr.Jolicoeur.Ritaline : 19]

Il apparaît, par exemple, qu'" en cas d'instabilité psychomotrice, **87 % des praticiens (français) ne prescrivent jamais ou rarement des psychotropes** (...) ce qui introduit **une différence par rapport à la pratique des Anglo-Saxons** " (Epelbaum, La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,1993, p.537). [Epelbaum.Psych.Enf. : 11]

Commentaires : Rappelons toutefois que les chiffres rapportés ici datent d'une enquête effectuée en 1984, alors que la Ritaline n'a obtenu son AMM (autorisation de mise sur le marché) qu'en 1996 et que de manière plus générale, le rapport aux produits pharmaceutiques s'est modifié ces 20 dernières années. [Epelbaum.Psych.Enf. : 12]

Comment expliquer **qu'à Genève et en Europe, nous ayons échappé jusqu'ici à la " déferlante-Ritalin "** (Au Québec, 5 % des enfants prennent du Ritalin) ? (...) parce que jusqu'au début des années nonante, le système d'éducation a bénéficié de certaines " largesses " permettant à la fois d'intégrer toutes sortes d'élèves et de ne pas produire trop d'enfants " déviants ". [Aujourd'hui n.34.15.01.99 : 69]

La **société française** n'a pas eu la même "morale " **quant à l'utilisation des amphétaminiques comme traitement des surcharges pondérales.** Curieusement, **elle a accepté ces traitements pour des avantages souvent très " esthétiques " mais l'a refusé chez le jeune hyperactif en échec et rejet scolaire.** [A.N.A.E.96. Messerschmitt : 110]

(**L'école française** est précocement exigeante, intellectuelle, et peu portée sur l'expression physique et plastique), mais aussi **l'intensité de ce comportement, les hyperactivités très intenses étant très vite mal tolérées autant par les familles que par la société.** [A.N.A.E.96. Messerschmitt : 23]

La prescription chez l'enfant hyperactif de plus de 6 ans, dans les conditions évoquées, me semble satisfaisante. La France est un pays qui s'offre le luxe d'être à la fois un des grands consommateurs de produits, et en même temps un grand critique de l'utilisation de ces mêmes produits. [A.N.A.E.96. Messerschmitt : 112]

Commentaires : la résistance critique française serait un luxe, le luxe de la gestion non chimique des problèmes de comportement.

" Il n'existe **pas de données épidémiologiques précises sur la prévalence de ce trouble en France** " [Prescrire. Nvté médocs.06.97 : 152]

Mais les auteurs déplorent la marginalité de leur utilisation [des questionnaires et échelles standardisés] en France. [Agité&distr. Corraze : 110]

Alors que **la prescription de psychotropes est particulièrement importante en France**, elle occupe une **moindre place en psychiatrie infantile**, du fait des **craintes d'une instauration de dépendance au produit**. [Epelbaum.Psych.Enf. : 27]

Selon l'auteur de l'article, **certains psychiatres français " ont interprété le syndrome hyperkinétique comme un trouble d'origine caractérielle ou anxiodépressive "**. [Le monde.15.09.95 : 27]

" Actuellement de nombreuses classes pharmacologiques sont prescrites. Certaines indications apparaissent reconnues, comme les épisodes dépressifs majeurs, les délires aigus, le syndrome de Gilles de la Tourette, les schizophrénies de l'enfant ; **elles restent moins évidentes dans d'autres domaines comme l'autisme ou les troubles des conduites, et encore controversée en France pour l'hyperactivité**" (2906). [Lebovici,Soulé, Diatkine.97 : 12]

Si **le TDAH est de plus en plus fréquent en France**, la situation est sans commune mesure avec celle existant **outre atlantique : Aux Etats-Unis près de 20%** des enfants seraient hyperactifs et le recours aux **traitements psychotropes de plus en plus répandu**. [Medisite.Hyperactivité : 169 - 171]

En Angleterre, jamais en retard d'une mode sur les cousins américains, le nombre de prescriptions double chaque année. Car on peut parler de mode devant cet accroissement proprement phénoménal. Correspond-il à une réalité thérapeutique ? [Medisite.Hyperactivité : 169 - 171]

La prévalence de l'hyperactivité est importante. **Dans les pays où l'on dispose d'enquêtes fiables (Etats-Unis, Grande-Bretagne, Allemagne, Nouvelle-Zélande), elle varie, selon les instruments d'évaluation utilisés, entre 1,7 et 16 %** avec un sex ratio de 4/1 en faveur des garçons. [Méd.Thér.Pédiat.Juin00 : 29]

La crainte que les stimulants soient surprescrits est infondée, Dr M. Weiss, psychiatre, la balaise du revers de la main dans un récent article " 5 % des enfants de six à 18 ans souffrent de TDAH. **Mais en Colombie-Britannique, seulement 0,8 % des enfants reçoivent des stimulants. Et le taux de traitement diminue à l'adolescence.**" **En d'autres mots, environ 90 % des adolescents souffrant de TDAH ne sont pas traités.** [News.Hypsos.21.10.00 : 47]

Les variations considérables de l'usage de ces substances d'un pays ou d'une région à l'autre restent inexpliquées mais pourraient être dues à des différences culturelles, selon l'OICS. [ONU.Rapport de l'OICS.02.00 : 33]

Attention deficit hyperactivity disorder is a **condition of brain dysfunction (1, 2) that is misunderstood and under-recognised in Britain.** [British.Medic.Journ.05.98 : 13]

There is much myth and misinformation, fuelled by personal bias and the media, surrounding the existence and treatment of the condition, **which has led to an assumption that it is overdiagnosed and overtreated in Britain.** [British.Medic.Journ.05.98 : 22]

British professionals have traditionally used the more restrictive World Health Organisation and ICD 10 term "hyperkinesis," which means severe, persistent hyperactivity. [British.Medic.Journ.05.98 : 55]

Substantial national differences exist in rates of treatment in Britain, Australia (7) and North America (8) (figure). **British government data** show that in 1995 up to 6000 children were being treated with psychostimulants (9) **This equates to 0.03% of UK schoolchildren.** As the incidence of severe hyperactivity in Britain is 0.5-1% (10) **this demonstrates considerable undertreatment of the disorder.** [British.Medic.Journ.05.98 : 71]

" In the **1970s Micheal Rutter, an outstanding British child psychiatric epidemiologist, began to wonder why there were so many hyperactive children in the United States and fewer than 1% in England.** (...) Using careful observation, and gathering data from multiple sources, Rutter and his colleagues (Sandberg, Rutter and Taylor, 1978) discovered that **each source of data - parents, teachers, child psychiatric interviewers, psychologists giving tests - had identified a different and only minimally overlapping (se chevauchant) group of children as hyperactive "**. [Harvard Guide of Psychiatry : 32]
Rutter dénonce donc un **problème de fiabilité**. La **corrélation entre les sources est faible,** " **raised serious questions that the diagnosis of hyperactivity** (and, by implication, other less observable child psychiatric diagnoses) **might not be valid or reproducible.**" (p.593). [Harvard Guide of Psychiatry : 33]

Note de bas de page 184 : Yvon : " seul enfant qui pourrait entrer **dans le cadre de hyperkinésie des Anglo-Saxons "** [Chiland. Av.enf.6 ans : 14]

Objective: This study examined prevalence rates of attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) behaviors and differences between subtypes in 10-to-12 year old Ukrainian children using a parent-completed, DSM-IV-referenced rating scale. [Revue de presse.Checkmateplus : 535]

Method: **Six hundred parents and children residing in Kyiv, Ukraine, and their teachers participated in extensive clinical assessments during 1997 using standard Western measures, including the Child Symptom Inventory-4 (CSI-4). The United States (US) norms sample (N=443)** for the CSI-4 (ages 9 to 12 years) **served as a comparison group**. The concurrent validity of the AD/HD, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder symptom categories of the CSI-4 and the Child Behavior Checklist (CBCL) was examined in the Ukraine (N=546) sample and a US clinic-referred (N=101) sample. [Revue de presse.Checkmateplus : 537]

Results: **The screening prevalence rate of AD/HD behaviors was 19.8%**: 7.2% for inattentive (I), 8.5% for hyperactive-impulsive (HI), and 4.2% for combined (C). Post hoc comparisons indicated a number of significant ($p < .05$) group differences. Mothers of children with AD/HD symptoms reported higher rates of disruptive behavior, negative mother-child interactions, and physical punishment than the nonAD/HD group. [Revue de presse.Checkmateplus : 539 - 540]

Conclusions: **Although symptom prevalence rates are higher in Ukraine than the United States**, this study provides additional evidence supporting DSM-IV AD/HD subtypes as distinct clinical entities. [Revue de presse.Checkmateplus : 545]

Il est vrai que **le traitement médicamenteux a beaucoup apporté à un grand nombre d'enfants, mais** il semble que **la nette augmentation des prescriptions ne soit pas toujours justifiée**. [Site.ordp.vsnet.ch.nov.99 : 26]

Changements diachroniques

Alors que le taux de prévalence de ce trouble s'élevait à **3%** en 1987 (« Prévalence. Le trouble est fréquent et peut toucher jusqu'à 3 % des enfants » DSM-III-R, trad.1989, 56), on estime, en 1994 (DSM-IV), qu'il se situe « **entre 3 % et 5 %** chez les enfants d'âge scolaire » (DSM-IV, trad.fr.1996,98).

The number of **children on these drugs has continued to escalate**. [Breggin. Anti-Ritaline : 116]

A recent report in the Journal of the American Medical Association by Zito and her colleagues has demonstrated **a three-fold (pli) increase in the prescription of stimulants to 2-4 year old toddlers**. [Breggin.Anti-Ritaline: 117]

Ces **taux** seraient d'ailleurs **en constante augmentation depuis la diffusion des travaux récents et l'amélioration des critères d'évaluation**. [Coridys. Hopital.Neuro.lyon : 44]

En réponse à une question sur **l'augmentation des troubles mentaux de l'enfant**, Dolto affirme qu'elle ne connaît pas les statistiques, mais que " **ce qui s'aggrave, c'est l'inhibition, l'abrutissement ou l'instabilité des enfants qui seraient en âge d'entrer à l'école, c'est-à-dire des enfants de trois ans**, [Dolto.Extrait : 53]

Résultat (élargissement de la catégorie psychiatrique) : le nombre d'ordonnances pour la Ritaline a connu une progression de 600% entre 1989 et 1996. [L'Express.26.10.00 : 33]

"**Aux Etats Unis**, souligne Lyse Lefebvre, pharmacienne au Centre de toxicologie de Québec, **plus d'un million d'enfants sont sous Ritaline** afin de diminuer les problèmes d'apprentissage associés au trouble déficitaire de l'attention (TDA). **Ce nombre représente une augmentation de 250% depuis 1990**." [Le Nouvelliste. 6.03.99 : 61 - 61]

Comment expliquer **qu'il se consomme quatre fois plus de méthylphénidate (Ritalin) en 1996 qu'en 1991 ?** [Site Elaine. Dr.Falardeau : 91]

Plus d'un million d'enfants américains est soigné par la Ritaline(r). **Les prescriptions ont augmenté de 250% depuis 1990 !** [Medisite.Hyperactivité : 169]

Ce qui se passe aux Etats-Unis - et, déjà, dans une certaine mesure en Europe - dans le domaine des médicaments est encore plus **inquiétant. Aux Etats-Unis, l'Association des médecins américains a relevé, avec étonnement, que la consommation de Prozac a augmenté de 150% chez les enfants, tandis que celle de Ritaline a augmenté de 200%**. [Soir Illustré. (BE).Sept.00 : 25]

Une récente étude, publiée dans le Journal of the American Medical Association, révèle **qu'aux Etats-Unis (...)** **le nombre d'enfants de 2 à 4 ans traités à la ritaline a triplé entre 1991 et 1995**, le nombre de ceux qui reçoivent des anti-dépresseurs a doublé. [Site"Eduquer sans frapper" : 31 - 32]

La fréquence du diagnostic de Thada est actuellement en nette augmentation chez les filles [1]. Ce trouble constitue **donc l'une des causes les plus fréquentes des consultations en pédopsychiatrie**. [Méd.Thér.Pédiat. Juin 00 : 29 - 30]

Traitements médicaux.

Distinction entre prévalence diagnostique et fréquence des enfants traités.

Le vice-directeur de cet organisme (Novartis), Terrance Woodworth, précisait récemment devant une sous-commission du Congrès que 40% des **ordonnances** sont destinées à des enfants de 3 à 9 ans, **dont 80% de garçons**. [AFP (BE). USA. pour Ritaline : 29]

Selon diverses estimations, 3 à 5% des écoliers ont ce syndrome et **deux fois plus de garçons que de filles**. "But in some schools, **as many as 20 percent of boys** in the upper elementary grades are being given Ritalin ". [New York Times.2.11.99 : 25]

En classe, **les kids réussissent moins bien à l'école que les filles**, et ils constituent **les neuf dixièmes des trois millions d'enfants sous Ritaline**, un médicament qui canalise l'hyperactivité. [Nouvel obs. 21.10.99 : 28]

Désormais, "il est assez fréquent, dans beaucoup de classes, **de voir des pourcentages de 25% ou plus d'enfants consommer du Ritaline**", souligne l'association **Parents contre le Ritaline**. [AFP (BE). USA. pour Ritaline : 25]

En classe, **les kids réussissent moins bien à l'école que les filles**, et ils constituent **les neuf dixièmes des trois millions d'enfants sous Ritaline**, un médicament qui canalise l'hyperactivité. [Nouvel obs. 21.10.99 : 28]

Une nouvelle étude américaine, indique que **de plus en plus de médecins prescrivent concurremment de la Ritaline** et du Prozac à leurs jeunes patients : **30% des enfants sous antidépresseur**, faisant partie de l'étude, **prennent aussi de la Ritaline ou de la Dexedrine**. [« Temps forts » : 12]

Estimates vary on the number of youngsters taking the drug, but published reports in the scientific literature indicate that possibly as many as three percent of the country's elementary and secondary students, **about 1.5 million, are prescribed Ritalin**. Trad. **3% des élèves de l'école élémentaire et secondaire seraient sous Ritaline** (1,5 Mio). [Americ.Chemical.St.3.99 : 23 - 24]

Les chiffres donnés ci-dessous ont été transmis, pour le canton de **Neuchâtel**, par le pharmacien cantonal. M. Montandon nous a transmis le **nombre d'enfants sous Ritaline(r)**. Pour le canton de **Vaud**, il a fallu s'adresser auprès de M. Medioni de l'OFSP, avec l'accord de la **pharmacienne** cantonale vaudoise, Mme Fontannaz. M. Medioni nous a transmis la **quantité de grammes de Ritaline(r) prescrites** par année. Nous nous sommes permis de les transformer en nombre de "cas ", en postulant qu'un enfant sous Ritaline(r) prenait 2 comprimés par jour. Ce qui est important est surtout l'évolution de la prescription qui reste proportionnellement valable. **Le nombre d'enfants vaudois sous Ritaline(r) n'est donc pas représentatif d'une réalité objective**. [AVTES.Romandie : 125 - 156]

1996

564 (VD, Nbre d'enfants)

-

39 (NE, Nbre d'enfants)

-

1997

955 (VD, Nbre d'enfants)

69% (VD Augm. % de l'année précédente)

56 (NE, Nbre d'enfants)

44% (NE, Augm. % de l'année précédente)

1998

1476 (VD, Nbre d'enfants)

54% (VD Augm. % de l'année précédente)

1947 (NE, Nbre d'enfants)

246% (NE, Augm. % de l'année précédente)

4) 401 grammes – 5) 681 grammes – 6) 1'055 grammes

A titre indicatif, **ce chiffre représente 0,7 % des enfants en âge de recevoir de la Ritaline(r)**. Rappelons-nous que la **prévalence d'enfants hyperactifs se situe entre 2.5 et 4 % selon différentes études**. Ce qui permet au pharmacien cantonal neuchâtelois de dire : " on ne traite pas trop " [AVTES.Romandie : 125 - 156]

On nous dirige donc vers Francisco Palacio, chef de service adjoint de la **Guidance infantile**, un service qui dépend des Hôpitaux universitaires (HUG): "**Tant la Guidance que le SMP nous prescrivons de la Ritaline, à une vingtaine d'enfants par année chez nous et à une cinquantaine au SMP** ». [Courrier GE. 16 nov.98 : 49]

A recent study in **Virginia** indicated that **up to 20% of white boys in the fifth grade were receiving stimulant drugs during the day from school officials**. Another study from North **Carolina** showed that **10% of children were receiving stimulant drugs at home or in school**. The rates for boys were not disclosed but **probably**

exceeded 15%. With 53 million children enrolled in school, **probably more than 5 million are taking stimulant drugs**. [Breggin.Anti-Ritaline : 116]

Anne Lamon Albasini rappelle que la population touchée par ce trouble est d'environ 5% et qu'aux **Etats-Unis, il peut arriver que dans ces certaines zones défavorisées 30% des enfants soient sous Ritaline**, c'est-à-dire prenant une amphétamine ayant la réputation de diminuer l'hyperactivité et d'augmenter les performances. [Déf.d'attention.CH.site : 21 - 22]

" **L'amélioration moyenne est de 75% des cas tandis que 25 % des enfants ne changent pas ou s'aggravent sous stimulants selon Barkley (1977)**. Par contre, **39 % d'améliorations en moyenne sont rapportées lorsqu'un placebo est utilisé (avec de grandes variations oscillant de 8 à 67 % des cas)**. Quoiqu'il en soit, le pourcentage d'amélioration sous traitement est nettement supérieur à celui obtenu sous placebo, mais l'amélioration sous placebo n'est pas négligeable soulignant l'intérêt d'effectuer des études contrôlées contre placebo " (113) [Dollfus.PsychotropesEnfants : 114]

Selon des études, **15 % des enfants reçoivent des psychotropes (beaucoup pour des troubles du sommeil** : " 16,4 % des nourissons reçoivent plus ou moins régulièrement des psychotropes avant l'âge de 9 mois " (160) [Dollfus. Psychotropes Enfants : 223]

Aujourd'hui, **plus d'un million d'enfants nord-américains reçoivent ce type de médicaments**, pour le traitement de certains syndromes maturationnels, tels le déficit d'attention, l'hyperactivité, parfois même le trouble d'opposition. [Dr.Jolicoeur. Ritaline : 15]

Chez les enfants hyperactifs avec déficit de l'attention (3 à 6% des enfants d'âge scolaire), les psychostimulants comme la ritaline ou la dexadrine ont paradoxalement un effet calmant. [EffetParadoxal : 28]

D'autres études montrent que **ce taux (consommation de psychotropes) s'élève à 3% chez les enfants entre 6 et 12 ans**. [Femina.23.04.00 : 13]

L'hypothèse étant **qu'une dose plus élevée de MPH devrait avoir un effet particulier dans la capacité des garçons à alouer l'effort néssaire et la persistance (persevéance ?) pour augmenter leur performance**. [J.Abnormal Psychology. 02.99 : 24]

Plus **d'un an après l'AMM**, le président du directoire Novartis Pharma France, affirme que " **le nombre de boîtes vendues actuellement en France correspond au traitement d'environ 2000 enfants de plus de 6 ans** "" **Alors que, selon les experts, il y aurait dans notre pays (FR) entre 20 000 et 30 000 enfants atteints du syndrome** " hyperactivité avec déficit d'attention " (seule indication reconnue dans l'AMM), **syndrome diagnostiqué de façon suffisamment précise pour justifier, chez environ 1 enfant sur 4, d'un éventuel traitement par Ritaline** ". [Medisite.Hyperactivité : 32 - 33]
Commentaires : on s'étonnera du paradoxe des chiffres : 2000 enfants traités (1 an après l'AMM) sur 20 000 = 1 enfant sur 10 (non 1 sur 4 ! ? !). **25 % des enfants diagnostiqués bénéficient d'une prescription de Ritaline**. Cf entre 3 et 6 % enfants thada = 150'000 et 300'000 des français, selon d'autres sources, = **0,134 – 0,067 enfants traités. Ici, entre 6 et 10 % ?**)

La deuxième partie du questionnaire portait sur des questions spécifiques aux 392 médecins (62 % des répondants) qui participaient activement au traitement du THADA. Dans cette section, **les répondants qui déclaraient avoir rencontré des patients souffrant du THADA estimaient avoir examiné une moyenne de 47,5 de ce type de patients au cours des 12 derniers mois** (milieu = 12). [Research.Usage.MPH.Can : 55]
Parmi les patients examinés pour le THADA, une moyenne de 27,0 patients étaient traités avec le MPH (milieu = 5). [Research.Usage.MPH.Can : 56]

À la lumière de ces chiffres, **on estime qu'en moyenne, 66 % de tous les patients diagnostiqués avec le THADA étaient traités avec le MPH**. Les **inquiétudes des enseignants** étaient souvent, ou presque toujours, la source de référence des patients et ce, dans une proportion de 82 % des répondants, **suivi de près par les inquiétudes des parents** (71 % de tous les répondants). [Research.Usage.MPH.Can : 57]
Dans l'ensemble, **plus de quatre médecins sur cinq qui ont déclaré avoir des patients souffrant du THADA ont prescrit le MPH comme traitement**. [Research.Usage.MPH.Can : 610]

Parents reported that **3.6% of the children in the norm sample had received medication** (at home or at school) for AD/HD or another emotional or behavioral disorder. [Revue de presse.Checkmateplus : 456 - 462]

En **France**, selon certaines estimations, **12% des enfants de 6 ans ont déjà reçu un psychotrope**. En **Belgique**, il n'est pas rare d'entendre des **parents** dire qu'ils **trouvent normal de donner des calmants à leurs enfants lors de déplacements** en voiture ou en avion. [Soir Illustré. (BE).Sept.00 : 37]

Enfants traités (cf. polémique, dénonciation, publicité)

WASHINGTON, 3 oct (AFP) - **Longtemps considéré comme le remède miracle pour calmer les enfants atteints d'hyperactivité, le psychostimulant Ritaline commence à faire peur aux responsables américains qui s'inquiètent d'une surconsommation dans un pays où plus de trois millions de jeunes en prennent régulièrement.** [AFP (BE). USA. peur Ritaline : 15]

Several million children are being treated with Ritalin and other stimulants on the grounds that they have attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and suffer from inattention, hyperactivity, or impulsivity. [Breggin.Anti-Ritaline : 19]

Un chiffre (augmentation de 250 % en 10 ans des prescriptions de MPH aux USA) qui a de quoi inquiéter, **lorsque l'on sait que le nombre des enfants atteints s'élèvent entre 5 à 10% selon les spécialistes.** [Le Nouvelliste. 6.03.99 : 63]

Selon les statistiques des experts, 3% des enfants souffrent de cette pathologie en Europe et **nombreux d'entre eux ne sont pas suivis convenablement.** Thérapie comportementale ou traitement médicamenteux ? [medinweb.fr. Pro-anti-Rit : 17]

De même, **l'abus de Ritaline par des patients hyperactifs** chez qui le médicament a été régulièrement prescrit **est considéré comme exceptionnel.** Seuls trois cas ont été rapportés dans la littérature, ce qui est infime en regard de la population exposée qui s'élève à des millions de jeunes patients [14]. [Méd.Thér.Pédiat.Juin00 : 127]

On estime qu'**aux USA** 2 millions de patients environ sont traités par MPH. **Au Canada**, on a dénombré 200 000 prescriptions de comprimés à 10 mg, et 51000 de forme à libération prolongée. ... [A.N.A.E.96. Messerschmitt : 107]

L'échantillon retenu ici n'est qu'une fraction **des 1500 patients traités pour ADD at Bradley Hospital.** [ADD.Ouvr.collectif.85 : 118]

J'ai traité **une vingtaine d'enfants dans la dernière année.** Les patients et les enfants reviennent pour la prescription. [A.N.A.E.96. Messerschmitt : 100]

In 1995, the International Narcotics Control Board (INCB), a agency of the World Health Organization, deplored that "10 to 12 percent of all boys between the ages 6 and 14 in the United States have been diagnosed as having ADD and are being treated with methylphenidate [Ritalin]." [Breggin.Anti-Ritaline : 110]

The number of children on these drugs has continued to escalate. **A recent study in Virginia indicated that up to 20% of white boys in the fifth grade were receiving stimulant drugs during the day from school officials.** Another study from North Carolina showed that 10% of children were receiving stimulant drugs at home or in school. [Breggin.Anti-Ritaline : 114]

The rates for boys were not disclosed but **probably exceeded 15%. With 53 million children enrolled in school, probably more than 5 million are taking stimulant drugs.** [Breggin.Anti-Ritaline : 115]

Matériel. Annexe / Associations, illustrations par thématiques

[1] *Bouche à oreille*

« mais avec la nouvelle que nous avons trouvé un médicament euh... justement les téléphones ont commencé à se multiplier, on nous téléphonait depuis la France, depuis l'Angleterre et de partout en Suisse, parce que les gens connaissaient quelqu'un avec un problème et puis ils ont dit : mais faut téléphoner aux Bloomer ... » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« Et justement, on avait des amis qui avaient fait cette expérience et dont la Ritaline avait beaucoup aidé leur fils et on est allé passé un dimanche après-midi avec ces amis, ils nous ont montré les cahiers avant et après, on a pu écouter leur fils et c'était une des raisons qui nous a aidé à prendre cette décision. » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

[2] *Organisation progressive*

« Et finalement on a décidé d'organiser une petite journée d'information, on avait tant de téléphones et on l'a fait ici dans les locaux de l'école et à notre surprise 60 personnes sont venues (...) donc certains qui étaient dans cette journée d'information ont décidé de créer une Association de Parents, les neurologues du CHUV m'ont dit : « mais il faut que vous commenciez une Association de Parents ». » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« c'était le printemps avant notre départ aux USA pour cette année scolaire, donc certains qui étaient dans cette journée d'information ont décidé de créer une Association de Parents, les neurologues du CHUV m'ont dit : « mais il faut que vous commenciez une Association de Parents » j'ai dit : bon, à la fin du doctorat, je peux pas faire ça. Donc nous sommes partis et cette équipe des gens de la Côte ici, ont commencé à travailler les statuts, à tout préparer. Entre temps, la personne, la dame motrice de l'équipe qui avait eu vraiment l'inspiration, elle a dû déménager à Russin à cause du travail de son mari donc quand nous sommes revenus, l'équipe était là, personne ne voulait être président mais tout le travail était fait et ils ont fait appel à moi. » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« On a organisé une ou deux rencontres romandes, la première était à Coppet euh dans l'Hotel là, juste à côté de l'autoroute, puis il y avait... je sais plus : 200 personnes qui sont venues... justement presque tous avec des enfants hyperactifs, et puis on les a groupé à table, pour le repas de midi par Canton et c'est de là que nos sections cantonales sont nées, des gens qui sont venus et qui sont reparties chez eux et qui ont commencé à se réunir, à interpellier les autorités scolaires, à chercher des médecins qui étaient d'accord de / de faire quelque chose donc c'est un peu... c'est né de tous ces événements-là ». [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« Non, non, on n'a pas / on n'a pas essayé de faire grand chose / bon on a / cette équipe a voulu l'association mais on n'avait aucune idée qu'on allait passer de 0 membres à 300 en 2, 3 ans, mais c'est justement / c'était le moment quoi / c'était le moment. Nous avons pu répondre à une demande, des centaines et des centaines et des centaines de familles, terriblement frustrées par le système scolaire qui est si rigide, surtout dans le canton de vaud, il est mieux adapté à Fribourg en grande partie à cause de l'influence de la Faculté de l'Education à l'Université de Fribourg où il y a des profs qui sont à jour et qui ont une grande influence sur tout le système scolaire » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« Au début, il fallait tout mettre sur pied euh, puis tout était nouveau, on n'avait pas de secrétaire non plus, pas de secrétariat donc c'est ma femme qui photocopiait les choses, qui essayait de les expédier, c'était pas... euh maintenant avec les personnes dans l'association, on s'est un peu réparti le travail et puis on a défini mon rôle comme étant disponible pour des présentations plutôt publiques, et il y en a d'autres qui font le travail d'organisation et d'informations beaucoup mieux que moi. Euh c'était très intense, pendant cette période de comité et puis d'ouverture au système scolaire, beaucoup de possibilité à aller parler aux enseignants. Et moi j'ai saisi chacune de ces occasions, parce que je savais que ça allait être une fenêtre de temps, qu'on avait cette possibilité qu'on n'aurait peut-être plus dans l'avenir, ce qui, c'est vrai, on a vu que c'était vrai et qu'il fallait justement surfer sur cette vague, il fallait saisir l'occasion. ça correspondait à un moment où j'avais un peu moins de responsabilité professionnelle aussi donc... j'avais le temps, j'ai un travail que je peux organiser moi-même, j'ai pas un horaire fixe, donc j'avais souvent des soirées ou même des matinées où je pouvais aller ici ou là et ça marchait assez bien, mais j'ai demandé justement à être déchargé de certaines des responsabilités du président euh parce que je ne pouvais plus faire ce travail d'organisation aussi, d'une présidence de l'association. Mais avec le monde éducationnel et médical aussi, bien sûr, c'est très hiérarchisé et si on a un doctorat, on est beaucoup mieux écouté (*rit*) si on est simple parent, alors euh je ne dirais pas que c'est perdu d'avance,

mais quand même. On a pas trop respecté les parents dans le passé, et surtout pas les mamans malheureusement. Donc euh j'ai ce doctorat, je vais l'employer, s'il faut un titre pour ouvrir quelques portes, alors allons-y » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« vous avez toujours à peu près 300 membres, dans votre association ? - Oui la dernière chose que j'ai entendu, ouais- AD. Ouais... donc là, ça n'augmente pas... c'est pas...- TB. Non, et je ne pense pas que ça va augmenter avant la prochaine vague (rit) euh parce que beaucoup / j'ai parlé à beaucoup de parents qui ne font pas partie de l'association, mais qui sont très contents de notre travail, mais ils vont jamais faire partie (rit)- AD. Ah bon ? pourquoi ?- TB. Ils sont hyperactifs. Ils ne supportent pas les réunions, ils veulent pas (?) sur les autres, ils veulent... un petit côté sur l'information et ça s'arrête... » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

L'année 1999 peut être considérée comme une année riche en interventions de l'Association, à tous points de vue ! Il faut d'emblée saluer cet effort de la part des responsables bénévoles des groupes régionaux, des membres du Comité ainsi que de vous tous, Membres et Parents, engagés également dans vos circonstances personnelles et auprès de vos enfants touchés par le TDAH. [Asped.Bull.5. Nov.99 : 29]

" Hypsos est née d'une démarche citoyenne, c'est une association sans but économique, indépendante de tout mouvement politique ou spirituel, libre de tout lien avec des milieux religieux, sectaires ou ésotériques." [Association Hypsos : 17]

De notre secrétaire : « Depuis le mois de septembre, j'ai le plaisir d'effectuer les travaux administratifs de l'ASPEDAH à mon domicile. C'est une activité variée et enrichissante pour moi qui cherchais de quoi m'occuper de façon utile à côté de ma vie de famille. Un défi aussi d'utiliser un PC et de faire quasiment mes débuts dans le monde subtil de l'informatique!! Le sympathique ordinateur et l'imprimante offerts par la maison HEWLETT PACKARD à Meyrin donnent entière satisfaction et livrent gentiment leurs secrets. La mise en route du secrétariat a nécessité bien quelques heures de travail et de déplacements, mais tout est en place pour satisfaire les membres, les nouveaux inscrits, ainsi que tous ceux dont le nombre et l'intérêt pour les activités de l'ASPEDAH va croissant ». Ginette Demont. [Asped.Bulletin.3.nov.98 : 18-20]

[3] *Événement médiatique fondateur, Rôle des médias (cf. [22] Echo médiatique.*

A Genève, cette pénible polémique a refait surface le 10 décembre 1997. Ce soir-là, la Télévision suisse romande consacre son émission "Check up" à l'hyperactivité. Un pédiatre genevois explique de quoi il en retourne et précise que ce syndrome se soigne. Notamment grâce à la Ritaline. [Courrier GE. 16 nov.98 : 16]

Longtemps méconnue en Europe, l'hyperactivité ou TDAH, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité a été révélée au public romand par une émission de la TSR, diffusée il y a quatre ans. Depuis, les centres hospitaliers ont vu arriver des centaines de parents ayant reconnu, au travers des symptômes décrits, le comportement hors norme de leur enfant. Trouvant enfin un mot pour qualifier le mal dont il était atteint, nombre d'entre eux ont été soulagés d'apprendre que le trouble était d'origine génétique. "La culpabilité était très forte, et il est difficile pour des parents qui font tout leur possible de se sentir accusés", rapporte André Carlsson, président d'Hypsos, association genevoise de parents d'enfants hyperactifs. [Le Matin, 17 juin 2002, S. Davaris]

L'hyperactivité touche entre 3 et 5% des enfants. Ce trouble et son traitement sont connus depuis plus de vingt ans. Pourquoi la polémique rebondit elle subitement à Genève? "Tout a éclaté après la diffusion il y a un an, de l'émission "Check-up" de la Télévision suisse romande", explique Charles-Antoine Hänggeli, neuropédiatre à l'Hôpital des enfants. "Un pédiatre, Georges Ryser, y a vanté les effets spectaculaires de la Ritaline. Des parents dont l'enfant était suivi par le SMP ont alors eu l'illumination et se sont adressés à nous ou aux pédiatres pour tenter ce traitement. Il y a eu des résultats remarquables, de quoi alimenter leur hargne envers le SMP." [Tribune de GE, 10 nov. 98]

« Pendant nos réunions de préparation, une journaliste de la télé romande nous a contacté, qui avait été sensibilisée à ce problème par le fils d'une amie, d'une copine et elle avait commencé à interviewer différents parents, et puis euh et elle était vraiment frappée par la souffrance de ces familles, donc elle voulait faire un Check Up, qui était nouveau à l'époque, c'était en 97 et elle est venue nous voir pour nous interviewer pour la télé, et elle a dit : « mais il faut faire attention, parce qu'après cette émission, il y aura beaucoup de téléphones » et nous avons dit : « mais on n'a même pas encore démarré l'Association, on n'a même pas encore eu notre première rencontre, l'Assemblée générale ». Elle a dit : « mais il faut le faire alors, parce que vous allez recevoir ces téléphones » (rires). Et puis euh on a pu, à la fin de l'émission / c'était bien fait (...) à la fin, j'ai pu présenter brièvement l'Association, ils ont mis le numéro de téléphone et on a eu une vague de téléphones justement, parce que le problème n'était pas connu en

Suisse Romande. Ça a suscité beaucoup d'autres exemples d'intérêts des médias ». [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« des gens qui sont venus et qui sont reparties chez eux et qui ont commencé à se réunir, à interpeller les autorités scolaires, à chercher des médecins qui étaient d'accord de / de faire quelque chose donc c'est un peu... c'est né de tous ces événements-là - *A.D Donc au départ c'était pas vous qui vous êtes dit, il faut faire... finalement, vous avez répondu à une demande qui... qui vous dépassait un peu / enfin...*- TB. C'est ça et c'est surtout cette émission Check Up, parce que Check Up c'était nouveau, c'était un des premiers programmes avec des nouvelles médicales, tout le monde regardait, 2 ou 3 médecins m'ont dit : « mais si je ne regarde pas Check Up le soir, j'ose pas revenir à mon bureau le lendemain parce que... ». Et c'était / c'est bien fait, ce programme, ils tiennent compte des recherches, ils passent des mois à préparer (...) même les médecins le prennent au sérieux. » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

Ces questions, l'ASPEDAH (Association suisse romande de parents d'enfants avec déficit d'attention et/ou hyperactivité) y répond depuis le jour de sa création, fin 1997. [Fémina.25.04.99 : 30]

« Donc nous nous voyons comme étant un lieu de ressources pour les parents. Le site Web de Hypsos, par exemple, euh met tous les nouveaux articles à jour, là, et c'est très précieux pour les enfants, il y a des professionnels, comme le Dr Bader, qui va le consulter aussi. Nos conférences publiques qu'on a fait au début, surtout quand c'était moins connu, étaient très importantes pour les parents euh... comme j'ai partagé notre démarche personnelle pour d'autres médicaments que la Ritaline, il y a eu beaucoup d'intérêt autour de cette question, les images du cerveau, les dernières recherches, mais... c'est vraiment un pèlerinage euh pour chaque famille quoi, parce que chaque enfant est différent, chaque école est différente, chaque maître est différent pfff ». [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

[4] Résistances et opposants, obstacles institutionnels

Les débats contradictoires autour de la Ritaline suscitent des passions et des prises de position parfois déstabilisantes pour les familles, quand elles viennent parfois de groupes imposants comme les Scientologues... S'entourer de personnes compétentes au plan médical, pédagogique et social, et ménager la meilleure collaboration possible, ouverte, vigilante et constructive, tel est le but que vise notre Association. Cela passe aussi par une implication parfois personnelle mais qui tôt ou tard porte ses fruits. [Asped.Bull.6.juin 00 : 24]

Des parents d'enfants hyperactifs, regroupés dans l'association Hypsos, ont jeté le pavé dans la mare en remettant en cause l'approche psychologique de l'hyperactivité et en prônant la médication par le Ritalin, qui permettrait à l'enfant de recouvrer une meilleure estime de soi, et aux familles et enseignants de " souffler ". Bref, l'apaisement chimique. [Aujourd'hui n.34.15.01.99 : 64]

L'association Hypsos en veut au SMP, qu'elle accuse de ne pas considérer l'hyperactivité comme il se doit, à savoir qu'il s'agirait d'un syndrome ayant une origine neurologique. De là découleraient des divergences fondamentales sur la prise en charge des enfants manifestant ce type de trouble. [Courrier GE. 2 déc.98 : 23]

Et puis une noire colère les envahit contre le SMP, accusé de ne pas prendre en considération l'aspect neurologique de l'hyperactivité et de se limiter à une approche purement psychanalytique. [Courrier GE. 16 nov.98 : 19 - 19]

Pour faire bref, précisons qui sont les deux parties en présence. L'association Hypsos en veut au SMP, qu'elle accuse de ne pas considérer l'hyperactivité comme il se doit, à savoir qu'il s'agirait d'un syndrome ayant une origine neurologique. De là découleraient des divergences fondamentales sur la prise en charge des enfants manifestant ce type de trouble. [Courrier GE. 2 déc.98 : 22 - 23]

Or pour l'heure le SMP est perçu par Hypsos comme un repère d'extrémistes de la psychanalyse. [Courrier GE. 2 déc.98 : 40]

Alors, problème réglé? Pas vraiment. Faut-il rappeler que l'association genevoise de défense des parents d'enfants hyperactifs, Hypsos, est en conflit avec le Service médico-pédagogique (SMP), structure dépendant du Département de l'instruction publique. L'association reproche aux praticiens du SMP une vision purement psychiatrique de l'hyperactivité. Pourtant, un groupe de travail, auquel Hypsos a été associé, tente, depuis une année, d'aplanir les différends. Mais apparemment, les résultats espérés se font attendre. C'est du moins l'avis d'Hypsos qui vient de lancer une pétition qui sera adressée au Grand Conseil à la fin de l'année. [Courrier GE. 20 nov.99 : 30 - 32]

L'auteure se dit attristée par la lutte d'Hypsos, " pour le droit aux traitements à la Ritaline ". "De plus, en visitant la page web de Hypsos, j'ai eu la forte impression que si je donne mon opinion sur la Ritaline, je serais désignée comme appartenant à l'Eglise de scientologie". [Courrier GE. 31 janv.00 : 12 - 13]

"Aucun parent ne donne de gaieté de cœur un stupéfiant à son enfant, tempère André Carlsson. Nous avons tout essayé, mais rien ne marche. Et ce médicament est le seul en Europe. Je suis abasourdi par cette polémique, entretenue entre autres par l'Eglise de scientologie. Oui, les effets secondaires existent: des maux de tête, une perte d'appétit et une certaine émotivité, mais ils restent peu nombreux. Il faut surtout voir les effets bénéfiques: les enfants retrouvent un comportement normal, ils peuvent enfin se concentrer. A l'école, ils rattrapent leur retard à une vitesse spectaculaire." [Le Matin, 17 juin 2002, S. Davaris]

« mais il y a eu une grande résistance à cette étude, ce qui est très bête, parce que il y a ces questions, ces débats, sur l'existence de l'hyperactivité, quels taux... et c'était une étude scientifique euh, très bien épaulée et fondée et puis organisée pour voir le taux d'hyperactivité dans le district scolaire de Morges. Mais il y a eu une résistance... et c'est venu essentiellement de 2 sources : une dame qui avait fait une mauvaise expérience avec euh.../ je crois que c'était avec la Ritaline, enfin il y avait une raison qu'elle était personnellement contre et puis les scientologues, qui ont monté une campagne contre, et puis le Dr Bader n'a pas eu le soutien des autorités vaudoises qu'il aurait dû avoir, ils ont vu ça, comme une question politique et ils ont tout de suite déclaré : oh, nous ne sommes pas pour. C'est dommage - AD. *Donc son étude, elle ne peut pas être faite ?* - TB. Non, non, elle a été faite quand même, mais sans peut-être le taux de participation qu'on aurait pu avoir. Mais cette étude intéresse beaucoup aussi l'Office Fédéral, j'ai oublié lequel, parce qu'ils aimeraient généraliser un peu en Suisse pour justement pouvoir comparer. Mais sans une étude sérieuse, qui a / qui a les mêmes fondements dans la recherche, ce sera impossible » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« ils ont même dit : si le système vaudois ne peut pas changer, nous allons sortir nos enfants et créer nos propres écoles (...) il y a tous les profs de notre district qui ont signé une lettre demandant à l'administration vaudoise de changer les choses : refus. Donc on doit se poser la question : dans l'intérêt de qui, de maintenir un système qui ne marche surtout pas. (...) Et puis une maman demandait : « qu'est-ce que je peux faire quand je vais voir mon enseignant et qu'il ne veut rien savoir ? », (...) j'ai l'impression que c'est plus ou moins généralisé, on connaît le problème, on admet qu'il est là, on est sensibilisé, mais on veut pas vraiment changer les choses pour les enfants. Très pratiquement pour un enfant dans une salle de classe, ça change pas grand chose et c'est là, qu'on doit gagner le combat classes par classes (...) et puis bien sûr, si on peut pas diminuer la grandeur des classes, tout est perdu d'avance » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

[5] *Liens Aspedah – Elpos*

L'association est liée par un comité de délégués à ELPOS, son équivalent Suisse alémanique, fondé il y a plus de 20 ans, et à AIDA, le pendant pour la Suisse italienne. [Aspedah.28.04.98 ? : 12 -14]

En s'associant avec Elpos-Schweiz (EAAS), l'ASPEDAH a pris le bateau à temps! En effet, notre demande de subsides à l'OFAS en vue de soutenir l'infrastructure de notre association et le fait que l'on soit affilié à Elpos a permis de mettre en place un groupe de travail qui s'est penché sur les directives ordonnées par le Conseil Fédéral concernant le soutien aux associations suisses venant en aide aux personnes plus ou moins handicapées, en 2001. [Asped.Bull.5. Nov.99 : 49]

C'est avec regrets que nous prenons acte de la démission de Josette Herrick au sein du Comité, dès janvier 2000. Au service de l'ASPEDAH depuis les travaux de réflexion qui ont mené à la fondation de l'association, Josette Herrick, en sa qualité de trésorière d'abord, puis en temps que déléguée auprès de ELPOS - EAAS, a mis ses dons et ses aptitudes en matière de comptabilité et de relations publiques au service de l'ASPEDAH. Relevons les nombreux trajets à Zurich pour assister aux réunions de l'Assemblée des Délégués, puis les heures de réflexion afin de traduire ou de retransmettre les informations en français. Plaider la cause de l'ASPEDAH au sein de l'association faitière, tirer profit de ce qui se fait en Suisse alémanique depuis de nombreuses années déjà, être le relais qui sache comprendre et retransmettre les normes et les directives administratives (pas toujours simples d'accès ...) des instances fédérales (OFAS), dans toutes ses tâches Josette Herrick a donné de sa personne sans compter. Le Comité souhaite lui apporter ses meilleurs vœux ainsi qu'à sa famille, ses encouragements dans ses perspectives d'avenir personnelles et sa vive reconnaissance pour ses compétences précieuses et son dévouement sincère à la cause de l'hyperactivité. [Asped.Bull.6.juin 00 : 165 - 165]

Pour les lecteurs de langue allemande: Possibilité de commander des exemplaires du bulletin "ELPOST" publié par ELPOS SCHWEIZ à Zürich à l'adresse suivante: ELPOST – Redaktion Mme Elsbeth Kaufmann. Giselihalde 13. 6006 LUZERN. [Asped.Bull.7.déc.00 : 57 - 59]

[6] *Eléments de sémiologie*

« Il avait une intelligence nette euh je pouvais discuter beaucoup de grandes questions avec lui, très vif, d'intelligence, très créatif aussi, mais aucune concentration, très impulsif, très intense dans toutes ses émotions. Donc c'est soit la grande joie c'est le ciel, soit c'est le désastre total, c'est la fin du monde. Rien entre les deux, pratiquement (*soupire*). » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« non, il n'était pas très agité, c'était une des raisons que nous n'étions pas convaincus au début. Il pouvait rester, même en primaire, il pouvait rester assis une heure, enfin la période scolaire sans trop de problèmes, mais son / ses pensées n'étaient pas là. Une maîtresse a dit, je crois que c'était en 2^e année : « C'est étonnant qu'il ait appris quoi que ce soit, étant donné le temps qu'il m'a écoutée » (...) Une psychologue scolaire, déjà avant, parce qu'on l'avait amené pour un interview, a dit : « les choses qui se passent dans la tête semblent être beaucoup plus intéressantes que ce qui se passe en salle de classe. A cause de l'imagination, de la créativité » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02].

« avec un ordinateur, ils peuvent rester brancher (...) pour plusieurs raisons, un ordinateur, ça bouge, il y a toujours une réponse immédiate, tandis que quand on s'adresse à un adulte, on entend souvent : « mais il faut attendre », or ils ne peuvent pas attendre, donc ils se perdent comme ça, et puis l'enfant est l'acteur, il n'est pas passif, simplement là pour essayer de tout capter et enregistrer, mais il est acteur, donc ça leur / ça leur va très bien, les ordinateurs » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Les changements chimiques à l'âge de l'adolescence peuvent eux-mêmes régler le problème, ou l'empirer ; mais en tous les cas, il y a souvent un changement hein. » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« on a vu que déjà, à la fin de la 3^e année primaire, il ne savait toujours pas lire. Et même pour lui enseigner à compter jusqu'à 20, on a répété les chiffres des dizaines et je suis sûr des centaines de fois, et il ne pouvait pas... tandis qu'en le mettant devant le roi lion quand la cassette est sortie, il avait mémorisé le dialogue de toutes les scènes après la troisième fois qu'il a vu donc c'était évident que son cerveau fonctionnait différemment que d'autres » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« on a découvert / on a dû aller dans un bureau / un cabinet privé de logopédie pour découvrir que notre fils avait un problème logopédique, d'apprentissage de lecture, ce qui était une des choses qui le freinait dans son apprentissage. » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Ma femme se pose la question pour elle-même, parce qu'elle-même n'a jamais aimé rester assise, ces pensées vont souvent dans plusieurs sens, mais ils arrivent à maîtriser. Elle a très bien réussi l'école, universitaire et tout, elle n'a jamais eu de problème à l'école... euh. » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Et euh la dopamine, avec le sport euh physique, très actif, a à peu près le même effet que la Ritaline. C'est très semblable. (...) les enfants ont le droit de bouger dans la classe, ils ont chacun une balle, ils peuvent bouger avec la main, ils peuvent se lever quand ils veulent, sans déranger les autres bien sûr, mais il y a beaucoup plus de tolérance de l'enseignant. Et puis chaque fin de l'après-midi, ils ont encore 2 heures de sport, donc pas besoin de médicaments. (*Soupire*) ». [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« et puis la plupart des cultures de la planète étant pastorales, jusqu'à récemment, ce ne serait pas un problème si un enfant était hyperactif, parce que pour un berger, il faut qu'il capte tout en même temps. S'il focalise sur une chose, ce qu'il faut faire à l'école pour réussir, alors il va perdre la moitié de son troupeau avant de le réaliser. Donc c'était un don qui / et un chasseur c'est la même chose / c'était un don qui n'était pas si négatif à l'époque. » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02].

« On est très complémentaire. En plus il y a beaucoup de surdoués qui sont hyperactifs, d'hyperactifs qui sont dyslexiques, ça se recoupe pas mal. Des personnes comme Albert Einstein avaient les trois syndromes... » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02].

Laissons à Richard Toupin le mot de la fin. Ses chansons sont venues ponctuer son discours avec beaucoup de sensibilité et de paroles fortes qui n'ont pas laissé l'assemblée indifférente : " Les enfants hyperactifs, tous comme les autres, ont besoin de cadres, de règles de vie, et de valeurs qu'il faut sans cesse rétablir et réajuster avec persévérance, bien souvent à contre-courant de ce que prône notre société actuelle, à savoir la satisfaction immédiate des besoins individuels, quels qu'ils soient... Laxisme et permissivité, finalement, ne rendent service à personne, il est urgent de se mobiliser à tous les échelons de notre société. " [Asped.Bull.6.juin 00 : 60-61]

« [Selon Mme Carlsson] on était en possession d'un certain nombre de pistes concernant son fils : le désordre régnait partout, les visites n'étaient que cauchemar. En résumé, il y avait une incompétence généralisée à gérer cet enfant qui présentait effectivement des signes d'hyperactivité motrice. Dans la classe, il ne pouvait pas s'asseoir sur un banc sans faire tomber les enfants qui s'y trouvaient ; il déchirait tout ce que ses camarades faisaient, or la maîtresse avait remarqué que, mis à l'écart pour travailler, il montrait un potentiel certain. Elle évoque encore les mauvais traitements subits par ces enfants : si elle ne jette pas la pierre aux enseignants, elle estime qu'il est important de les renseigner au plus vite. M. Prost (avocat Hypsos) précise que le syndrome en question présente un large spectre. Son enfant, par exemple,

souffre surtout d'un important déficit d'attention. En le voyant, on pourrait penser qu'il est dans la lune, mais on a pu constater qu'il était déphasé par rapport à ce qui se passait autour de lui ». (Pétition 1287, audition pétitionnaires).

Intelligents, mais incompris. S'il existe des formes légères, d'autres plus sévères d'hyperactivité, ce trouble est une souffrance. Pour l'enfant, sans cesse réprimandé. Pour l'entourage la famille, l'école démunie devant une énergie débordante et insatiable. "L'enfant hyperactif l'est en tout lieu, avec tout le monde et tout le temps", résume André Carlsson (Hypsos GE). [Le Matin, 17 juin 2002, S. Davaris]

L'enfant hyperactif vit dans un état d'agitation et de nervosité. Son sommeil est troublé. Agressif, il s'intègre mal, n'obéit pas. Il se concentre peu, souffre de difficultés de langage, d'écriture et de calcul. Dans 40% des cas, l'hyperactif est dyslexique. Enfin, il court un risque accru de provoquer des accidents. [Le Matin, 17 juin 2002, S. Davaris]

[7] Résultats obtenus en Suisse Allemande.

« En Suisse, et je crois aux USA, je crois le savoir, Suisse Alémanique je veux dire, c'était un médecin (...) qui a commencé à faire des recherches et c'est comme ça que la Suisse Alémanique toute entière a pris connaissance de ce problème » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

AD. (...). *Bon vous disiez qu'en Suisse Allemande, c'était / c'est connu déjà depuis un certain temps*

TB. Ah c'est enseigné dans les écoles normales depuis 30 ans, là-bas. [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

AD. *Mais par exemple / justement vous avez parlé en Suisse alémanique d'un médecin qui a / qui est à l'origine de l'association en Suisse Allemande. C'est l'association ELPOS ?* - TB. ELPOS oui, c'est ça, c'est notre organisation faîtière, nous en faisons partie - AD. *Est-ce que c'est cette association qui a fait bouger les choses plus vite en Suisse Alémanique ou bien c'était les médecins qui étaient déjà plus ouverts.* - TB : Ouais, ouais. Oh c'était un effort commun, le médecin, puis un psychologue, bien connu à Berne, le Dr Rieffel aussi, qui a repris le relais plus récemment, mais ils sont très forts dans / ils ont plusieurs section en Suisse Alémanique, dans plusieurs cantons, mais c'est généralement admis là-bas. - AD. *Donc par exemple, il y a plus de prescriptions là-bas qu'en Suisse Romande ? ou ça commence à s'équilibrer ?* - TB. On n'a pas ces chiffres. [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« j'ai mentionné ce pédiatre, Suisse alémanique, à Yverdon, il y a une autre sur Rolle qui a fait sa formation à Bâle avec la spécialiste / la grande spécialiste en Suisse Alémanique [*parle plus loin d'une certaine doctoresse Ruff*] et puis c'est comme ça qu'ils ont appris autre chose ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

[8] Influence française

« On a souvent posé la question et puis la réponse qu'on a eue, par des autorités médicales et psychiatriques qui voudraient certainement que je mentionne leur nom, c'est que on a eu dans ce canton (VD) et encore plus à Genève bien sûr, une très grande influence de la France. Ça veut dire que notre psychiatrie dans ce pays, donc la psychologie, donc la profession médicale a été enseignée que les problèmes de ce genre, inattention etc. sont la faute de la maman et quand une maman – avec l'approche freudienne – et quand la maman arrive dans le bureau du directeur d'école avec un enfant à problème, on regarde la maman. Et nous avons cette / notre propre expérience dans ce domaine ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Mais les pionniers, qui ont commencé dans ce domaine [neurobiologique] ont été presque sans exception formés ailleurs qu'en Suisse ou en France, donc ils ont pu voir autre chose » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Une approche totalement différente [la Norvège], entre parenthèses, de l'approche française que nous avons imitée dans le canton de vaud, qui ne vise pas le développement de chaque enfant, c'est formel, on vise le surdéveloppement d'une élite et on ramène tous les autres à un moyen, je ne suis pas d'accord avec cette approche pour un système d'éducation. Mais si on pouvait imaginer dans un avenir lointain une telle approche (*ricane un peu en le disant*) euh avec un ordinateur, ils peuvent rester brancher » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« on a invité le Dr Messerschmitt euh de Paris, un bon nom français, c'est le plus grand spécialiste français dans ce domaine, il est président de l'Association National pour la dyslexie aussi » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02].

« Par exemple, il y a / presque tous les enfants de 3 ans, en France, sont dans les maternelles, et il y a un mouvement pour baisser ça jusqu'à 2 ans et demi, et on a le même mouvement ici : on imite toujours la France, pour le bien et pour le mal. Donc avec ce genre d'exigence... ma femme a visité une classe à Paris, tenue par une amie, 50 enfants de 3 ans (...) dans une même classe. Avec une institutrice et une

aide, une apprentie. Ma femme ne pouvait pas le croire, et elle est / elle est institutrice de petite enfance de métier. Alors on est obligé de garder ces enfants dans un système, où on était appuyé (?) avant et puis on s'attend à ce que les enfants sachent lire avant d'entrer en première primaire. Tandis qu'en Suède, on met pas les enfants en primaire avant l'âge de 7 ans » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02].

[9] *Abus de prescription*

« puis on a découvert aussi les controverses parce qu'aux Etats-Unis, c'est prescrit dans beaucoup trop de district scolaire, dans certains Etats, l'infirmière a le droit de prescrire ce médicament sans passer par les parents (...) ce qui pour moi est inadmissible, parce que c'est une décision très sérieuse quand même ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« La Ritaline, controversée mais indispensable. La Ritaline fait peur. Ce voisin de l'amphétamine, classé comme stupéfiant, est prescrit aux Etats-Unis depuis 1944. Or un usage abusif a été constaté dans certains Etats, où 20% des enfants ont reçu de la Ritaline, simplement parce qu'ils étaient un peu "vifs". Par précaution ou par défiance, l'Europe a longtemps ignoré ce syndrome, préférant explorer la voie psychanalytique qui, seule, s'est révélée inefficace. Aujourd'hui la polémique s'est apaisée, l'information sur l'hyperactivité a fait son chemin et les ventes de Ritaline progressent à grands pas en Suisse. Faut-il y voir un danger? » [Le Matin, 17 juin 2002, S. Davaris, Carlsson]

« L'extrême rigueur portée par le clinicien dans l'approche diagnostique doit rester un impératif afin d'éviter les débordements constatés en Amérique du Nord, responsables de la mauvaise réputation de ce symptôme et des thérapeutiques médicamenteuses dans notre pays » (site www.coridys.ass.fr)

[10] *Détrôner l'approche psychanalytique, qui incrimine systématiquement la mère et qui est inefficaces*

« parce que le problème était assez connu aux USA, au Québec, en Suisse Alémanique, mais en France et en Suisse Romande : rien, en Angleterre aussi pratiquement rien. Et on a découvert plus tard que c'est à cause des... différentes approches, je dirais même préjugés (*rit*), dans le domaine médical, psychologique, psychiatrique, qui freinent certains domaines et qui favorisent d'autres. (...) l'approche traditionnelle au problème, c'est fini maintenant plus ou moins, j'espère, c'est que on ne voulait pas intervenir et donner un médicament à l'enfant avant que la maman soit au bord de la dépression et quand elle était prête à aller à l'hôpital, on était d'accord d'essayer quelque chose pour l'enfant. Alors pour moi, c'est horrible cette approche là, parce que les dégâts sont déjà faits. Alors parce que ma femme n'était pas encore en dépression, on ne voulait rien donner à notre fils ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Ça veut dire que notre psychiatrie dans ce pays, donc la psychologie, donc la profession médicale a été enseignée que les problèmes de ce genre, inattention etc. sont la faute de la maman et quand une maman – avec l'approche freudienne – et quand la maman arrive dans le bureau du directeur d'école avec un enfant à problème, on regarde la maman. Et nous avons cette / notre propre expérience dans ce domaine ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Mais elle (la psychologue) a refusé de nous donner les résultats avant que nous consentions / que nous allions voir un psychiatre ... ce que je trouve aussi inadmissible, et en visant / dans l'interview, elle visait ma femme. Elle refusait de me parler. Elle s'attaquait à ma femme, « mais madame, qu'est-ce que vous voulez... ». Et on est nombreux dans l'association à avoir fait cette expérience. » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Une maman qui euh... (souponne) qui n'est pas dans l'association mais qui avait entendu parler de nous, en lisant des articles qui a commencé à voir que son fils avait peut-être ce problème. Son fils était en traitement psychiatrique pendant 3 ans, mais elle est allée voir un pédiatre, qui a diagnostiqué l'hyperactivité, il a eu le médicament, il a changé d'un jour à l'autre, elle est retournée voir le psychiatre et puis euh... elle a dit : « mais c'est de l'hyperactivité qu'il a, c'est pas un problème de famille ou de communication ou tout cela et on a donné le médicament et il est différent », et le psychiatre a dit : « ouais, je soupçonnais que c'était peut-être ça », et elle était furieuse, furieuse » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Souvent plusieurs cas, dans notre association ont 2, 3 ans de thérapies psychiatriques sans aucun résultats, mais c'est cette emprise de / de l'approche freudienne, qui a été si forte ici, et chaque enseignant qui a eu un cours en psychologie dans sa formation, chaque directeur d'école, c'est la seule chose qu'on a entendu. Donc on n'a pas vu / on n'a pas compris que ça pouvait être médical, neurobiologique, on a vu seulement ces théories freudiennes sur l'interaction avec la maman. Et la possibilité était exclue. Bon, ça

a commencé à changer il y a 2, 3 ans aussi et on est...il y a un grand intérêt dans le pays maintenant à devenir beaucoup plus interdisciplinaire ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Mais les pionniers, qui ont commencé dans ce domaine [neurobiologique] ont été presque sans exception formés ailleurs qu'en Suisse ou en France, donc ils ont pu voir autre chose. Une / j'ai mentionné ce pédiatre, Suisse alémanique, à Yverdon, il y a une autre sur Rolle qui a fait sa formation à Bâle avec la spécialiste / la grande spécialiste en Suisse Alémanique [*parle plus loin d'une certaine doctoresse Ruff*] et puis c'est comme ça qu'ils ont appris autre chose. Un des psychiatres à Genève qui travaillent beaucoup avec des ados et des adultes hyperactifs a découvert leur problème par ses patients, anglophones, qui venaient avec des articles, qui voulaient qu'il fasse quelque chose dans cette lignée-là... et entre-temps, il a découvert que lui-même était hyperactif » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

On se souvient des remous de l'automne passé, lorsque, critiquant une prise en charge purement psychanalytique des enfants hyperactifs par le SMP, quand bien même un traitement médicamenteux efficace existerait, Hypsos avait décidé de dénoncer publiquement cette situation. [Courrier GE. 19 janv.99 : 18]

Dans sa ligne de mire, ce bouillant personnage (Carlsson, Hypsos) visait directement le Service médico-pédagogique de l'Etat accusé d'être incompetent dans la prise en charge des enfants hyperactifs", "d'imposer des traitements psychothérapeutiques pour un mal d'origine somatique", de "privilégier l'approche freudienne au détriment des aspects biologiques". [Le Nouvelliste. 6.03.99 :14]

Dans la ligne de mire du couple Carlsson et de leurs proches: le Service médico-pédagogique de l'État, le SMP, accusé en vrac d'être "incompétent dans la prise en charge d'enfants hyperactifs", d' "imposer des traitements psychothérapeutiques pour un mal d'origine somatique", de privilégier l'approche freudienne au détriment des aspects biologiques". [Tribune GE. 10 nov.98 : 14]

M. Carlsson soutient que les thérapies psychodynamiques ne sont pas efficaces. (Pétition 1287- audition Hypsos, 8)

[11] *Succès de la conception neurobiologique*

[De nombreuses] « personnes sont venues ...des grands-mamans, des enseignantes, des parents et puis euh...presque chacun a dit : « mais c'est mon enfant, je réalise que c'est un problème physique du cerveau, c'est pas seulement un problème de comportement ». » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« elle est allée voir un pédiatre, qui a diagnostiqué l'hyperactivité, il a eu le médicament, il a changé d'un jour à l'autre, elle est retournée voir le psychiatre et puis euh... elle a dit : « mais c'est de l'hyperactivité qu'il a, c'est pas un problème de famille ou de communication ou tout cela et on a donné le médicament et il est différent »... ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Donc on n'a pas vu / on n'a pas compris que ça pouvait être médical, neurobiologique, on a vu seulement ces théories freudiennes sur l'interaction avec la maman. Et la possibilité était exclue. Bon, ça a commencé à changer il y a 2, 3 ans aussi et on est...il y a un grand intérêt dans le pays maintenant à devenir beaucoup plus interdisciplinaire ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Nos conférences publiques qu'on a fait au début, surtout quand c'était moins connu, étaient très importantes pour les parents euh... comme j'ai partagé notre démarche personnelle pour d'autres médicaments que la Ritaline, il y a eu beaucoup d'intérêt autour de cette question, les images du cerveau, les dernières recherches, mais... c'est vraiment un pèlerinage euh pour chaque famille quoi, parce que chaque enfant est différent, chaque école est différente, chaque maître est différent pfff » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH].

L'association Hypsos en veut au SMP, qu'elle accuse de ne pas considérer l'hyperactivité comme il se doit, à savoir qu'il s'agirait d'un syndrome ayant une origine neurologique. De là découleraient des divergences fondamentales sur la prise en charge des enfants manifestant ce type de trouble. [Courrier GE. 2 déc.98 : 23]

« Grâce à l'utilisation ciblée dans le cadre de programmes thérapeutiques multimodaux, réalisés en coopération étroite avec les parents d'enfants atteints de THADA, on peut dire aujourd'hui que Ritaline est plus que réhabilitée » (www.pharma.ch.novartis.com)

[12] *Récolte des plaintes.*

Le nombre de membres est en croissance également en Valais. Le comité apprécie l'engagement des membres de l'ASPEDAH. Pour beaucoup d'entre vous les situations familiales sont soumises parfois à de grandes détresses, du moins un désarroi qui nécessite une action d'urgence dans un premier temps, puis un

encadrement à moyen et long terme plus tard. Les groupes régionaux et leurs responsables s'investissent personnellement, de leur mieux et bénévolement, sans compter les heures..

Après avoir solutionné des circonstances pénibles, il est vrai qu'on souhaite parfois légitimement passer à autre chose. Mais lorsqu'on a rencontré autant de difficultés, subit autant de pression, d'incompréhension, lutté pour faire entendre la cause des enfants hyperactifs auprès de tous les milieux concernés, il est nécessaire de persévérer pour aider d'autres familles. Le souvenir de la lutte fournit la motivation pour se battre afin que d'autres n'ayent pas à passer par ce chemin.

Nous n'en sommes qu'au début, tant qu'il y aura des enseignants, des médecins ou d'autres instances qui manifesteront une certaine résistance, voire opposition envers l'hyperactivité. [Asped.Bull.6.juin 00 : 102-111]

« Toutes les familles nous racontent la même chose: on nous a pris nos enfants, on n'a rien eu à dire, on ne répond pas à nos questions", explique-t-il (Haenggeli). Le "on" se référant - faut-il le préciser? - au SMP. » [Courrier du 16 nov. 98]

Car depuis la fondation d'Hypsos, il y a moins d'une année, les témoignages affluent: adolescent de seize ans et demi qui, en douze ans, a transité par tous les services imaginables (SMP, Belle-Idée, Protection de la jeunesse, psychiatres privés) sans que l'ombre d'une solution apparaisse; idem pour cet enfant de huit ans qui est en thérapie au SMP depuis quatre ans; ou encore ce petit garçon de cinq ans à qui une psychologue du même service aurait déclaré, après deux consultations, qu'il était non scolarisable. [Courrier GE. 16 nov.98 : 24]

L'enseignant est souvent la personne la mieux placée pour tirer la sonnette d'alarme lorsqu'un élève manifeste des troubles du comportement. A partir de là, il informe son inspecteur, s'entretient avec les parents, puis généralement cela se termine, pour l'enfant, par une visite au SMP. C'est là que tout se complique. "Cette institution (SMP) est une machine qui nous écrase. Les thérapeutes essaient de culpabiliser les parents. Quand j'y suis allée avec mon fils, ils voulaient connaître mon vécu, me demandaient si j'avais eu une enfance heureuse, si mes parents étaient divorcés, etc.", se souvient cette mère. [Courrier GE. 16 nov.98 : 32 - 33]

« Alors pour moi, c'est horrible cette approche là, parce que les dégâts sont déjà faits. Alors parce que ma femme n'était pas encore en dépression, on ne voulait rien donner à notre fils (...) j'ai entendu ça, par la suite de 2 ou 3 médecins et d'autres de notre association ont aussi entendu ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Elle (la psychologue) s'attaquait à ma femme, « mais madame, qu'est-ce que vous voulez... ». Et on est nombreux dans l'association à avoir fait cette expérience. » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

[une maman qui découvre elle-même le diagnostic et la solution médicamenteuse] et le psychiatre a dit : « ouais, je soupçonnais que c'était peut-être ça », et elle était furieuse, furieuse. Souvent plusieurs cas, dans notre association ont 2, 3 ans de thérapies psychiatriques sans aucun résultats, mais c'est cette entreprise de / de l'approche freudienne » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

" Vous trouverez ci-après différents témoignages reçus de parents habitant la région de Genève. Ils reflètent malheureusement assez bien la prise en charge actuelle des enfants hyperactifs dans le milieu institutionnel genevois (SMP et Guidance Infantile) et ses dysfonctionnements. " [Hypsos.dénonciation : 10 - 11] " Faut-il réagir à ces pratiques ? Oui, certainement, elles sont trop lourdes de conséquences en termes de coûts sociaux et financiers, ainsi que de souffrances inutiles infligées à l'enfant et sa famille. (...) Il est bien possible que se plaindre soit le seul moyen de faire évoluer la situation, permettre une remise en question de certaines pratiques de ces institutions et les forcer à la transparence ! " [Hypsos.dénonciation : 18] " Porter plainte est un moyen d'améliorer le réseau de santé, façon constructive dont l'école publique au Québec gère les plaintes. Genève, "capitale des droits de l'enfant" (!!) a encore des progrès à faire ... " Si vous avez vécu une situation semblable à ces témoignages dans le canton de Genève et que vous souhaitez faire la lumière sur le dossier médical de votre enfant, vous pouvez en prendre connaissance, voici la première démarche que vous pouvez entreprendre . Vous pourrez être surpris du contenu ... Exigez explications et rectifications ! "[Hypsos.dénonciation : 20]

" Vous êtes invités à nous faire parvenir vos témoignages si vous pensez que votre expérience peut aider soit des parents dans leurs démarches soit les médias et le grand public à comprendre ce que vivent les familles. (...) Il est à remarquer notamment que les dysfonctionnements institutionnels (SMP et Guidance Infantile) ne peuvent faire l'objet de plainte auprès de la "commission de surveillance des professions de la santé" mais seulement d'un recours hiérarchique au sein du D.I.P., qui a donc une double casquette (juge et partie) ! Dans les faits, la hiérarchie couvrira ses employés mais nous ne désespérons pas que toutes ces doléances (faux diagnostics, traitements erronés, pratiques illégales de la médecine, falsification de dossiers médicaux, ...) finissent par être difficile à occulter ! Bientôt une thérapie des institutions ? " [Hypsos.dénonciation : 21-22]

Mais c'est vraiment chaque parent qui doit quand même mener ce combat pour son enfant. Donc nous nous voyons comme étant un lieu de ressources pour les parents » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH].

« bon, l'association en tant que telle ne peut pas faire grand chose. Bon, on est reconnu maintenant dans le paysage éducationnel du pays, médical, par exemple quand euh... aussi à la radio, un enfant dans ces programmes pour enfants, il téléphone pour des questions d'hyperactivité, ils téléphonent chez nous pour avoir quelqu'un pour répondre à la radio, il y a tout ça, quoi. Mais c'est vraiment chaque parent qui doit quand même mener ce combat pour son enfant. Donc nous nous voyons comme étant un lieu de ressources pour les parents » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH].

« Et puis une maman demandait : « qu'est-ce que je peux faire quand je vais voir mon enseignant et qu'il ne veut rien savoir ? », on a répondu : « madame vous pouvez aller au directeur d'école », elle a répondu : « j'ai déjà été chez le directeur d'école, il ne voulait rien savoir non plus » et le directeur des directeurs s'est levé, il a dit : « madame, téléphonez-moi demain avec son nom, je vais intervenir, et je le fais pour n'importe quel parents. Si votre directeur / vous devez essayer d'abord avec votre enseignant, puis avec le directeur, si ça ne marche pas, vous me téléphonez », ils ont tenu cet engagement, parce que j'ai proposé à certains parents qui ont téléphoné chez nous en désespoir la même démarche et puis ils ont tenu cet engagement (...) c'est ça [droit des parents] et toute cette démarche a été une nouvelle reconnaissance du rôle des parents à l'école » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH].

" Notre association (Hypsos) a pour but, par tous les moyens à sa disposition, de faire reconnaître le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), d'informer, de soutenir et de venir en aide aux familles en difficultés devant cette maladie . Nous essayons aussi de sensibiliser les différents intervenants qui travaillent avec les enfants ayant le TDAH, ainsi que de mettre sur pied des ressources adéquates et complémentaires à celles déjà existantes. " ".[Association Hypsos : 19]

" Il est bien possible que se plaindre soit le seul moyen de faire évoluer la situation, permettre une remise en question de certaines pratiques de ces institutions et les forcer à la transparence ! "

" Porter plainte est un moyen d'améliorer le réseau de santé, façon constructive dont l'école publique au Québec gère les plaintes. Genève, "capitale des droits de l'enfant" (!!) a encore des progrès à faire ...

Il est urgent que la Convention des Nations Unies sur les droits des enfants, ratifiée par la Suisse en 1988, à l'occasion du 150ème anniversaire de la Confédération, soit mise en oeuvre à Genève ... "

" Si vous avez vécu une situation semblable à ces témoignages dans le canton de Genève et que vous souhaitez faire la lumière sur le dossier médical de votre enfant, vous pouvez en prendre connaissance, voici la première démarche que vous pouvez entreprendre . Vous pourrez être surpris du contenu ... Exigez explications et rectifications ! "

" Vous êtes invités à nous faire parvenir vos témoignages si vous pensez que votre expérience peut aider soit des parents dans leurs démarches soit les médias et le grand public à comprendre ce que vivent les familles. " " Notre association certifie que ces témoignages sont véridiques, les originaux sont déposés chez notre conseil juridique " [Hypsos.dénonciation 2000 : 18-21]

"Madame, j'ai lu l'article dans le journal Le Matin, et je me reconnais parfaitement dans le portrait de ce garçon... j'ai 27 ans... je suis depuis 10 ans en prison... j'en ai encore pour 10 ans ou moins si j'ai une remise de peine... " Cet appel authentique est la demande la plus insolite et déroutante à laquelle j'ai dû faire face en ce semestre chargé d'activités et de sollicitations au poste de Secrétariat. [Asped.Bull.6.juin 00 : 33]

" Au cours de cette soirée, explique Mme Pfenninger, des parents donneront de courts témoignages de leur vécu " Pour clore cette rencontre, une table ronde permettra au public de s'exprimer et de poser toutes questions utiles. [Le Nouvelliste. 6.03.99 : 49]

[13] *Antennes locales*

« Après Genève, l'hyperactivité préoccupe le Valais. Une association propose de l'aide. (...) Finalement, il aura fallu une conférence de M. Tom Bloomer, président de l'Association suisse romande de parents d'enfants avec déficit d'attention et/ ou hyperactif (ASPEDAH), dans le canton de Vaud pour que Mme Pfenninger relève la tête et comprenne. Cette dernière fonde alors la section valaisanne (de l'ASPEDAH) et décide, avec un groupe de parents, de se mettre à la tâche ». [Le Nouvelliste. 6.03.99 : 10 (...) 22 - 23]

Une association de parents d'enfants souffrant de trouble de l'attention et/ou d'hyperactivité a vu le jour en suisse italienne ; cette association s'appelle AIDA, son président se nomme M. Johnny Codoni, et leurs coordonnées sont les suivantes : Associazione per l'Iperattività e i Disturbi dell'Attenzione, via Ciseri 5, 6500 Bellinzona tél. 091/826 15 45. [News.Hypsos.21.10.00 : 141]

[14] <i>Ouverture des autorités, revendications politiques et résultats obtenus</i>

[14 A] Auprès des autorités scolaires

[14 B] Auprès des autorités médicales

" Faut-il réagir à ces pratiques (du SMP)? Oui, certainement, elles sont trop lourdes de conséquences en termes de coûts sociaux et financiers, ainsi que de souffrances inutiles infligées à l'enfant et sa famille."

[Hypsos.dénonciation : 16 - 17]

Ces erreurs de diagnostics (en l'occurrence du fait de l'ignorance des professionnels) sont à placer dans le contexte de la faute professionnelle en ce qui concerne la responsabilité et le devoir de soins !

[News.Hypsos.21.10.00 : 17]

"Il est crucial aussi de former les enseignants pour qu'ils puissent identifier l'hyperactivité et évaluer la mise en oeuvre de son traitement", indiquent-ils. (et c'est exactement ce que hypsos demande !!)

[News.Hypsos.21.10.00 : 151]

Pourquoi les éducatrices de la petite enfance ainsi que les maîtresses de classes primaires n'ont-elles pas une formation à ce sujet ??? [Présentat.Hypsos : 181]

Si, aujourd'hui, un groupe de travail chargé de trouver un consensus est à pied d'œuvre, il aura tout de même fallu que naisse une association Hyperactivité S.O.S. (hypsos) et que son fondateur pousse un cri de colère retentissant pour faire entendre la voie de la raison. "des centaines d'enfants genevois ont été massacrés! C'est le scandale médical de cette fin de siècle", s'est exclamé voici un an, André Carlsson.

[Le Nouvelliste. 6.03.99 : 13]

Apparemment, l'atmosphère du côté des autorités et des responsables de services est à la conciliation. Le 21 janvier, tous les partenaires concernés (pédiatres de ville, SMP, HUG, psychologues, etc.) se réuniront autour d'une table pour aplanir les différends et tenter de définir une approche commune pour combattre l'hyperactivité. [Courrier GE. 16 nov.98 : 70 - 70]

Le 18 janvier 1999 est une date qu'Hypsos - cette association qui soutient les parents dont les enfants sont définis comme hyperactifs - a marqué d'une pierre blanche. [Courrier GE. 2 déc.98 : 14]

Beaucoup d'efforts ont été entrepris et des contacts sont en cours auprès des divers D.I.P. cantonaux, afin de faire avancer la cause du THADA auprès de ces Organismes et ainsi mieux faire connaître ce syndrome auprès des Enseignants. [Asped. Bull.4 mai 99 : 41 - 43]

C'est ainsi que, sur GENEVE, nous avons, conjointement avec l'Association HYPPOS, participé en janvier dernier à une réunion avec la Directrice du D.I .P. et le Responsable du S.M.P., à l'issue de laquelle un groupe de travail a été mis sur pied entre ces Organismes et une délégation de parents menée par HYPPOS, pour travailler de façon constructive sur les questions qui achoppent actuellement. [Asped. Bull.4 mai 99 : 45]

Dans la région des MONTAGNES NEUCHÂTELOISES, signalons la réunion du 30.4.99 entre la DIRECTION DES ECOLES PRIMAIRES de LA CHAUX-DE-FONDS et les représentants de notre Groupe de Soutien sur place. [Asped. Bull.4 mai 99 : 47]

Dans le même sens, un rendez-vous est pris pour le 25.5.99 entre la Directrice du Département FORMATION et JEUNESSE du Canton de VAUD et notre Groupe de GLAND. [Asped. Bull.4 mai 99 : 49]

D'autres contacts sont également en cours, par ailleurs, dans d'autres régions. [Asped. Bull.4 mai 99: 51]

Les Associations de Parents d'élèves de différentes régions romandes ont sollicité l'intervention de l'ASPEDAH à plusieurs reprises, salles bondées à Payerne, à Neuchâtel, parents, enseignants, éducateurs, thérapeutes, public, chacun est venu avec des questions et un vif intérêt. Les autorités scolaires vaudoises ont également souhaité faire connaître la problématique des enfants "différents", hyperactifs ou autres, au cours d'une conférence réunissant les 200 directeurs d'écoles vaudoises le 18 mai 2000... [Asped.Bull.6.juin 00 : 26]

Les enseignants sont progressivement informés un peu partout en Suisse romande, et c'est réjouissant, sachant que les autorités scolaires se laissent également interpellé et entrent dans une réflexion plus "pointue" à propos de l'hyperactivité et du déficit d'attention. [Asped.Bull.6.juin 00 : 40]

Les objectifs de PANDA (Richard Toupin) visent à atteindre les professionnels de la santé et de l'éducation en priorité, sachant que de cette base-là il y a grand profit pour la société que de connaître et maîtriser au mieux tout ce qui touche à l'hyperactivité. Les parents sont également encadrés et soutenus dans leurs difficultés. [Asped.Bull.6.juin 00 : 60-61]

La première vague d'information a passé dans le public, restent encore les milieux scolaires. Il y a encore des préjugés à corriger quand on évoque l'hyperactivité dans les classes, mais la bonne nouvelle c'est que dans certains cantons des réformes de fond dans les structures scolaires sont envisageables aussi à partir du milieu politique (les travaux de la Commission de réflexion sous la direction de Mme F. Jeanprêtre, DFJ Vaud). [Asped.Bull.7.déc.00 : 16]

Menés par les trois associations concernées par les enfants dits "différents" à savoir ASPEDAH, Assoc. Enfants Surdoués et Précoces, ADSR Dyslexie, le résultat de cette réflexion est tangible, puisqu'il débouche sur la reconnaissance officielle du statut de ces enfants et la volonté d'aménager des réformes scolaires et un encadrement approprié. Le Rapport du DFJ Vaud est donc favorable envers les hyperactifs et s'ouvre concrètement sur des aménagements de programme scolaire allégé, un encadrement individualisé, en tout cas sur des prises de conscience pratiques. [Asped.Bull.7.déc.00 : 18]

Le 28 novembre a eu lieu la première rencontre entre les associations Dyslexie (ADSR), Enfants Précoces (ASEP) et l'ASPEDAH-GRF au niveau du canton de Fribourg. Le but de cette prise de contact était de synchroniser les activités des 3 associations afin d'en dégager un maximum de synergie au niveau du message délivré et surtout auprès des intervenants professionnels et des autorités. [Asped.Bull.7.déc.00 : 94]

Tout cela devrait donner espoir aux autres cantons et à ceux d'entre vous qui s'investissent aussi au niveau scolaire et politique. Courage donc! Thomas Bloomer, Président. [Asped.Bull.7.déc.00 : 20-21]

Des ateliers forts fréquentés par les enseignants, avec des échanges très fournis. L'ASPEDAH ne manque jamais de souligner l'importance de la bonne collaboration entre enseignants et la famille, pas toujours bien vécue parfois dans certaines situations. Des informations, des témoignages et des partages d'expériences nourris montrent bien que l'hyperactivité est reconnue et prise en compte dans le milieu scolaire à l'heure actuelle à une échelle toujours plus large. Le Service d'enseignement spécialisé du Canton de Vaud a largement contribué à cette prise de conscience ainsi qu'à l'expansion des moyens mis en œuvre pour venir en aide aux élèves, parents et enseignants concernés par ces difficultés d'apprentissage et d'encadrement scolaire adéquat. Petit sondage effectué auprès des enseignants présents à cette journée: seuls 3 ou 4 personnes sur 26 ont suivi l'émission de Temps Présents du 9 novembre 2000 sur le sujet de l'hyperactivité ! Il reste encore du travail à faire [Asped.Bull.7.déc.00 : 64-70]

Brochure pour les DIP. La version finale est terminée et il en reste l'impression. Chaque groupe régional sera chargé de la distribution du document au Département de l'Instruction Publique de son canton pour favoriser les contacts déjà établis. [Asped.Bull.3.nov.98 : 66]

Chaque membre en recevra également un exemplaire pour son information d'ici plusieurs semaines.

Pour la rédaction et la présentation de ce document, Christiane Spring (vice-présidente) a pu avoir une bonne collaboration avec l'Association DYSLEXIE suisse romande.

Pour le contact avec le DIP Vaud., bonne collaboration également avec l'APE Vaud. Ceci est très encourageant. [Asped.Bull.3.nov.98 : 66-72]

« Mais cette étude intéresse beaucoup aussi l'Office Fédéral, j'ai oublié lequel, parce qu'ils aimeraient généraliser un peu en Suisse pour justement pouvoir comparer » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« En Norvège, j'étais là-bas pour parler à un groupe d'enseignants, ils m'ont informé que le gouvernement norvégien a décidé de donner à chacun de ces enfants 2 ordinateurs, un pour l'école et un autre pour la maison. C'est un petit pays, il n'y aura bientôt plus de pétrole et ils savent que leur futur reste avec le développement de chaque enfant, donc ils investissent dans le développement de chaque enfant. Une approche totalement différente, entre parenthèses, de l'approche française que nous avons imitée dans le canton de vaud, qui ne vise pas le développement de chaque enfant, c'est formel, on vise le surdéveloppement d'une élite et on ramène tous les autres à un moyen, je ne suis pas d'accord avec cette approche pour un système d'éducation. Mais si on pouvait imaginer dans un avenir lointain une telle approche (*ricane un peu en le disant*) euh avec un ordinateur, ils peuvent rester brancher » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« des centaines de familles, terriblement frustrées par le système scolaire qui est si rigide, surtout dans le canton de vaud, il est mieux adapté à Fribourg en grande partie à cause de l'influence de la Faculté de l'Éducation à l'Université de Fribourg où il y a des profs qui sont à jour et qui ont une grande influence sur tout le système scolaire » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« on se pose la question, dans les associations, si il ne faut pas aussi une ou deux écoles spécialisées, et jusqu'ici la politique vaudoise a été de réagir avec horreur à cette suggestion [AD. Pourquoi ?] et puis bien sûr il y a des parents qui ne sont pas pour non plus. Parce que la politique vaudoise jusqu'ici a été

euh très démocratique, socialiste, que : il fallait que tous les enfants soient dans la même classe. Bon on divise dans trois, trois niveaux, ce qui dans la recherche en pédagogie est absolument faux, mais on le fait quand même. C'est une question plutôt politique. Mais il y a une école spécialisée au Canada, dont on a entendu parler, où aucun des enfants n'a besoin de la Ritaline. C'est une école résidentielle, ils commencent chaque jour avec 3 heures de sport. (...) Les enseignants sont / sont au courant, bien sûr, spécialisés dans ce domaine aussi, les classes sont petites (...) Et puis chaque fin de l'après-midi, ils ont encore 2 heures de sport, donc pas besoin de médicaments. (Soupire) Hélas, on n'a pas encore ce genre d'école ici bientôt ». [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« Ce qui est dommage, c'est qu'il n'y a déjà pas assez de psychiatres en / surtout dans ce Canton et en général il faut des mois pour des rendez-vous et il y en a peu qui se sont spécialisé dans ce domaine. C'est l'approche de l'individu, sans maman, enfin tout ça (...) et puis un des problèmes avec EDM (ou EVM ?), c'est qu'on a supprimé certains des ponts qui auraient aidé à des enfants en échec scolaire, de revenir dans le système par la suite. (...) C'est très dur maintenant de le faire et une fois qu'on a connu un échec définitif, c'est impossible, exclu, tandis que dans d'autres pays comme l'Angleterre, un adulte, à n'importe quel âge peut retourner dans le système scolaire. Ils ont maintenant ouvert les portes et moi je trouve ça beaucoup plus juste. Peut-être parce que moi-même j'ai dû quitter l'université 2 fois à cause des mauvaises notes (*rit*)

« [Son doctorat en pédagogie] c'est une des raisons que j'ai des opinions assez fortes (?) dans ce domaine, parce que je sais que c'est pas nécessaire que ce soit ainsi. Ça marche très bien dans d'autres pays, ils ont des décennies d'expériences, mais un des éléments d'une nation le plus difficile à changer, c'est le système scolaire (...) mais la plus grande résistance par exemple pour changer l'apprentissage d'allemand, ça vient de la part des parents. Et j'ai (...) aussi entendu une des personnes de l'autorité scolaire vaudoise qui ont dit que « on doit quand même enseigner l'allemand par la grammaire et la mémorisation du vocabulaire, c'est comme ça qu'on apprend l'allemand ». Et j'ai dû me retenir parce que (...) c'est pas comme ça, qu'on apprend une langue, c'est pas comme ça qu'on apprend sa propre langue. (...) mais pourquoi est-ce que c'est si... le système est si horrible ? il y a tous les profs de notre district qui ont signé une lettre demandant à l'administration vaudoise de changer les choses : refus. Donc on doit se poser la question : dans l'intérêt de qui, de maintenir un système qui ne marche surtout pas. Et vous savez la réponse que j'ai eu de quelques parents ? « ils le font exprès pour que nous détestions l'allemand ». Alors j'étais bouleversé par cette réponse, je ne la crois pas, mais que certaines personnes me le disent en / tout sérieux, ça veut dire quand même un problème. Et en Suisse, il y a un problème au sujet de l'unité nationale qui s'aggrave » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH].

« on a gagné quelques petites batailles (*sorte de soupir*) mais la guerre c'est pas fini. On a ... l'autre élément qui est très intéressant (...) c'est que les parents d'enfants surdoués se sont organisés (...) on m'a dit que c'était suite à un suicide d'un enfant surdoué sur la Côte. Alors ils ont commencé à se mobiliser à peu près en même temps que nous et en même temps que les parents des dyslexiques et puis euh 3 ou 4 associations sont allées voir Mme Jeanprêtre à Lausanne, à peu près à la même époque (*rit*) et euh les surdoués étaient tellement fâchés avec le système que ils ont même proposé, ils ont même dit : si le système vaudois ne peut pas changer, nous allons sortir nos enfants et créer nos propres écoles. Il y en a une ou deux qui existent déjà. Alors ça a provoqué une réaction chez les autorités et ils ont invité 2 associations pour les surdoués, la nôtre et 5 pour les dyslexiques à se joindre à eux dans un groupe de travail pour justement voir ce qu'on pouvait faire pour que le système soit plus adapté aux enfants différents. Et quand on met ensemble euh ces 3 syndromes, on s'approche très vite à presque 20 % de la population scolaire, 17 en tous les cas. Alors c'est énorme. Donc nous avons passé beaucoup d'heure dans des comités et on a fini par avoir un document de la part des autorités vaudoises que nous avons pu distribuer à nos parents en disant que l'école doit modifier des choses pour ces enfants, en donnant quelques exemples pratiques, et c'est maintenant quelque chose que les parents peuvent amener chez un prof, chez un directeur d'école et euh il y a eu l'engagement public que / je vais vous le dire comment ça s'est passé, c'est l'association de parents d'élèves du Canton de Vaud qui a aussi été très forte dans ce mouvement, qui a regroupé les 3 ou 4 associations pour une même soirée d'information à Pully, la salle-là, à l'Octogone était remplie, d'ailleurs j'oublie combien de personnes, je crois plus de 400, dont beaucoup d'enseignants et des ... des chefs de section du DFJ, le Département de Formation et de Jeunesse, madame Jeanprêtre devait venir, elle est tombée malade à la dernière minute, chaque association a présenté brièvement le problème, puis on a eu un débat puis beaucoup de parents étaient venus (...) ceux qui n'étaient vraiment pas contents avec le système. Puis pour moi c'était très positif parce que les autorités scolaires pouvaient entendre ces parents directement. Et puis une maman demandait : « qu'est-ce que je peux faire quand je vais voir mon enseignant et qu'il ne veut rien savoir ? », on a répondu : « madame vous pouvez aller au directeur d'école », elle a répondu : « j'ai déjà été chez le directeur d'école, il ne voulait rien savoir non plus » et le directeur des directeurs s'est levé, il a dit : « madame, téléphonez-moi demain avec son nom, je vais intervenir, et je le fais pour n'importe

quel parents. Si votre directeur / vous devez essayer d'abord avec votre enseignant, puis avec le directeur, si ça ne marche pas, vous me téléphonez », ils ont tenu cet engagement, parce que j'ai proposé à certains parents qui ont téléphoné chez nous en désespoir la même démarche et puis ils ont tenu cet engagement (...) c'est ça [droit des parents] et toute cette démarche a été une nouvelle reconnaissance du rôle des parents à l'école. Nous avons de la chance dans le canton de vaud parce que l'association parents-élèves a fait un bon travail dans ce sens depuis 30 ans, ce n'est pas le cas par exemple dans le Canton de Neuchâtel où ça n'existe pas, mais euh... ils ont rencontré aussi beaucoup de résistance, en essayant d'influencer un peu le système vaudois. Maintenant c'est beaucoup plus admis, c'est même écrit et puis on a vu le système bouger un peu. Bon à la fin, il y a eu moins de volonté politique, vous avez peut-être entendu parlé de tous les problèmes dans le DFJ, de différentes sortes dans le canton de vaud et je crois que maintenant c'est plus madame Jeanprêtre et toute les... enfin on n'est pas allé au bout de la démarche. Mais on a la première reconnaissance officielle et par écrit du problème. On a été aussi invité, notre association, et puis parfois en collaboration avec les autres, à animer plusieurs séances d'informations à l'école normale, aux jeunes enseignants qui sont au milieu de leur 2^e année, enfin ils font une formation continue quelque part, dans plusieurs groupes d'enseignants dans la région (...) leurs journées de formation continue, j'en ai fait plusieurs l'année passée, c'était (.. ?) euh on a fait une brochure à l'intention des parents et des enseignants, qui a été bien distribuée, donc on a quand même vu les choses bouger un peu, mais on est arrivé à un plateau et maintenant, je dirais que pour la plupart et en écoutant les parents d'un peu partout, j'ai l'impression que c'est plus ou moins généralisé, on connaît le problème, on admet qu'il est là, on est sensibilisé, mais on veut pas vraiment changer les choses pour les enfants. Très pratiquement pour un enfant dans une salle de classe, ça change pas grand chose et c'est là, qu'on doit gagner le combat classes par classes (...) et puis bien sûr, si on peut pas diminuer la grandeur des classes, tout est perdu d'avance, parce que c'est bien de dire à un enseignant : oui, il faut s'adapter à chaque enfant, il faut avoir des programmes un peu adapté, mais si elle est débordée, on peut pas exiger l'impossible » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH].

« Bon, c'est plus ou moins gagné, maintenant avec les pédiatres. C'est plus ou moins gagné. Euh... ce qu'il nous faut, c'est d'avantage de gens plus spécialisé que le pédiatre qui ne connaît que la Ritaline et une collaboration beaucoup plus étroite avec des psychiatres qui connaissent les médicaments aussi. » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

Les deux associations (Hypsos et les malentendants genevois) demandent donc "l'ouverture des prestations du Département de l'instruction publique aux autres formes reconnues de prise en charge de l'enfant à déficience auditive." [Courrier GE. 20 nov.99 : 40]

[15] *Persuasion progressive, réticences initiales*

« Et puis, étant d'origine américaine, on a informé notre cercle d'ami et la famille de nos nouvelles de familles et on parlait un peu des problèmes de notre fils et puis des personnes commençaient à nous envoyer des articles depuis les USA. Et au début ça nous intéressait pas trop, et puis l'histoire des médicaments pour un petit enfant, des médicaments tous les jours, on ne voulait pas y toucher (...) il n'était pas très agité, c'était une des raisons que nous n'étions pas convaincus au début. Il pouvait rester, même en primaire, il pouvait rester assis une heure, enfin la période scolaire sans trop de problèmes, mais son / ses pensées n'étaient pas là ». [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

Ainsi le message touchant d'une maman encore toute émue des changements intervenus chez son fils de 12 ans qui vient d'être admis en classe pré-gymnasiale du CO ! Une discussion à bâtons rompus entre le maître et son fils et un membre du comité GRF les avait mis, parents et enseignants, sur la voie du TDAH. Quelques démarches supplémentaires et un excellent contact avec le corps enseignant allaient tout simplement transformer la vie de leur enfant ainsi que leur vie familiale.

C'est donc un véritable encouragement à persévérer dans notre mission ! [Asped.Bull.6.juin 00 : 98-100]

[16] *Décret diagnostic et solution médicamenteuse*

« puis on est allé donc euh aux USA un été et euh des amis nous avaient parlé d'un spécialiste, un pédiatre spécialisé dans ce domaine qui lui était entré là-dedans aussi à cause d'un de ses propres enfants et puis après quelques minutes d'examen, c'était clair et net pour lui que notre fils était hyperactif » . [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« elle (une maman) est allée voir un pédiatre, qui a diagnostiqué l'hyperactivité, il (son fils) a eu le médicament, il a changé d'un jour à l'autre » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« [La Ritaline] Ça n'a aucun effet pour la dyslexie, c'est un autre problème. Et on pense que les deux, on pense peut-être... parce qu'on est dans la recherche très récente, sur le cerveau, les 2 commencent dans le développement même du cerveau, dans le développement du cerveau donc euh... je crois que notre grand

problème avec notre formation, dans tous les domaines, mais surtout médical jusqu'ici, ça a été de catégoriser, de départementaliser chaque chose, n'est-ce pas... on a ce problème, on va réparer cet organe là, on va changer ce truc-là, mais tout est relié, mais on n'est pas formé comme ça. » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

En présence de symptôme du TDAH, on peut, on doit agir !- D'abord être au clair : établir un diagnostic médical basé sur un bilan neurologique et/ou psychopédiatrique ; - Si le TDAH est confirmé, l'enfant qui en souffre doit pouvoir bénéficier d'un ensemble de mesures qui lui permettront de surmonter son handicap et de connaître un développement optimal de ses capacités et de sa vie affective et sociale. [Aspedah.28.04 : 51]

" Or, notre association constate que peu d'enfants atteints par cette maladie reçoivent le traitement adéquat. Une médication sera rarement la panacée à elle seule mais prescrire un médicament ne doit pas non plus être un anathème !". [Association Hypsos : 26]

" Faisant suite à la définition de l'hyperactivité, le Dr Charles-Antoine Haenggeli (Hôpital des Enfants de Genève) a exposé le point de vue du neuropédiatre en matière de traitement médicamenteux. Tout en insistant sur le fait qu'un médicament ne devrait être prescrit qu'en dernier recours dans la mosaïque des moyens mis en œuvre, " [ASPEDAH.Meeting.04.00 : 14]

" il (Haenggeli) a relevé l'importance primordiale de la reconnaissance et de l'évaluation du syndrome de l'hyperactivité ou du déficit d'attention chez l'enfant, ainsi que la prise en charge pluridisciplinaire pour venir en aide tant aux enfants concernés qu'aux parents ". [ASPEDAH.Meeting.04.00 : 15]

" Ces derniers (parents) sont en effet souvent fortement éprouvés par un "parcours du combattant" douloureux à plus d'un titre ! " [ASPEDAH.Meeting.04.00 : 17]

" Le Dr Meinrad Ryffel, pédiatre pour enfants et adolescents à Münchenbuchsee (BE), fort de son expérience de plus de vingt ans auprès d'enfants "difficiles", a exposé avec une grande sensibilité comment un diagnostic, même tardif, basé sur une batterie de tests scientifiques éprouvés, peut apporter un soutien salutaire et parfois spectaculaire.". [ASPEDAH.Meeting.04.00 : 18]

" Le traitement médicamenteux (l'administration de Ritaline entre autre) fut également passé sous la loupe du spécialiste (Dr Meinrad Ryffel-BE)". [ASPEDAH.Meeting.04.00 : 19]

[17] *Efficacité Ritaline, attribution des effets.*

« de toute manière, il l'a mis sous le médicament, la Ritaline et puis euh... avec la première augmentation de la dose, on a vu un changement dans le comportement de notre fils, il a pu rester tranquille dans une voiture pendant 5 heures, et c'était la première fois de sa vie, donc on a vu que ça faisait quelque chose. Et puis de retour dans le système suisse, il a pu apprendre à lire / bon il avait une très bonne maîtresse aussi, pendant 2 ans, qui l'a beaucoup aidé euh... son système était très stricte, elle nous l'a dit elle-même : « je suis de la vieille école » (*rit*). Je crois que tous ses étudiants apprenaient à lire parce que ils avaient peur d'elle (*rires*) mais ça marchait, ça marchait très bien. Et puis il a pu poursuivre dans le système vaudois euh... pas sans problèmes, mais il a pu être en prim sup. j'oublie comment on appelle ça, maintenant. Ils ont changé la terminologie. Il a pu réussir jusqu'à la fin de l'année passée » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

elle a dit : « mais c'est de l'hyperactivité qu'il a, c'est pas un problème de famille ou de communication ou tout cela et on a donné le médicament et il est différent »... ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Ouais, bon... mais chaque enfant est différent. Pour une bonne / un bon pourcentage, 10 % peut-être, la Ritaline ne marche pas de toute façon. Pour d'autres, une fois qu'ils savent qu'ils peuvent maîtriser avec un médicament euh ils apprennent eux-mêmes à se débrouiller, les approches d'apprentissage et puis ils diminuent et cessent la Ritaline après 2, 3, 4, 5 ans. Il y a pas mal d'ados qui peuvent cesser. Les changements chimiques à l'âge de l'adolescence peuvent eux-mêmes régler le problème, ou l'empirer ; mais en tous les cas, il y a souvent un changement hein. En Norvège (...) le gouvernement norvégien a décidé de donner à chacun de ces enfants 2 ordinateurs, un pour l'école et un autre pour la maison (...) avec un ordinateur, ils peuvent rester brancher » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

Point central: la Ritaline, un médicament issu des amphétamines. Pour les membres d'Hypsos, son administration aurait des effets bénéfiques sur les enfants et permettrait à leur entourage de mener une vie "normale". [Courrier GE. 2 déc.98 : 24]

Il parle aussi de la polémique suscitée par la Ritaline (ou Ritalin) en montrant pourquoi il pense que c'est le meilleur traitement actuel. Ce livre nous fait du bien, car il nous rappelle qu'il y a une espérance même pour les enfants hyperactifs ! [Concepts femme (aspedah) : 95]

Car depuis la fondation d'Hypsos, il y a moins d'une année, les témoignages affluent: adolescent de seize ans et demi qui, en douze ans, a transité par tous les services imaginables (SMP, Belle-Ideé, Protection de la jeunesse, psychiatres privés) sans que l'ombre d'une solution apparaisse; idem pour cet enfant de huit

ans qui est en thérapie au SMP depuis quatre ans; ou encore ce petit garçon de cinq ans à qui une psychologue du même service aurait déclaré, après deux consultations, qu'il était non scolarisable.

Tous ces témoignages - et d'autres encore - ont un second point en commun. Les enfants en question prennent désormais de la Ritaline. Avec succès. D'où l'affirmation suivante: "En une semaine, nous avons fait plus pour notre fils qu'en quatre ans de thérapie au SMP. Nous ne regrettons qu'une chose: ne pas être quatre ans en arrière. Tout aurait été tellement plus simple si nous avions su que notre fils était hyperactif." [Courrier GE. 16 nov.98 : 24-26]

[18] *Choix orienté du spécialiste, proximité médecin-patient*

Besoin d'écoute et de soutien, difficulté à trouver le praticien qui ne contredit pas l'impression des parents ou des enseignants, ou qui écoute sans juger, manque d'adresses pour entrer en dialogue avec des professionnels qui connaissent le syndrome, tâtonnements de bien des parents qui continuent courageusement à s'informer à plusieurs sources. Les permanences téléphoniques du Groupe sont sollicitées plusieurs fois par semaine. [Asped.Bull.6.juin 00 : 88-90]

Recommander un pédiatre parfaitement au fait de l'hyperactivité et n'habitant pas trop loin du demandeur équivaut parfois à chercher une aiguille dans une botte de foin.

D'où ce conseil venant des neuropédiatres des grands centres hospitaliers romands à l'attention des parents et des personnes recherchant un diagnostique sûr pour leur enfant : il ne faut pas hésiter à reprendre contact avec le médecin de famille, le pédiatre, même s'il faut partir à la recherche d'un nouveau praticien. Ces centres hospitaliers (débordés) ne reçoivent pas de nouveaux patients s'ils ne sont pas envoyés par un médecin, et il faut compter avec un délai de trois mois d'attente... [Asped.Bull.6.juin 00 : 36]

Les services pédo-psychiatriques régionaux et les pédopsychiatres ont reçu une information spécifique à propos de l'hyperactivité et du déficit d'attention, ils sont également à même de conseiller et diriger les parents demandeurs. [Asped.Bull.6.juin 00 : 38]

Les pédiatres sont informés à différents degrés, il est vrai que parfois les parents se sentent peu ou pas écoutés ou soutenus, mais il faut persévérer et croire à l'approche pluridisciplinaire. [Asped.Bull.6.juin 00 : 40]

La demande d'aide et de conseils personnalisés en constante augmentation a eu pour conséquence un surcroît de travail en tout genre pour la secrétaire, mais particulièrement une réflexion en rapport avec la consultation de médecins, de thérapeutes, la mise en contact avec des institutions diverses et des groupes de soutien, ceci à l'échelon romand, suisse et même international. Constituer un fichier et récolter des adresses n'est pas chose aisée. [Asped.Bull.6.juin 00 : 34]

" Opposer neurologie et psychiatrie est dépassé ! Il faut adapter le traitement aux besoins de l'enfant. Il est urgent que les thérapeutes de nos enfants s'interrogent sur la pertinence de leurs pratiques." [Association Hyspos : 34]

« des amis nous avaient parlé d'un spécialiste, un pédiatre spécialisé dans ce domaine qui lui était entré là-dedans aussi à cause d'un de ses propres enfants » [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« En (...) Suisse Alémanique je veux dire, c'était un médecin qui avait un enfant à lui, son propre enfant, qu'il ne pouvait pas comprendre, qui a commencé à faire des recherches et c'est comme ça que la Suisse Alémanique toute entière a pris connaissance de ce problème » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« AD. Mais parce que la Ritaline vous la trouviez ici, elle était déjà sur le marché ici

TB. Oh oui, depuis longtemps. Connue mais un peu cachée quoi. Un pédiatre d'Yverdon, en Suisse Alémanique, lui il avait l'habitude de prescrire. Donc Yverdon c'était / avec ce seul pédiatre, une des seules régions où on pouvait l'obtenir comme maintenant. » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« j'ai mentionné ce pédiatre, Suisse alémanique, à Yverdon, il y a une autre sur Rolle qui a fait sa formation à Bâle avec la spécialiste / la grande spécialiste en Suisse Alémanique [parle plus loin d'une certaine doctoresse Ruff] et puis c'est comme ça qu'ils ont appris autre chose. Un des psychiatres à Genève qui travaillent beaucoup avec des ados et des adultes hyperactifs a découvert leur problème par ses patients, anglophones, qui venaient avec des articles, qui voulaient qu'il fasse quelque chose dans cette lignée-là... et entre-temps, il a découvert que lui-même était hyperactif » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Et il y a / j'aimerais dire : il y a des approches psychologiques qui peuvent vraiment aider. Notre section de Neuchâtel a entrepris une approche comportementaliste pour essayer d'aider les enfants à gérer leur comportement et c'était quasi / quasi inconnu en Suisse, bien que pratiqué longtemps dans d'autres pays et puis ça aide beaucoup. Et il y a plusieurs des familles d'ailleurs, qui s'intéressent beaucoup à prendre

cette approche-là. Et puis les thérapies de familles peuvent beaucoup aider aussi. Ce qui est dommage, c'est qu'il n'y a déjà pas assez de psychiatres en / surtout dans ce Canton et en général il faut des mois pour des rendez-vous et il y en a peu qui se sont spécialisé dans ce domaine. C'est l'approche de l'individu, sans maman, enfin tout ça » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Le site Web de Hypsos, par exemple, euh met tous les nouveaux articles à jour, là, et c'est très précieux pour les enfants, il y a des professionnels, comme le Dr Bader, qui va le consulter aussi » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« Bon, c'est plus ou moins gagné, maintenant avec les pédiatres. C'est plus ou moins gagné. Euh... ce qu'il nous faut, c'est d'avantage de gens plus spécialisé que le pédiatre qui ne connaît que la Ritaline et une collaboration beaucoup plus étroite avec des psychiatres qui connaissent les médicaments aussi. Et c'est là où on pousse maintenant euh... on voit de plus en plus, même dans notre situation personnelle, qu'il faut cette approche multi-disciplinaire. On nous a dit que c'était impossible au début, parce qu'il y a seulement peu de psychiatres déjà, qui risquent d'être aggravé par les accords bilatéraux, si on ne peut pas accepter les psychiatres dans le nord de l'Europe, ce qui est prévu dans les accords euh... puis les médecins sont pris aussi, donc, d'imaginer un médecin qui prend le temps pour recevoir un prof d'un enfant ou une enseignante d'un enfant alors là... mais c'est ce qu'il faut quoi » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

Diriger ces familles auprès de personnes ou organismes pouvant assurer la prise en charge d'un enfant hyperactif pour : - Diagnostic, bilan ; - Prise en charge thérapeutique. [Hyper.enf.com.autres : 12 - 20]

Rechercher dans le corps médical des personnes voulant adhérer à l'association afin de prendre en charge des enfants en difficulté le plus rapidement possible (bilan, suivi de l'enfant).

Personnes recherchées: - Pédo Psychiatres ; - Neuro Pédiatres ; - Psychiatres ; - Psychomotriciens ; - Orthophonistes etc...

Cette recherche s'adresse à ceux qui voudrons se battre avec nous pour encadrer un ou plusieurs enfants, faire des bilans ou des suivis, adresser à l'association un retour d'informations générales (non médicales) en prévention d'intervention au niveau scolaire (déscolarisation, commission de CDES, etc...)

L'association envisage d'accompagner parents et enfants jusqu'à l'entrée

de ce(s) dernier(s) dans la vie active. [Hyper.enf.com.autres...]

Notre association est avant tout dédiée aux Parents. Elle est là pour venir en aide aux familles en difficultés devant cette maladie. Elle ne veut et ne peut, en aucun cas, se substituer au corps médical comme aux enseignants. [Hyper.enf.com.autres : 54]

Nous souhaitons travailler en bonne entente avec ces derniers (enseignants et corps médical) pour le bien de nos enfants. [Hyper.enf.com.autres : 55]

Nos amis de l'AFPEDAH (merci Marie-Christine) nous ont fait parvenir une dépêche REUTERS (datée du 29/12/99) concernant la prise en charge des enfants TDAH en France. Cela semble bouger dans l'hexagone, des médecins dénoncent enfin certaines pratiques ! "Que les collègues ne prescrivent pas de Ritaline(r), cela je ne l'admets pas. Il n'y a pas de dépendance, pas d'induction de toxicomanie avec ce médicament et tous ces arguments ne sont pas recevables de la part des médecins". [News.Hypsos.21.10.00 : 108]

Ils reflètent malheureusement assez bien la prise en charge actuelle des enfants hyperactifs dans le milieu institutionnel genevois (SMP et Guidance Infantile) et ses dysfonctionnements." " L'enfant est-il soigné en fonction de sa maladie ou des convictions du praticien ? ". " La psychiatrie moderne se doit de vérifier constamment ses modèles d'intervention ! ". " Nous déplorons que la plupart des intervenants n'aient pas l'exigence éthique de privilégier l'intérêt supérieur de l'enfant et se contentent d'une approche théorique globalisante et doctrinaire (psychomythologie). Ce monolithisme idéologique est malheureusement trop souvent iatrogène (qui est provoqué par le médecin ou par le traitement médical)." [Hypsos.dénonciation 2000 : 11 - 14]

" L'association ne veut et ne peut, en aucun cas, se substituer au corps médical. "" Le premier recours en cas de suspicion de ce trouble est le pédiatre de votre enfant (médecin référent). Ce dernier est soit à même de poser un diagnostic soit de vous adresser à des confrères spécialisés. " [Association Hypsos : 20 - 21]

Plusieurs familles, membres de notre Association, ont enregistré des progrès chez leurs enfants, suite à une thérapie spécifique: The Developmental Integration Technique développée par Paul Burnett (GB).

Nous estimons intéressant de vous faire partager cette information.

[Asped. Bull.4 mai 99 : 109-111]

Cette thérapie permet, entre autres, de corriger des anomalies au niveau du système nerveux central, en éliminant des réflexes archaïques persistants chez certaines personnes (pré-tests effectués à la 1ère séance permettant de confirmer si lesdites anomalies sont effectivement présentes chez la personne testée).

Ladite thérapie peut notamment apporter des améliorations dans les problèmes suivants : - dyspraxie (problèmes de coordination) ; - dyslexie ; - difficultés comportementales ; - hyperactivité - THADA ; - difficultés de langage

Il s'agit d'un traitement souple et non médicamenteux, basé sur des exercices simples à effectuer quotidiennement, à la maison, pendant plusieurs mois (max. 15 minutes par jour). Des consultations mensuelles sont données à Divonne (F). En cas d'intérêt, vous pouvez contacter Mme C. Spring pour plus de précisions : Le lundi de 13 h à 15 h 022.364.31.96. [Asped. Bull.4 mai 99 : 113 - 117]

Un article qui résume assez bien la pensée de Barkley a été publié dans la livraison de septembre de la revue Scientific American. On peut télécharger cet article à l'adresse suivante Barkley a également publié en 1995 un excellent ouvrage spécialement destiné aux parents et qui s'intitule: "Taking charge of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents". Guilford Press ISBN 0-89862-099-6. [Comment/Barkley : 10 - 15]

Si vous trouvez que votre enfant est particulièrement difficile, voici quelques conseils : Prenez rendez-vous avec votre pédiatre pour lui parler spécifiquement du THADA. [Concepts femme (aspedah) : 76-78]

M^{me} Carlsson estime que notre canton possède à peu près cinq thérapeutes compétents. Elle cite notamment M^{me} Carla Titmarsh, psychologue. Il y a également un très bon neuropédiatre aux HUG, soit le D^r Haenggeli. Elle cite également le D^r Georges Rieser. [Audition hypsos, Pétition 1287 - 8]

« Témoignage de C.G. mère d'un adolescent Thada et présidente de l'association HyperSuper-Thada France. (...) les médecins ne sont pas toujours formés à reconnaître un Thada, d'autre part les spécialistes qui posent le diagnostic sont peu nombreux. (...) Les prises en charge sont possibles dans des CMPP (Centres médico-psycho-pédagogiques) qui disposent des structures nécessaires... Sauf que ces centres ne sont pas toujours formés sur le Thada. Il reste alors aux parents les prises en charge dans le secteur privé. » (Science & Vie, N. 222, mars 2003, 122).

[19] *Prévalence et augmentation des cas*

« Bon, ça dépend toujours de la définition et du degré, parce qu'il y a pas / Chacun a un degré différent d'hyperactivité. Il y en a beaucoup qui l'ont. Ma femme se pose la question pour elle-même, parce qu'elle-même n'a jamais aimé rester assise, ces pensées vont souvent dans plusieurs sens, mais ils arrivent à maîtriser. Elle a très bien réussi l'école, universitaire et tout, elle n'a jamais eu de problème à l'école... euh. Un livre que j'ai lu par un des grands spécialistes américains parle de 3 à 7 (ou 5 ?) %, mais c'est une grande différence 3 ou 5. La doctoresse Ruff de Bâle a toujours dit euh que pour la Suisse ce serait 10 %, si tout le monde était diagnostiqué et le groupement de la population qui est le plus sous-diagnostiqué, ce sont ces filles, qui ne sont pas hyperactives, mais qui ont le déficit d'attention, parce qu'elles sont invisibles, elles ne dérangent pas, elles ne bougent pas, donc parce qu'elles ne posent pas problèmes, c'est très facile de les caser, soit dans la famille, soit à l'école et puis de les oublier. Donc euh je crois que ... quand nous serons assez sensibles à ces filles, surtout pour pouvoir les diagnostiquer et les traiter, on ne saura pas, on ne saura pas. Mais moi je ne serais pas du tout surpris de voir que ça tourne autour des 10 % de la population - AD. *Mmmhmm, c'est beaucoup* - TB. Oui, ce serait 2 enfants, ou plus, dans chaque classe scolaire du Canton de Vaud ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« On a posé la question [augmentation des cas déclarés], quand on a invité le Dr Messerschmitt euh de Paris, un bon nom français, c'est le plus grand spécialiste français dans ce domaine (...) et il a répondu que selon lui, euh ça n'a pas augmenté, mais que, en psychiatre pour enfant, son souci c'est que chaque décennie, on augmente les exigences pour les enfants à des âges de plus en plus bas (...) Mais avec ces exigences de plus en plus intense, ça veut dire que ces enfants qui sortent de la norme et qui n'apprennent pas de la même manière sont laissés de côté, et qui sont / et ils sont de plus en plus visibles. L'école vaudoise était beaucoup plus détendue, il y a 20 ou 30 ans. Et puis il y a / avant l'âge de ces écoles intenses, les enfants étaient avec les parents, ils étaient à la ferme, à l'atelier, puis on travaillait avec papa, maman, on pouvait bouger, euh on avait les frères et sœurs, même quand ils travaillaient toute la journée, ils n'étaient pas cloués sur un siège, normalement » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02].

« Mais j'ai lu un livre récemment d'un autre spécialiste euh à l'américaine, d'origine libanaise et pour lui euh une tendance génétique vers l'hyperactivité est quand même augmentée par les fast-food, le sucre,

coca et tous ces jeux d'écran, à cause de l'effet de l'adrénaline dans le cerveau. » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02].

Pas plus de cas et pourtant on n'a jamais autant parlé de l'hyperactivité. Depuis que les médias se sont penchés sur le phénomène il y a maintenant quelque cinq ans, des associations de parents se sont en effet constituées et informent notamment les milieux scolaires. Du coup, un enfant un tant soit peu remuant est catalogué d'hyperactif au moindre signe d'agitation. [Hebdo.6 sept.01 : 20]

[20] *Facteurs psycho-sociaux*

« c'était quand même beaucoup de pression sur lui, les devoirs et le système. Donc euh on a décidé de prendre une année là-bas (aux USA), euh il aurait pu continuer ici, mais on a pris une année là-bas pour se détendre un peu, donc il a davantage étudié l'anglais, les choses comme ça, il a préparé un peu l'année suivante ; c'était 96-97, donc il n'était pas obligé de quitter mais on l'a fait quand même juste pour qu'il ne soit pas toujours le dernier de la classe, ou l'un des derniers mais qu'il pouvait revenir / il était aussi l'un des plus jeunes, ce qui n'a pas aidé cette immaturité émotionnelle, développementale (...) donc en retournant, il était un des plus âgés de la classe, ça l'a aidé dans son intégration » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« la Ritaline avait beaucoup aidé leur fils et on est allé passé un dimanche après-midi avec ces amis, ils nous ont montré les cahiers avant et après, on a pu écouter leur fils » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« ce serait 10 %, si tout le monde était diagnostiqué et le groupement de la population qui est le plus sous-diagnostiqué, ce sont ces filles, qui ne sont pas hyperactives, mais qui ont le déficit d'attention, parce qu'elles sont invisibles, elles ne dérangent pas, elles ne bougent pas, donc parce qu'elles ne posent pas problèmes, c'est très facile de les caser, soit dans la famille, soit à l'école et puis de les oublier. Donc euh je crois que ... quand nous serons assez sensibles à ces filles, surtout pour pouvoir les diagnostiquer et les traiter, on ne saura pas, on ne saura pas ». [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02]

« il y a une école spécialisée au Canada, dont on a entendu parler, où aucun des enfants n'a besoin de la Ritaline. C'est une école résidentielle, ils commencent chaque jour avec 3 heures de sport. Et euh la dopamine, avec le sport euh physique, très actif, a à peu près le même effet que la Ritaline. C'est très semblable. Les enseignants sont / sont au courant, bien sûr, spécialisés dans ce domaine aussi, les classes sont petites, les enfants ont le droit de bouger dans la classe, ils ont chacun une balle, ils peuvent bouger avec la main, ils peuvent se lever quand ils veulent, sans déranger les autres bien sûr, mais il y a beaucoup plus de tolérance de l'enseignant. Et puis chaque fin de l'après-midi, ils ont encore 2 heures de sport, donc pas besoin de médicaments. (Soupire) Hélas, on n'a pas encore ce genre d'école ici bientôt ». [Entretien T.Bloomer, président de l'ASPEDAH]

« euh ça n'a pas augmenté, mais que, en psychiatre pour enfant, son souci c'est que chaque décennie, on augmente les exigences pour les enfants à des âges de plus en plus bas (...) Mais avec ces exigences de plus en plus intenses, ça veut dire que ces enfants qui sortent de la norme et qui n'apprennent pas de la même manière sont laissés de côté, et qui sont / et ils sont de plus en plus visibles. L'école vaudoise était beaucoup plus détendue, il y a 20 ou 30 ans. Et puis il y a / avant l'âge de ces écoles intenses, les enfants étaient avec les parents, ils étaient à la ferme, à l'atelier, puis on travaillait avec papa, maman, on pouvait bouger, euh on avait les frères et sœurs, même quand ils travaillaient toute la journée, ils n'étaient pas cloués sur un siège, normalement » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02].

« Et l'hyperactivité aussi / enfin ce genre d'approches de la réalité est très positive, par exemple chez les bergers, et puis la plupart des cultures de la planète étant pastorales, jusqu'à récemment, ce ne serait pas un problème si un enfant était hyperactif, parce que pour un berger, il faut qu'il capte tout en même temps. S'il focalise sur une chose, ce qu'il faut faire à l'école pour réussir, alors il va perdre la moitié de son troupeau avant de le réaliser. Donc c'était un don qui / et un chasseur c'est la même chose / c'était un don qui n'était pas si négatif à l'époque. » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02].

« Mais j'ai lu un livre récemment d'un autre spécialiste euh à l'américaine, d'origine libanaise et pour lui euh une tendance génétique vers l'hyperactivité est quand même augmentée par les fast-food, le sucre, coca et tous ces jeux d'écran, à cause de l'effet de l'adrénaline dans le cerveau. Donc c'est pas ... c'est pas ces choses qui provoquent l'hyperactivité et on ne peut pas traiter l'hyperactivité seulement comme ça, comme on nous le dit souvent, mais ce sont des choses qui vont augmenter le.... la sévérité de l'hyperactivité chez les enfants. Et pour beaucoup de familles de notre association, c'est leur expérience. L'enfant ne peut pas avoir de caféine, de sucrerie, il devient trop excité par les jeux vidéo, par exemple, donc on doit vraiment veiller dans ces domaines là. Donc je crois que l'on peut dire que le stress aussi ambiant de la culture euh ont un effet négatif pour ces enfants. Bien sûr, quand on vit des échecs à l'école tous les jours, on va avoir des problèmes et ces problèmes vont aller de mal en pire et on va avoir des

problèmes psychologiques, par hasard (*ironique ? genre comme par hasard ?*). Et il y a / j'aimerais dire : il y a des approches psychologiques qui peuvent vraiment aider. Notre section de Neuchâtel a entrepris une approche comportementaliste pour essayer d'aider les enfants à gérer leur comportement et c'était quasi / quasi inconnu en Suisse, bien que pratiqué longtemps dans d'autres pays et puis ça aide beaucoup. Et il y a plusieurs des familles d'ailleurs, qui s'intéressent beaucoup à prendre cette approche-là. Et puis les thérapies de familles peuvent beaucoup aider aussi. Ce qui est dommage, c'est qu'il n'y a déjà pas assez de psychiatres en / surtout dans ce Canton et en général il faut des mois pour des rendez-vous et il y en a peu qui se sont spécialisé dans ce domaine. C'est l'approche de l'individu, sans maman, enfin tout ça... » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02].

« je crois que notre grand problème avec notre formation, dans tous les domaines, mais surtout médical jusqu'ici, ça a été de catégoriser, de départementaliser chaque chose, n'est-ce pas... on a ce problème, on va réparer cet organe là, on va changer ce truc-là, mais tout est relié, mais on n'est pas formé comme ça. On le sait maintenant, bien sûr, on peut pas traiter quelqu'un seulement au médicament, il y a la famille, il y a son intérieur, il y a son âme, il y a tout ça, on n'est pas formé / la société n'est pas structurée de traiter comme ça. Alors je dirais que ça, c'est le grand défi / ce serait le grand défi pédagogique, ces prochaines années, de voir comment on pourrait remanier toute la formation et préparation des spécialistes pour qu'ils voient vraiment la personne entière (...) il y a un ou deux centres aux USA, où ils font la recherche sur l'hyperactivité et tout ces spécialistes sont regroupés dans/sur un campus (...) alors ce serait aussi une expérience qu'on pourrait avoir pour ici. Justement, l'enfant et les parents peuvent consulter tout le monde, en un ou deux jours on voit tout le monde et tout le monde est au courant, tout le monde collabore et c'est tout à fait différent » [Entretien T.Bloomer, président Aspedah, 27.05.02].

- un environnement familial et social compréhensif, positif et optimiste ; - un appui éducatif en collaboration avec le corps médical et enseignant ; - un traitement approprié des troubles associés : psychomotricité, logopédie, physiothérapies... ; - un traitement médicamenteux approprié et/ou diverses thérapies alternatives (régime alimentaire, homéopathie, médecines naturelles, etc...). [Aspedah.28.04 : 51 - 53]

Cette dernière remarque (Efficacité Ritaline) trouve un écho favorable auprès d'Hypsos. Mais la divergence demeure. Pourquoi? Parce que du côté d'Astural, on estime que la Ritaline sert parfois de paravent à des situations familiales difficiles. "Mon inquiétude, explique Marco Joly, éducateur à Arc-en-ciel, c'est de voir que lorsqu'on est face à un problème, on prescrit des médicaments sans chercher à résoudre la question de fond." [Courrier GE. 2 déc.98 : 38]

Une analyse que rejoint Germaine Aellen, une psychologue qui est membre d'Hypsos. Selon elle, il y a effectivement le risque que "dès qu'un enfant bouge un peu trop, on le mette sous Ritaline, sans s'occuper du reste." Si elle revendique l'origine biologique de l'hyperactivité, elle met en garde les membres de son association pour qu'ils ne négligent pas l'approche psychologique. [Courrier GE. 2 déc.98 : 39]

" Je terminerai en utilisant la même citation qu'utilise l'association Hypsos sur sa page web (...) " Aucune société civilisée ne peut se permettre de faire preuve d'indifférence et de négligence envers la jeunesse d'aujourd'hui : si elle le fait, elle le paiera cher demain en charges financières et en dégradation sociale " (Th. Roosevelt)". [Courrier GE. 31 janv.00 : 32]

[21] *Liens Hypsos – Aspedah*

L'Association HYPPOS, créée à GENEVE il y a quelques mois, poursuit les mêmes buts que notre propre Association (Aspedah).

Son intervention très énergique, remarquable et remarquée, grâce aux échos repris par divers médias de la région, a largement contribué à faire mieux connaître les problèmes du THADA.

HYPPOS et ASPEDAH collaborent déjà ensemble, en organisant conjointement les réunions mensuelles du Groupe de Soutien de GENEVE.

Et bien sûr, beaucoup d'entre vous ont déjà pu apprécier l'excellent SITE INTERNET créé par André CARLSSON, président d'HYPPOS. Nous invitons chacun à consulter cet outil très riche d'informations et de bons conseils : www.hypsos.ch

La collaboration entre HYPPOS et ASPEDAH devrait encore se renforcer dans les prochains mois. [Asped. Bull.4 mai 99 : 87 - 99]

C'est ainsi que, sur GENEVE, nous avons, conjointement avec l'Association HYPPOS, participé en janvier dernier à une réunion avec la Directrice du D.I .P. et le Responsable du S.M.P., à l'issue de laquelle un groupe de travail a été mis sur pied entre ces Organismes et une délégation de parents menée par HYPPOS, pour travailler de façon constructive sur les questions qui achoppent actuellement. [Asped. Bull.4 mai 99 : 45]

André Carlsson laisse exploser sa colère. Avec son épouse, il vient de fonder l'association Hypsos-Hyperactivité SOS. Depuis près d'un an, il participe à des rencontres au cours desquelles une septantaine

de parents d'enfants hyperactifs échantent leurs expériences et partagent leurs souffrances. [Tribune GE. 10 nov.98 : 13]

Le 18 mars, le comité d'Hypsos et le comité de l'Aspedah se sont rencontrés. Ambiance cordiale et échanges constructifs en vue d'une collaboration étroite entre nos associations. [News.Hypsos.21.10.00 : 146]

Madame E. AROD anime depuis peu l'antenne suisse de l'association française "HYPERACTIF un enfant comme les autres". L'approche de cette association est axée principalement sur l'homéopathie et les changements alimentaires. Adresse : case postale 105 1247 Anières, tél. et fax 022/751.20.36. [News.Hypsos.21.10.00 : 144]

[22] *Statut et Rôle de l'Association dans la polémique. Echo médiatique.*

D'un côté la souffrance des familles qui cherchent à faire connaître leur détresse, leur difficulté à se faire entendre, à se faire prendre en considération, bref à se faire respecter bien souvent. Et de l'autre côté les médias (journaux, radio, télévision de Suisse et de France) qui veulent également en savoir plus sur cette hyperactivité qui intrigue, qui inquiète, qui alimente aussi des polémiques. Nous ne voulons pas baisser les bras, c'est pourquoi plusieurs familles du comité et de l'association ont été d'accord de se présenter face aux médias pour parler le plus naturellement et le plus ouvertement possible de leur vécu. [Asped.Bull.6.juin 00 : 22]

Ce faisceau d'énergies et de motivations a permis à l'ASPEDAH de se faire porte-parole dans le grand public mais aussi auprès des pédagogues, des médecins, des thérapeutes, des milieux sociaux et politiques. Tous ont été interpellés d'une manière ou d'une autre, et les résultats sont fructueux et encourageants à plus d'un titre, preuve en est ce présent Bulletin fourmillant de bonnes nouvelles! Bravo pour ces pas en avant, qu'ils puissent nous rassurer et nous encourager dans nos circonstances et nos objectifs communs! Thomas Bloomer, Président. [Asped.Bull.5. Nov.99 : 32 - 34]

- Pourquoi certains pédiatres restent-ils encore laconiques ou peu collaborants, voire même jugés incompetents par les parents, quand ces derniers évoquent de longues années de questionnements et de problèmes avec leur enfant...

- Que faire et comment s'y prendre pour qu'un enfant réintègre l'école publique le plus harmonieusement possible, après avoir été placé en internat ?

- Que fait l'Ecole Normale pour les futurs enseignants primaires, afin qu'ils soient formés et / ou informés en matière de dyslexie, surdoudance, hyperactivité ou déficit d'attention ?

- Quelle collaboration peut-on envisager entre médecins et éducateurs ?

- Pourquoi les programmes scolaires ne sont-ils pas étudiés pour que chaque enfant puisse avancer à son rythme ?

Autant de questions qui n'ont bien entendu pas trouver de réponses exhaustives dans l'immédiat, mais qui ont poussé chacun à repartir avec des sujet de réflexion, de travail. Comme l'a judicieusement relevé un fidèle participant aux rencontres du groupe de soutien, qui est à la fois enseignant et parent d'un enfant hyperactif et dyslexique, celui-ci recommande vivement aux enseignants, aux médecins et aux parents de communiquer davantage entre eux, afin de trouver ensemble des "solutions " ...

Une conférence animée et qui a permis à de nombreux participants de s'informer, de se documenter, de nouer des contacts et de se sentir encouragés. [Asped.Bull.6.juin 00 : 73- 86]

Elle (l'association) collabore avec les services médicaux et scolaires dans plusieurs cantons romands. [Aspedah.28.04 : 20]

Les buts visés par l'ASPEDAH sont les suivants :

- soutenir les parents par l'échange d'expériences vécues, une écoute et une compréhension de leur problème. Les encourager à défendre les droits et les intérêts des enfants souffrant du TDAH.

- Informer le public, les autorités et institutions, afin de favoriser un diagnostic plus précoce du syndrome.

- Promouvoir la reconnaissance du syndrome, l'intégration sociale, scolaire et professionnelle de ceux qui en souffrent, notamment par une adaptation appropriée des méthodes d'enseignement, de l'orientation professionnelle, etc...

- Cultiver les liens avec le corps médical et la recherche médico-pharmaceutique afin de diffuser des informations fiables sur les progrès thérapeutiques. [Aspedah.28.04 : 21 - 24]

Des groupes régionaux ont été mis sur pied. Ils sont prêts à vous accueillir, à répondre à vos questions, à vous apporter près de chez vous un appui, que vous soyez vous-même parents d'un enfant atteint du syndrome ou confronté(e) de toute autre manière avec ce problème. Vous trouverez les coordonnées des groupes régionaux ainsi que leurs activités respectives dans la rubrique Régions de ce site. [Aspedah.28.04 : 26]

Si vous être confrontés à un ou des enfant(s) présentant ce trouble, que ce soit comme parent ou responsable éducation à tout autre titre, contactez-nous, nous pouvons vous aider. [Aspedah.28.04 : 41]

Mon enfant est-il hyperactif ou juste très éveillé? Est-ce moral de doper un môme de cinq ans? N'y a-t-il pas d'autres solutions? Ces questions, l'ASPEDAH (Association suisse romande de parents d'enfants avec déficit d'attention et/ou hyperactivité) y répond depuis le jour de sa création, fin 1997.

Son but (Aspedah) ? Offrir soutien et information aux parents concernés. [Fémina.25.04.99 : 30-31]

Reste que les groupes de soutien que compte l'ASPEDAH dans tous les cantons romands poursuivent le même objectif, que les parents aient choisi ou non la médication. Lever le voile sur un trouble mal connu. Conseiller consultations et thérapies auprès de spécialistes. Parler de l'efficacité de certains régimes alimentaires - sans phosphates, colorants ou additifs. Un besoin, à en croire les chiffres: après un an et demi d'existence, l'Association compte déjà plus de deux cents membres. [Fémina.25.04.99 : 65]

sites à consulter: www.lausanne-famille.ch <http://web.wanadoo.be/scarlett> un joli site familial avec forum qui mérite le détour ! A toutes personnes possédant d'anciens dépliants de présentation de l'ASPEDAH (bleus) nous vous prions de ne plus en tenir compte ni de les distribuer. Les Numéros de téléphone des contacts sont périmés. Merci d'avance ! De nouveaux dépliants sont à demander au Secrétariat. [Asped.Bull.7.déc.00 : 33 - 37]

Il existe de nombreux sites expliquant vraiment en quoi ces troubles consistent exactement, à quel moment il faut faire intervenir le corps médical, quels sont les avantages et les dangers d'une prise de médicaments, comment se présentent-ils, ou encore de nombreux témoignages (souvent très positifs) de parents qui ne savaient plus quoi faire pour rendre leur enfant sociable et "supportable". [Site Loraine : 19]

Pour une première consultation , je vous propose d'aller visiter un site clair, qui donne déjà bien des informations utiles à nous tous, enseignants et parents. Je pense encore étoffer cette page avec d'autres liens sur l' hyper-activité et d'autres troubles physiologiques et psychologiques. [Site Loraine : 21 - 22]

" Notre site est en développement perpétuel, vous pouvez participer à sa construction en nous faisant part de vos remarques afin que nous puissions mieux répondre à vos attentes, ceci par par e-mail, courrier ou sur notre forum de discussion." [Association Hypsos : 13]

" Notre association désire par le biais de ce site mettre à la disposition de toute personnes intéressée par la problématique du TDAH, 24h./24h. et toute l'année, de l'information de qualité. Ce site pourra aussi vous servir de "portail" grâce aux nombreux liens établis." [Association Hypsos : 15]

" Suite aux récents articles de presse, nous avons reçu de nombreux témoignages de sympathie, de soutien, et malheureusement aussi de nombreuses histoires d'enfants " maltraités "." [Association Hypsos : 23]

Vraiment? Helke Harod, une des fondatrices d'Hypsos, affirme avoir reçu déjà plus de 1000 appels en moins d'un an. Forte de ce soutien, l'association compte bien aller au bout de sa démarche. Dès demain, le site Internet d'Hypsos (www.hypsos.ch) sera opérationnel. [Courrier GE. 16 nov.98 : 66 - 66]

Nous savons de par notre expérience personnelle qu'il est difficile de vivre avec un enfant hyperactif tant au niveau familial qu'au niveau de l'entourage. Parents, amis, voisins faisant souvent preuve d'incompréhension et d'intolérance, les familles se retrouvent seules et démunies pour affronter leurs problèmes. [Hyper.enf.com.autres : 10]

L'Association se propose de : Répondre aux questions que les familles se posent, de les aider et les soutenir dans ces épreuves.

Pour ce faire, elle envisage, avec l'intervention de professionnels de la santé, la création de groupes d'entraide ayant pour objectifs :

- Rompre l'isolement des familles
- Un rôle d'information : qu'est-ce que l'hyperactivité ? Ses manifestations, ses conséquences dans la vie de l'enfant et de la famille
- Echanger des réflexions personnelles
- Réinstaurer une vision positive de l'enfant auprès de ses parents
- Rechercher des solutions aux problèmes exposés [Hyper.enf.com.autres : 12 - 18]

Aider financièrement les familles.

Les centres sont peu nombreux en France et souvent éloignés du domicile des familles concernées. Les frais de transport et d'hébergement pour les visites n'étant pas entièrement pris en charge, l'association se

propose, après étude du dossier, d'aider financièrement les familles en difficulté. [Hyper.enf.com.autres : 21]

Fournir les renseignements administratifs nécessaires au changement d'établissement scolaire d'un enfant.

- Droits des parents
- Démarches à entreprendre
- Lois préfectorales
- Sensibilisation aux problèmes de l'hyperactivité
- Création et diffusion de livres, cassettes et autres en collaboration avec des médecins.

Différents sujets traités dont :

- l'hyperactivité (définition)
- comment réagir face à un enfant hyperactif
- sensibilisation aux problèmes de l'hyperactivité chez un enfant pour les parents, les organismes sociaux, médicaux et paramédicaux, les établissements scolaires et parascolaires.
- présentation de l'association et l'aide qu'elle propose aux familles

Faire une campagne d'information sur l'hyperactivité chez l'enfant auprès des professionnels de la petite enfance (pédopsychiatres, médecins traitants, pédiatres etc... et plus particulièrement au sein des crèches, écoles maternelles et primaires, voire les centres de loisirs) pour permettre un dépistage et une prise en charge précoce de tous ces enfants en difficulté. [Hyper.enf.com.autres : 23-38]

Interventions : Auprès des organismes s'occupant de l'enfant scolarisé afin de l'aider en cas de difficultés (enfant qui, jusqu'alors, n'aurait pas été pris en charge et serait peut-être hyperactif)=> permettre à l'enfant de suivre une scolarité normale

Favoriser et aider financièrement la création de centres spécialisés pour les enfants hyperactifs (dépistage, bilan, traitements, thérapie, scolarisation, etc...). [Hyper.enf.com.autres : 43 - 45]

Nous vous souhaitons la bienvenue sur le premier site Internet français destiné à une meilleure information sur cette maladie. [Hyper.enf.com.autres : 56]

Nous ne sommes pas des professionnels de la communication, nous sommes des parents d'enfants atteints d'hyperactivité, aussi, vous nous pardonnerez "la simplicité" des informations données sur ce site et pensons qu'il est utile d'aller à l'essentiel afin de vous faire connaître "l'hyperactivité" et que, de vous même, vous puissiez prendre la décision de nous contacter pour obtenir une aide. Toutefois, nous ne souhaitons en aucun cas vous puissiez penser que nous souhaitons substituer aux professionnels de la médecine, seuls prescripteurs d'un traitement approprié. Bonne lecture ! nous restons à votre disposition. [Hyper.enf.com.autres : 57-58]

Comme vous devez vous en douter, nos besoins sont nombreux et votre aide nous serait précieuse. Informations : Nous recherchons tout document traitant de l'hyperactivité afin de mener à bien nos projets. [Hyper.enf.com.autres : 60-61]

Deux familles fribourgeoises étaient présentes également sur le plateau de l'émission "C'est la vie" TSR1 du vendredi 3 décembre dernier. Moments d'émotion pour ces membres de l'ASPEDAH de Fribourg (d'autres cantons représentés également) qui ont partagé avec une grande simplicité le "parcours du combattant" où bien des familles et des enfants ont pu se reconnaître et s'associer à toute cette souffrance, parfois sourde et mal perçue par l'entourage familial, social, médical et/ou scolaire. [Asped.Bull.5. Nov.99 : 105]

Publicité Association

Et bien sûr, beaucoup d'entre vous ont déjà pu apprécier l'excellent SITE INTERNET créé par André CARLSSON, président d'HYPPOS. Nous invitons chacun à consulter cet outil très riche d'informations et de bons conseils : www.hypsos. Ch. [Asped. Bull.4 mai 99 : 95-97]

... mais je désire souligner que l'Association est en plein essor et que toute intervention dans les médias ou dans le public suscite chaque fois un regain d'intérêt, ce qui signifie qu'il y a de grands besoins dans les familles et les milieux concernés. [Asped.Bull.5. Nov.99 : 42]

A noter encore que nous devons à la plume de Laure Robert un article présentant l'ASPEDAH dans L'Educateur N0 10/99, organe officiel du Syndicat des Enseignants Romands. [Asped.Bull.5. Nov.99 : 89]

Une note d'espoir a également été apportée par le biais d'un stand lors de la manifestation organisée en faveur du Téléthon 99 à Cousset le 4 décembre. [Asped.Bull.5. Nov.99 : 109]

Les portes continuent donc de s'ouvrir, la pression est parfois grande, et nos moyens pratiques parfois limités. Mais saisissons cette vague d'intérêt pour continuer de toucher, chacun à son échelle, un maximum de personnes. Le travail

de suite est loin d'être terminé, courage à chacun et à chacune, à la place que vous occupez avec conviction au sein de l'Association. Thomas Bloomer, Président. [Asped.Bull.6.juin 00 : 28-29]

Nous voici déjà au terme du premier semestre de l'an 2000 ! Pas le temps de baisser les bras, en même temps que l'Association se fait connaître à travers les activités régionales ou à l'échelon romand, elle doit répondre devant les médias de ses buts, ses objectifs, ses raisons d'être. [Asped.Bull.6.juin 00 : 19]

D'autre part Laure et Daniel Robert ont été sollicités par une équipe du Téléjournal de la TSR , qui tenait à présenter dans un petit reportage l'hyperactivité et ses implications familiales, psychologiques et médicales. A cette occasion une psychiatre ainsi qu'un neuropédiatre ont également abordé les aspects médicaux et diagnostiques. Il est vrai que l'hyperactivité, on en parle beaucoup ces temps-ci dans les médias, raison pour laquelle la TV a voulu se rendre "sur le terrain" pour faire un bref tour d'horizon et chercher à comprendre le pourquoi de la prescription de la Ritaline ... [Asped.Bull.6.juin 00 : 127]

Une nombreuse documentation sur le Thada, ainsi qu'une bibliographie sont disponibles, sur commande. Il suffit d'en faire la demande à l'adresse suivante: Aspedah Secrétariat. Cité Ouest 32. CH-1196 GLAND [Asped.Bull.3.nov.98 : 24-26]

[23] *Emission de préceptes éducatifs*

Groupes de parents. Les rencontres de parents doivent couvrir deux facettes. D'abord, elles doivent fournir de l'information sur ce qu'est l'hyperactivité puis elles doivent aider les parents à savoir comment être attentifs aux comportements positifs de leur enfant, leur apprendre de nouvelles stratégies et permettre aux parents de parler, d'échanger entre eux de ce qu'ils vivent au quotidien. [Elaine.Site : 325]

" Elke n'est pas sectaire, quant aux diverses méthodes. " Mon but est de faire connaître toutes les thérapies ", dit-elle. Aux parents qui le lui demandent, elle envoie une brochure avec des témoignages, des informations pratiques, des recettes également". [GHI.27 avr.00 : 52]

" Denise Tissot, psychologue, sophrologue (...) a rejoint l'association et s'occupe en particulier de ce genre d'enfants ", qu'elle connaît bien. [GHI.27 avr.00 : 57]

Protégez votre enfant du rejet autant que possible, et baignez-le dans l'acceptation, surtout l'acceptation divine. Créez des possibilités de réussite (sport, dessin, ordinateur) et essayez d'éviter les situations où la possibilité d'échec est très grande. Et par-dessus tout : Priez pour davantage de grâce, de patience, d'amour et d'espérance, pour l'enfant, pour vous-même et pour votre entourage. [Concepts femme (aspedah) : 80 - 81]

[24] *Financement*

SUBVENTION OFAS

Notre demande de subvention auprès de l'OFAS, dont nous nous entretenons dans notre bulletin n° 3, a été acceptée et notre poste de Secrétaire est donc aujourd'hui pris en charge à 80 %. [Asped. Bull.4 mai 99 : 37 - 39]

L'octroi de tout subside (de la part de l'OFAS) ne peut se faire qu'à travers le biais d'organisations faitières, ce qui dans notre cas est un avantage car nous travaillons avec une organisation forte de plus de 2000 membres en Suisse, et bien connue outre-Sarine et à Berne. L'aide de l'OFAS est aujourd'hui indispensable pour assumer un tel service de secrétariat, administratif et de conseils, tâche qui ne saurait plus être supportée par des membres de comité bénévoles. [Asped.Bull.5. Nov.99 : 53]

Etant donné que les versements de l'OFAS se font 12 mois après la clôture de l'exercice, cela implique une avance de fonds pour faire face. Nous avons donc sollicité une ligne de crédit de Fr. 20'000.- auprès de la Banque Cantonale Vaudoise, ce qui a permis de subvenir aux charges en cours tout en gardant un budget bénéficiaire. Nous saluons la BCV qui nous ont témoigné de sa confiance et qui soutient par ce geste la cause que nous poursuivons. [Asped.Bull.5. Nov.99 : 55]

Dans ces lignes nous profitons également de remercier chaleureusement les membres qui contribuent par leurs dons et leurs cotisations à soutenir nos objectifs, et à maintenir une infrastructure administrative légère mais combien indispensable. [Asped.Bull.5. Nov.99 : 57 Daniel Robert, Vice-Président.]

Nous devons également à Sylvie la réalisation d'un excellent dossier de présentation de l'ASPEDAH, support à la recherche de fonds auprès d'institutions diverses, telles que la Loterie Romande, Clubs d'entraide, Institutions de bienfaisance, ainsi que des appels dans les médias. Suite à ces démarches nous

pouvons compter sur un don de Fr. 2'500.- de la Loterie Romande ainsi que sur l'octroi de matériel informatique pour le Secrétariat, offert gracieusement par l'UEFA (Nyon) et les Fabriques de Tabac Réunies (Neuchâtel)! Il vaut parfois la peine de compter sur des émissions telles que "Chacun pour Tous" sur la RSR1 sous l'égide de Jean-Marc Richard, et nous en sommes vraiment reconnaissants! [Asped.Bull.5. Nov.99 : 121]

En cette fin d'année 2000 l'ASPEDAH remercie chaleureusement

- la Loterie Romande pour son don de Fr. 2'500.- qui a servi à financer l'impression des nouveaux dépliants de présentation
- adquat communication
- La Chaux-de-Fonds pour le graphisme
- Le Rotary Club qui a permis de financer pour Fr. 1'500.- de frais d'impression chez Monney et Schaub Imprimerie a la chaux-de-fonds. [Asped.Bull.7.déc.00 : 39-43]

Hypsos. Statuts. [Association Hypsos : 45 - 60].

" Article premier : Dénomination, siège

1. Hyperactivité : SOS (Genève), ci-après : la société, est une association organisée corporativement, jouissant de la personnalité civile et soumise aux art. 60 et suivants du Code civil suisse ainsi qu'aux présents statuts.
2. Son siège est à Genève. "

« Article deuxième : Buts

1. La société a pour but, par tous les moyens à sa disposition, de faire reconnaître le syndrome d'hyperactivité avec ou sans déficit d'attention (THADA), d'informer, de soutenir et de venir en aide à toute personne touchée par ce trouble.
2. A cet effet, elle (l'association) peut intervenir auprès des pouvoirs publics, des instances scolaires et médicales, des autorités ou organismes concernés, notamment à Genève. " [Association Hypsos : 45 - 47]

" Article troisième : Affiliation

1. La société peut s'affilier à toute fédération ou association poursuivant les mêmes buts.
2. Elle soutient et favorise la création d'associations poursuivant des buts analogues, y compris sous le même nom, dans d'autres cantons et/ou pays.
3. Elle peut adhérer à des organismes poursuivant les buts définis à l'art. 2, sur décision du comité. " [Association Hypsos : 48]

" Article quatrième : Ressources

Les ressources de la société sont constituées par les cotisations des membres, les subventions, le partenariat, les dons, les legs, la commercialisation d'articles ou le produit des manifestations qu'elle organise en vue d'atteindre son but statutaire. " [Association Hypsos : 49]

Lu dans la revue "Sport et Vie" (juin 99, no. 54) un article sur les enfants hyperactifs du Dr. P. LAURE, qu'il connaisse mal son sujet passe encore mais cela devient pitoyable quand il prétend que les associations de parents (lire hypsos) "agissent sous la coupe des laboratoires pharmaceutiques" [News.Hypsos.21.10.00 : 227]

" Article cinquième : Membres

La société se compose de deux catégories de membres :

- a. les membres actifs, personnes morales ou physiques adhérant aux but de l'association;
- b. les membres sympathisants, personnes physiques ou morales soutenant financièrement la société, mais sans droit de vote. "

" Article sixième : Cotisations

1. Les membres paient une cotisation annuelle.
2. En cas de difficultés financières, un membre peut en être dispensé par décision du comité. "

" Article septième : Admission

1. Les demandes d'admission doivent être adressées au comité, par écrit ou "en ligne" sur le site Internet de la société et sont considérées comme une adhésion formelle aux présents statuts.
2. Tout acquittement de cotisation sans demande préalable est assimilé à une demande d'admission. "

" Article huitième : Perte de la qualité de membre

La qualité de membre se perd par le décès, la démission ou l'exclusion. "

" Article neuvième : Démission

1. Un membre peut en tout temps donner sa démission; celle-ci doit être adressée par écrit au comité. Elle ne peut être acceptée que si le démissionnaire s'est acquitté de ses obligations vis-à-vis de la société.
2. En cas de démission en cours d'exercice, la cotisation reste acquise à la société.
3. Le non-paiement de la cotisation annuelle avant le 31 décembre est assimilé à une démission. "

" Article dixième : Exclusion

1. L'exclusion d'un membre peut être prononcée par le comité en cas d'infraction grave aux statuts et règlements de la société.
2. Tout membre faisant l'objet d'une mesure d'exclusion peut recourir contre la décision du comité auprès de l'assemblée générale ordinaire, s'il observe les formes de la proposition individuelle.
3. Le recours n'a pas d'effet suspensif. "

" Article onzième : Organes

Les organes de la société sont l'assemblée générale et le comité. "

" Article douzième : Assemblée générale

1. L'assemblée générale se compose des membres actifs et des membres passifs, ces derniers n'ayant qu'un rôle consultatif.
2. Toute assemblée à laquelle chaque membre a été convoqué individuellement avec ordre du jour est une assemblée générale.
3. L'assemblée générale peut valablement délibérer, quel que soit le nombre des membres présents, à moins que les présents statuts en disposent autrement.
4. L'assemblée générale a, en particulier, les compétences suivantes :
 - a. élire pour la durée d'un exercice le président, les membres du comité et les membres des commissions;
 - b. donner décharge au comité et aux commissions de leur gestion pour l'exercice écoulé;
 - c. fixer le montant des cotisations pour l'exercice suivant;
 - d. statuer sur les recours formés contre les décisions d'exclusion prises par le comité;
 - e. prononcer les modifications des statuts et la dissolution de la société. "

" Article treizième : Proposition individuelle

1. Aucune proposition faite en assemblée générale par un membre ne peut faire l'objet d'un vote, si le comité n'en a pas été saisi au moins dix jours avant la date de l'assemblée.
2. Le comité formule un préavis. "

" Article quatorzième : Convocation

1. L'assemblée générale ordinaire a lieu dans les trois mois qui suivent la fin de l'exercice.
2. Une assemblée extraordinaire peut être convoquée en tout temps sur proposition du comité ou lorsque le dixième des membres ayant droit de vote le demande.
3. Aucune assemblée générale ne peut être convoquée sans ordre du jour. "

" Article quinzième : Comité

1. Le comité se compose du président et de quatre membres au moins, qui se répartissent les fonctions entre eux.
2. Les cumuls de plusieurs fonctions ne sont pas admis.
3. Le nombre des membres du comité peut être augmenté ou diminué à concurrence du minimum statutaire, selon les besoins ou la nécessité. "

" Article seizième : Compétences

1. Le comité est particulièrement chargé :
 - a. d'entreprendre toute action utile à l'accomplissement du but social en conformité des statuts;
 - b. d'exécuter les décisions de l'assemblée générale et veiller à leur respect;
 - c. de diriger les affaires courantes;
 - d. de convoquer et préparer les assemblées générales;
 - e. de préparer et présenter à l'assemblée générale ordinaire les rapports relatifs à l'exercice écoulé et le bilan;
 - f. de représenter la société auprès des tiers; "

" Article dix-septième : Commissions

1. Les commissions sont créées selon les besoins; elles sont permanentes ou temporaires.
2. Leur président est obligatoirement un membre du comité.
3. Le vérificateur des comptes est une commission permanente, prise hors du comité et composée d'un membre. "

" Article dix-huitième : Trésorerie

Le trésorier doit pouvoir donner en tout temps la situation financière de la société, si le comité ou le vérificateur des comptes le demandent. "

" Article dix-neuvième : Signature

La société est valablement engagée par la signature individuelle du président, du vice-président, du trésorier ou du secrétaire. "

" Article vingtième : Responsabilité

Aucun membre ne peut être rendu personnellement responsable des engagements de la société; ceux-ci sont exclusivement garantis par l'actif social. "

" Article vingt et unième : Exercice social

1. L'exercice commence le 1er janvier et prend fin le 31 décembre.

2. Exceptionnellement, le premier exercice se déroulera du 20 octobre 1998 au 31 décembre 1999. "
[Association Hypsos :57]

" Article vingt-deuxième : Modifications des statuts

1. Les présents statuts peuvent être modifiés par l'assemblée générale, à la majorité des deux tiers des membres présents ayant droit de vote.

2. Le droit d'amendement est assimilé à une proposition individuelle; il appartient à tout membre et au comité. "

" Article vingt-troisième : Dissolution

1. La dissolution de la société ne pourra être prononcée qu'à la majorité des trois quarts des membres ayant droit de vote, présents à une assemblée générale valablement convoquée et réunissant au minimum la moitié des membres.

2. Au cas où cette assemblée n'atteindrait pas le quorum, une nouvelle assemblée sera convoquée dans les trente jours; elle statuera valablement à la majorité des membres présents. "

" Article vingt-quatrième : Affectation de l'avoir social

En cas de dissolution de la société, son avoir social sera tenu à la disposition d'une société qui poursuivrait des buts analogues à ceux de la société dissoute. "

" Article vingt-cinquième : Disposition finale

Les présents statuts sont adoptés à Genève par une assemblée constitutive du 20 octobre 1998. "

La Secrétaire: Pascale GIGER

Le Président : André CARLSSON

Association ChADD aux USA.

Aux Etats-Unis, plusieurs associations se sont constituées depuis plus de 20 ans autour de la question du TDAH. La plus connue, le ChADD (*Children and Adults with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder*), officialisée en 1987¹ compte aujourd'hui plus de 22'000 membres et plus de 200 antennes nationales. Il s'agit d'un organisme à but non-lucratif, financé par les cotisations de ses membres, des soutiens publics et des donations privées, qui se donne comme objectif de soutenir les parents et de conseiller les professionnels confrontés à des enfants et ou des adultes AD/HD. L'industrie pharmaceutique² participe à près de 20 % au financement de l'Association³. Ses fondateurs sont des personnages de renommée dans le champ psychiatrique américain. Aujourd'hui une majorité de femmes sont à la tête du comité directeur et les membres actifs sont principalement des bénévoles, occupant par ailleurs des fonctions professionnelles respectables dans le domaine médical ou éducatifs : médecins, avocats, psychologues, pédagogues, professeurs universitaires. Bon nombre d'entre eux sont directement affectés par la question (disent avoir un ou plusieurs enfants diagnostiqués DA/HD).

"Parents, vous n'êtes pas coupables", proclament les dépliants de Chadd - Children With Attention Deficit Disorder - la plus importante des nombreuses associations d'entraide aux malades ADD qui se sont créées ces dernières années pour répondre au désarroi grandissant des familles. Fondée en 1987 par un médecin de Floride et quelques-uns de ses patients, Chadd compte aujourd'hui près de 30 000 membres, répartis en 600 groupes (baptisés "paroisses") dans toutes les villes du pays. [L'Express.27.10.94 : 50]

Concrètement le CHADD offre une information gratuite sur ce trouble et vend un « guide to life with AD/HD », il publie un Magazine bimensuel : « Attention ! » qui propose des conseils et vulgarise les informations récentes des experts. Cette association nationale, très connue outre-atlantique, organise une conférence annuelle⁴, de renommée internationale, et haut

¹ « Since 1987, CHADD has been the nation's leading advocacy organization serving children and adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD.) Under the guidance of several world-renown experts in AD/HD, CHADD works every day to improve the lives of families like yours through Collaborative leadership, Advocacy, Research, Education and Support: CHADD CARES. With over 20,000 members and more than 200 affiliates nationwide, CHADD's network spans the country allowing a greater impact on the lives of people affected by AD/HD. » [Site www.chadd.org consulté en juillet 2002]

² « Cet organisme (CHADD) à but non-lucratif aurait reçu 748 000 \$ de subventions, de la firme Novartis entre 1991 et 1994 et 448 000 \$ en 1995 ». ["Temps forts" : 17]

³ « CHADD increased its revenue base by more than \$400,000 this fiscal year, which allowed an increase in program services to our members. However, because of the turnover in advertising firms and increased legal expenses as a result of ongoing litigation, CHADD showed a deficit of \$22,218 for the 2000-2001 fiscal year. Corporate donations from pharmaceutical companies through unrestricted educational grants equaled 19.6 percent with the inclusion of the international conference for this fiscal year. » [Site www.chadd.org. Rapport annuel 2001, consulté en juillet 02]

⁴ Reduced annual conference fee: [CHADD's annual international conference](#) is the major research, practice and public information conference dedicated to issues related to AD/HD. The annual conference brings together researchers, clinicians, educators, parents and adults with AD/HD. Major goals of the conference are to disseminate the latest developments in research, diagnosis and treatment; to facilitate an ongoing exchange about issues related to AD/HD by individuals with different experiences and viewpoints; and to increase public

standing et invite – lorsque ceux-ci ne font pas déjà partie de l'association - les plus grands spécialistes (pour la plupart appartenant à l'Association de Psychiatrie Américaine), dans le but de diffuser les derniers développements de la recherche, concernant le diagnostic et les traitements, de faciliter les échanges sur les résultats obtenus et les expériences, d'améliorer la compréhension du public sur ce trouble et son impact. Son site Web est fourni, il offre des forums de discussion, présentent les dernières recherches et diffuse de manière accessible et interactive les informations spécialisées, selon les chiffres avancés par cet organisme, ce site serait consulté à raison d'un million de fois par mois. Pour quelque 31\$ par année⁵, les membres de l'association bénéficient de prix spéciaux dans les pharmacies et d'avantages sur le marché de la santé (prix des médicaments, arrangements assuranciers). Son but n'est pas de se substituer aux médecins, mais de faire connaître et reconnaître le *problème* et sa définition dans l'opinion publique, auprès des professionnels médicaux et éducatifs ; d'un point de vue légal, de le déstigmatiser (en désamorçant les jugements de valeurs), et de légitimer la nécessité d'une prise en charge psycho-médicale⁶. Cet organisme a eu un tel écho, qu'il est devenu un interlocuteur incontournable et une référence majeure pour qui s'intéresse à la question⁷. Il centralise (voire récupère) aujourd'hui bon nombre d'initiatives locales qui ont trait à la santé mentale des enfants et adolescents et possède un centre d'écoute téléphonique, qui offre du soutien et de l'information aux plus de 300 appels qu'il reçoit par mois.

Depuis 15 ans, le CHADD ne cesse de croître son exposition et sa responsabilité médiatique, avec l'aide de certains de ses membres, spécialistes en communication⁸. Cette organisation entretient des liens étroits avec le Gouvernement américain et les politiques publiques dans le domaine de la santé et de l'éducation (National Institut of Mental Health, American Academy of Pediatrics, Office of Special Education and Rehabilitative Services (OSERS), Department of Education)⁹ et cherche à intervenir au niveau juridique¹⁰. Depuis 2,

understanding of the disorder and its impact » [Site www.chadd.org consulté en juillet 2002]. En 2000, la 12^e conférence sur le AD/HD a réuni 2500 personnes qui ont participé à 130 workshops.

⁵ CHADD Member discount rate is \$30.95 per year. [Site www.chadd.org consulté en juillet 2002]

⁶ « Individuals and families dealing with AD/HD turn to CHADD, the national organization representing individuals with AD/HD, for education, advocacy and support. AD/HD is medically and legally recognized as a treatable yet potentially serious disorder, affecting up to three to five percent of all children, and approximately two to four percent of adults » [Site www.chadd.org « Missions », consulté en juillet 2002].

⁷ CHADD is a success story, inspired by the desire of countless parents to see their children with AD/HD succeed. From one parent support group in Florida, the organization grew dramatically to become the leading non-profit national organization for children and adults with AD/HD. [Site www.chadd.org « Missions », consulté en juillet 2002].

⁸ « In February 2001, Nichols organized a media blitz that resulted in 11 radio interviews with CHADD's Professional Advisory Board member (PAB) Peter Jensen, M.D., and a three-day *Today Show* series on AD/HD with PAB members Russell Barkley, Ph.D., Kathleen Nadeau, Ph.D., Jim Swanson, Ph.D., Timothy Wilens, M.D., and Andrew Adesman, M.D. » [Site www.chadd.org. Rapport annuel 2001, consulté en juillet 02]

⁹ « CHADD's priority objective is to enhance its influence on national and state public policies, legislation and regulations impacting AD/HD. Our efforts include an emphasis on the protection of rights for children and adults with AD/HD. » [Site www.chadd.org Rapport annuel 2001, consulté en juillet 02]

3 ans, cette association se félicite d'avoir contribué à faire du TDAH un problème de santé public reconnu¹¹, elle définit sa mission : « collaborative leadership ; advocacy ; research ; education and support ». Ce succès quasi unilatéral suscite toutefois depuis 2 ans, un regain d'opposition et une vague de reportages dénonciateurs. Ces contre-positions - qui lorsqu'elles ne démentent la validité l'entité diagnostic, déplorent la tendance au sur-diagnostic - obligent cet organisme à trouver encore plus de ressources pour occuper l'espace public et désamorcer ce qu'il appelle des rumeurs sensationnalistes ou de la désinformation¹². L'augmentation des membres qui n'est plus aussi flagrante ces dernières années, semble inquiéter le président, qui dans son rapport annuel promet de nouvelles initiatives dans le but d'élargir la masse critique de cet organisme.

Ces dernières années, celui-ci a fait l'objet de plainte et de procès qui selon ses dires auraient tous été classés ou démentis¹³.

Les informations que l'association diffuse :

- délimiter et faire reconnaître qu'un problème, fréquemment rencontré dans la population infantile est « cliniquement significatif » : s'appuie sur une référence aujourd'hui mondialement reconnue (presque plus que la classification de l'OMS) : le

¹⁰ The CHADD government relations department purchased and installed software to create a legislative action center on our website that would list priorities, action alerts and information on elected state and federal officers. This action center is key to quick response and location to eminent congressional changes that affect our community of people with AD/HD. [Site www.chadd.org Rapport annuel 2001, consulté en juillet 02]

¹¹ « Key developments in the scientific community raised awareness of AD/HD in 1999 and 2000. These developments included the release of the National Institute of Mental Health (NIMH) Multimodal Treatment study (MTA), the U.S. Surgeon General's first-ever report on mental health, and the American Academy of Pediatrics (AAP) Assessment Guidelines for Pediatricians. In 2000-2001, the U.S. Surgeon General released his national action agenda for children's mental health. The report is the first of its kind to specifically address the needs of children and adolescents with mental disorders. This striking report provides a significant and timely blueprint for assessing; addressing and changing the way childhood mental disorders currently are viewed and treated in this country. In addition, in January 2001, The Journal of American Medicine Association (JAMA) published groundbreaking research highlighting the financial burden of AD/HD upon families. The study confirms that the realities of AD/HD extend far beyond the recognized social, behavioral and academic outcomes to include a significantly increased use of medical care in a variety of settings.

CHADD has chosen as a priority objective to be the national clearinghouse of science- and evidence-based information about AD/HD to increase the public's understanding and awareness of the disorder. » [Site www.chadd.org Rapport annuel 2001, consulté en juillet 02]

¹² « As an organization, CHADD has taken a stand to be heard. During the last year, the resources available to CHADD to increase public awareness and establish itself as a community resource were stretched to the limit. We have had to respond to an unusually high number of sensationalized media reports suggesting that AD/HD either does not exist or is over diagnosed. CHADD secured outside pro-bono public relations support to assist with monitoring and addressing ongoing media requests. » [Site www.chadd.org Rapport annuel 2001, consulté en juillet 02]

¹³ Another significant challenge and drain on the organization was defending five class action suits brought against CHADD, The American Psychiatric Association and Novartis claiming either that AD/HD does not exist or that it is over diagnosed and alleging a conspiracy to expand AD/HD diagnostic criteria. Thankfully, as a footnote to this annual report, I am able to report that all five class action lawsuits have been dismissed or dropped. - The first complaint, filed in Texas, was dismissed by a federal district judge and not appealed. - In California, the complaint was dismissed with prejudice by a federal district judge, but plaintiffs have appealed. - Following the federal district judges' decisions in Texas and California, plaintiffs withdrew their complaints in Florida, Puerto Rico and New Jersey.

DSM-IV, dont l'auteur l'APA est également financé par les industries pharmaceutiques.

- L'idée défendue est que ce trouble touche 5% des enfants, qu'il s'agit d'un trouble chronique (« ADHD is a chronique condition ») car plus des 2/3 des enfants présentent encore des symptômes à l'âge adulte, qu'il est nécessaire d'intervenir en cas d'échec scolaire, car ces enfants développent une pauvre estime de soi, et une faible adaptation sociale, que la médication fait partie du traitement multimodal et qu'elle concerne aussi les adolescents et les adultes, que la Ritaline est un médicament sûr, mais pas unique (les antidépresseurs peuvent également servir, et d'autres psychostimulants récemment mis sur le marché, proches du *méthylphénidate* comme le Metadate ER ou CD, Methylin, Concerta, Adderall, Dexedrine, Dextrostat, Cylert, Tofranil et Norpramin), que l'administration de psychostimulant aux enfants présentant des problèmes de comportement et d'apprentissage n'est pas nouvelle, et que l'on possède donc suffisamment de recul (mais pas d'études à long terme), que l'usage clinique du médicament n'augmente pas le risque d'abus de substance (au contraire), que la prescription et le dosage sont très individuels, mais que cette substance fait de l'effet chez 70 à 80 % des cas, que le médecin est capable de poser un diagnostic et d'administrer une médication de manière adéquate, mais que c'est aux familles d'évaluer le pour et le contre et qu'un essai n'est pas inutile.
- Caution scientifique, issue de la référence au DSM et ses affiliations avec l'APA Particularité du DSM par rapport aux autres classifications psychiatriques.

Matériel médiatique concernant le CHADD

Les détracteurs attribuent la vogue que connaît ce produit aux pressions du fabricant, Novartis (cf. notre article sur les OGM, Portable n°2, nov. 1999) et d'une association de lutte contre les troubles du déficit de l'attention chez les enfants et les adultes (CHADD). Cet organisme (CHADD) à but non-lucratif aurait reçu 748 000 \$ de subventions, de la firme Novartis entre 1991 et 1994 et 448 000 \$ en 1995. ["Temps forts" : 17]

Les avocats pointent également du doigt une association de parents d'enfants hyperactifs, Children and Adults with Attention Deficit Disorder (Chadd). Celle-ci regroupe 40 000 membres à travers les Etats-Unis et milite depuis 1987 pour faire reconnaître l'hyperactivité comme un "handicap scolaire". Très favorable au recours à la Ritaline, Chadd est largement subventionnée par les laboratoires Ciba-Geigy, dont elle aurait perçu, d'après les pièces versées au dossier, 748 000 dollars entre 1991 et 1994. [L'Express.26.10.00 : 39]

Très favorable au recours à la Ritaline, Chadd est largement subventionnée par les laboratoires Ciba-Geigy, dont elle aurait perçu, d'après les pièces versées au dossier, 748 000 dollars entre 1991 et 1994. Le porte-parole d'Aventis reconnaît que les laboratoires ont bien financé Chadd et "soutenu" certains programmes d'éducation de santé mentale lancés par l'APA: "C'est une pratique courante dans toute l'industrie pharmaceutique, mais il est absurde d'affirmer que nous avons influencé les psychiatres." Les responsables de l'APA qualifient l'accusation de "ridicule et totalement fausse". Ceux de Chadd refusent de s'exprimer. [L'Express.26.10.00 : 40]

Cette organisation (Chadd) particulièrement influente milite pour la reconnaissance du déficit d'attention auprès des pouvoirs publics et pour son dépistage le plus large possible, tout en fournissant aux proches

des informations sur les traitements. Une sorte de gigantesque club Tupperware poussant à la consommation d'amphétamines. Dotée d'un budget annuel de 2 millions de dollars, elle édite un magazine, suscite des campagnes de presse et fait du lobbying auprès du Congrès grâce à ses représentants permanents à Washington. [L'Express.27.10.94 : 52]

Les écoliers hyperactifs peuvent ainsi bénéficier d'aides spéciales, comme des cours de rattrapage, des horaires aménagés, des dispenses de devoirs et le remboursement de certaines dépenses médicales. "C'est l'une de nos grandes victoires, assure JoAnn Evans, la présidente de Chadd, femme de médecin du Wisconsin et mère de deux enfants atteints par le syndrome. Mais nous avons encore fort à faire pour que cette loi soit appliquée partout." [L'Express.27.10.94 : 56]

L'Attention Deficit Disorder a aussi engendré, outre-Atlantique, une véritable industrie. Il suffit, pour s'en rendre compte, d'assister à la convention annuelle de Chadd, où se retrouvent, chaque automne, les représentants du mouvement venus de tout le pays. Après Las Vegas et San Diego, le cinquième "annual meeting" se tenait, cette année, du 13 au 15 octobre, dans le décor fastueux de l'hôtel Hilton de New York. [L'Express.27.10.94 : 58]

Ce fut (la convention annuelle de Chadd) une sorte de grand happening hyperactif et légèrement surréaliste. Au programme, une série de conférences et de tables rondes avec les plus prestigieux spécialistes de l'ADD, un grand dîner-spectacle, une vente aux enchères d'objets dédiés par des stars du sport américain et des stands décorés de photos suggestives et de diagrammes, où toutes sortes de commerçants venaient présenter leurs produits "anti-déficit d'attention". [L'Express.27.10.94 : 60]

Les laboratoires pharmaceutiques, comme Ciba et Abott, étaient bien sûr présents, mais aussi des écoles privées, des éditeurs de livres et de vidéocassettes, des cabinets de psychiatre, des fabricants de gadgets auditifs destinés à stimuler l'attention, des vendeurs de programmes informatiques de "bio-feedback", et même un chanteur de country atteint d'ADD, Jerry Mills, venu vendre ses disques auprès d'un public compréhensif... [L'Express.27.10.94 : 61]

L'un des moments forts de la convention de New York fut, sans conteste, la présentation dans une immense salle de spectacles du premier spot télé réalisé par Chadd en vue d'une grande campagne de promotion qui sera bientôt lancée sur tous les networks américains. Commentaire sur des images d'un charmant garçonnet particulièrement turbulent: "Votre enfant est inattentif, impulsif, désordonné, rêveur? Il est peut-être atteint d'ADD, un désordre neurologique. Chadd peut vous aider. Contactez-nous." Suit un numéro de téléphone gratuit. [L'Express.27.10.94 : 63]

La projection de l'œuvre a provoqué une intense émotion parmi les quelque 2 000 adhérents présents dans la salle, qui l'ont applaudie à tout rompre. "Nous nous attendons à un déluge d'appels", explique fièrement la présidente, qui reconnaît sans le moindre complexe que le spot a été financé par les compagnies pharmaceutiques... Mécanisme pervers. [L'Express.27.10.94 : 65]

Chadd pousse, en effet, au dépistage de l'ADD, en fournissant de nouveaux clients aux médecins et aux labos pharmaceutiques, qui renvoient l'ascenseur en soutenant le mouvement: "Chadd apprécie la généreuse contribution financière (...) au service de nos projets par la firme Ciba-Geigy", peut-on lire en petits caractères dans les plaquettes de l'association, décidément très appréciée par le laboratoire. [L'Express.27.10.94 : 67]

Ce n'est là que l'un des aspects des rapports très ambigus entretenus entre l'association, l'establishment médical et les industriels. [L'Express.27.10.94 : 69]

Chadd dispose ainsi d'un groupe de "conseillers scientifiques" dans lequel on retrouve les figures les plus influentes de la psychiatrie et de la neurologie, tels Russel Barkley, professeur à l'université du Massachusetts, ou Judith Rapoport, directrice de la branche infantile de l'Institut national de la santé mentale. Tous deux font partie, au sein de l'Association américaine de psychiatrie, du comité chargé d'établir les symptômes de l'ADD dans le fameux manuel de diagnostic! [L'Express.27.10.94 : 71]

Judith Rapoport (NIMH), qui s'est retirée, voilà deux ans, du comité scientifique de Chadd, mène par ailleurs des recherches financées en partie par... Ciba-Geigy. Quant à Russel Barkley, il est omniprésent dans les conférences, les publications et les émissions de télévision consacrées au syndrome. Ce quinquagénaire élégant à la barbe taillée au millimètre a fondé sa propre société de conseil, Barkley & Associates, qui édite une "newsletter" et des vidéocassettes à l'intention des parents (95 dollars les trente-six minutes)... [L'Express du 27/10/1994. par Gilbert Charles "Etats-Unis: des enfants sous amphétamines": 73 - 74]

Ciba spends millions of dollars to sell parent groups and doctors on the idea of using Ritalin. Ciba helps to support the parent group, CH.A.D.D., and organized psychiatry. [Breggin.Anti-Ritaline : 67]

The suits (procès) also charge Novartis with conspiring with the American Psychiatric Association and with CHADD, a parents' group that receives money from the pharmaceutical industry and lobbies on their behalf. [Breggin.Anti-Ritaline : 122]

Three national organizations are named as defendants: (1) Novartis (formerly Ciba Geigy), the manufacturer of Ritalin, (2) CHADD (Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), a parents' organization that is partially funded by drug companies, and (3) the American Psychiatric Association. [Breggin.Anti-Ritaline : 246]

The suit charges that Novartis, CHADD, and the American Psychiatric Association committed fraud in conspiring to over-promote the diagnosis Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its treatment with the stimulant drug, Ritalin. [Breggin.Anti-Ritaline : 248]

The suit also charges the drug company with "Actively supporting groups such as Defendant CHADD, both financially and with other means, so that such organizations would promote and support (as a supposed neutral party) the ever-increasing implementation of the ADD/ADHD diagnosis as well as directly increasing Ritalin sales." [Breggin.Anti-Ritaline : 251]

It further claims that "Defendant American Psychiatric Association (APA) conspired, colluded and cooperated with the other Defendants" while taking "financial contributions from Ciba as well as other members of the pharmaceutical industry..." [Breggin.Anti-Ritaline : 252]

In addition, state and local agencies that serve families and children, as well as some of the volunteer organizations listed in the back of this booklet, can help identify an appropriate specialist. [Nat.Inst.Mental.Health : 265]

CH.A.D.D. (which stands for Children and Adults with Attention Deficit Disorders), a leading organization for people with attention disorders, suggests several ways that parents and teachers can help children view the medication in a positive way: Compare the pills to eyeglasses, braces, and allergy medications used by other children in their class. Explain that their medicine is simply a tool to help them focus and pay attention. Point out that they're lucky their problem can be helped. Encourage them to identify ways the medicine makes it easier to do things that are important to them, like make friends, succeed at school, and play. [Nat.Inst.Mental.Health : 406 - 408]

- Support groups connect people who have common concerns. Many adults with ADHD and parents of children with ADHD find it useful to join a local or national support group. Many groups deal with issues of children's disorders, and even ADHD specifically. The national associations listed at the back of this booklet can explain how to contact a local chapter.

Members of support groups share frustrations and successes, referrals to qualified specialists, and information about what works, as well as their hopes for themselves and their children. There is strength in numbers--and sharing experiences with others who have similar problems helps people know that they aren't alone. [Nat.Inst.Mental.Health : 463 - 465]

LISTE MATERIEL EMPIRIQUE

Matériel ayant fait l'objet d'une codification Nud.Ist.

[...] = référence utilisée dans le logiciel d'organisation et d'analyse de données qualitatives Nud*Ist.

[A.N.A.E.96. Messerschmitt] : A.N.A.E. Entretien avec P. Messerschmitt. (Praticien hospitalier, Psychiatre des hôpitaux, Médecin-directeur de l'Unité de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Trousseau.). Paris, 1996.

[A.N.A.E.96. Vallee] : A.N.A.E. L.Vallée. Professeur, Service des maladies infectieuses et neurologie infantiles. Hôpital Roger Salengro. CHRU.59037. Lille Cedex. 1996

[ADD.Ouvr.collectif.85] : Collectif* *Attention Deficit Disorder (Identification, course and rationale*. N.Y. Ed. L.M.Bloomington. 1985. * Publication suite à un symposium fin oct. 1982 à Middleburg Virginia

[ADDH. coll.91] : Ed. by Accardo P.J., Blondis T.A., Whitman B.Y.. *Attention Deficit Disorders and Hyperactivity in Children*. N.Y., Marce Dekker, 1991.

[AFP (BE). USA. peur Ritaline] : Clavel G.: "USA - La peur du Ritalin commence à toucher les Américains » AFP (Belgique), www.health.fgov.be (04/10/2000)
<http://www.health.fgov.be/WHI3/krant/krantarch2000/kranttekstoc/001004c07afp.htm>

[Agité&distrait.Corraze] : Corraze J., Albaret J.M., *L'enfant agité et distrait*, Paris, Expansion scientifique française, 1996.

[Ajur&Diatk.58.Psych.Enf] : Ajuriaguerra De J. Diatkine R., Lebovici S., *La psychiatrie de l'enfant*. PUF Paris, 1958/1959.

[Am.J. Psychiatry, 156.08.99] : Merete Oie, Bjork Rishovd Rund, « Neuropsychological Deficits in Adolescent-Onset Schizophrenia With Attention Deficit Disorder », *The American Journal of Psychiatry*, Vol.156. N.8. August. 1999,1216-1222.

[Am.J. Psychiatry156.08.99] : M.Ernst, Ph.D. Alan J. Zametkin, J.A. Matochik, D. Pacualvaca, P.H. Jons, R.M. Cohen. [18F]DOPA Accumulation in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder ". *The American Journal of Psychiatry*, Vol.156. N.8. August. 1999 pp.1209-1215

[Am.J.Psychiatry, 156.10.99] : Disney E.R., Elkins I.J., McGue M., Iacono W.G., « Effects of ADHD, Conduct Disorder, and Gender on Substance Use and Abuse in Adolescence », *The American Journal of Psychiatry*, Vol.156. N.19. Oct. 1999, 1515-1521.

[AmerAssocFamilyPhysician] : American Academy of Family Physicians. (Web Site AAFP). « Does Your Hyperactive Child Have ADHD? ». « How to Take Medicine for ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) », « Managing the Child with ADHD », 1998.

[Americ.Chemical.St.3.99] : Marsh C., « Improved Ritalin(tm). Offers Smaller Doses And Fewer Side Effects », Site American Chemical Society. 22.03.99.

[Art.Illustré.19.01.00] : L'Illustré Santé No 25. (19 janv. 2000). Par M. Monnier. " Neuropédiatrie : et s'il était hyperactif... " (Haenggeli interrogé)

[Art.Prudence.nov.99] : R. Dobson Abergavenny *BMJ*, 20 Nov. 2000. 321, 1100.

[Art.Site rfi.fr.04.00.USA : 5 - 5] : V. Gas, « Etats-Unis : les parents flippent, les enfants trinquent ». 20.04.00. Site : www.rfi.fr (kiosque, Santé).

[Asped. Bull.4 mai 99] : « Bulletin No 04 - Mai 1999 » Signé par le(la) secrétaire et le comité.Site Aspedah. www.aspedah.ch

- [Asped.Bull.5. Nov.99] : « Bulletin No 05 – Nov. 1999 ». Signé par le président (T. Blumer), la secrétaire (G. Demont) et le comité. Site Aspedah. www.aspedah.ch/
- [Asped.Bull.6.juin 00] : Bulletin No 06 - Juin 2000. Signé par le président (T. Blumer), la secrétaire (G. Demont) et le comité. Site Aspedah. www.aspedah.ch
- [Asped.Bull.7.déc.00] : Bulletin No 07 - Décembre 2000. Signé par le président (T. Blumer), la secrétaire (G. Demont) et le comité. Site Aspedah. www.aspedah.ch
- [Asped.Bull.3.nov.98] : Bulletin No 03 - Nov.98. Secrétaire G. Demont. Site Aspedah. www.aspedah.ch
- [Aspedah.28.04] : Site Aspedah. www.aspedah.ch (Consulté en avril 2001)
- [ASPEDAH.Meeting.04.00] : ASPEDAH. Meeting. 1e Avril 2000. (Synthèse envoyée sur le site Hypsos : « Forum ». 5 avril 2000). Auteur: ASPEDAH. www.aspedah.ch
- [Association Hypsos] : Mot du président : A. Carlsson Site Web.Hypsos : www.hypsos.ch
- [Aujourd'hui n.34.15.01.99] : « Amphétamineblues. Témoignage ». *Aujourd'hui* N.34. 15 janv.1999.
- [AVTES.Romandie] : AVTES. Romandie. C. Bornand (commission presse). « Enquête sur l'hyperactivité chez les enfants ».
- [Barkley, principes éducatifs] : R. Barkley, « 10 principes éducatifs ». Trad.Daniel Létourneau et C. Jolicoeur (1999).
- [Barkley.ScientificAmerican.98] : R. Barkley, « Attention-Deficit Hyperactivity Disorder », *Scientific American*, 1998.
- [BIAM (Fr).Rit.] : Site. BIAM- France, « Ritaline 10 mg comprimés », 19/9/1996, (mise à jour : 15/6/2000).
- [BougeTrop.Desjardins] : Dr Desjardins C. *Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant*. Quebecor. Quebec. 1992.
- [Breggin.Anti-Ritaline] : Dr Breggin (consultant médical. *Anti-Ritaline*). Divers docs : résumé « talking back to Ritalin », Congrès. Sept.00. procès Ritalin, Message. <http://www.breggin.com>
- [British.Medic.Journ.05.98] : Kewley G. D., « Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain », *British Medical Journal*, May 1998, 316, 1594-1596.
- [Brown.ComprendreTDA] : Dr. T. E. Brown. « Children and adults with attention deficit disorders » (extrait). « Attention deficit disorder, predominantly inattentive type » (Trad. par C.Robitaille)
- [Chiland. Av.enf.6 ans] : Chiland C., *L'enfant de six ans et son avenir. Etude psychopathologique*, PUF : Paris, 1971
- [Circulaire Accord Shengen] : CIRCULAIRE DGS n° 97 23640 C du 17 Novembre 1997 relative à l'application de l'article 75 de la convention d'application de l'Accord de Schengen.
- [Comment/Barkley] : P.P. Gagné « Commentaires sur Barkley » (1995). Site Elaine. www.elaine.ca
- [Compendium Ritaline] : Ritaline COMPENDIUM. Codex 2000. www.galenica.ch
- [Compendium.Rit.] : Compendium Suisse des Médicaments(r) Ritaline(r)/- SR. NOVARTIS PHARMA. 1999

[Concepts femme (aspedah)] : Site Concepts femme. « Mon enfant est hyperactif ». T. Bloomer (président de l'ASPEDAH)1999, www.conceptsfemme.org/lecture/no99.1/bienetre.html

[Concl.Consensus (NIH).SMP] : Résumé de la conclusion de la Conférence de Consensus (nov.98), NIH (USA), cité par Perez du SMP (GE) en annexe 2 du rapport de la commission des Pétitions (Gd Conseil, GE). 1998 (2001)

[Conseil.Site.Zelius] : M. Picard « Conseil Pratique ». Site Zelius. www.zelius.com/p_detail_contenu.asp?gnrId=157. 2000

[Coridys.Hopit .Neuro.lyon] : O.Revol, D.Gérard, P. Fourneret. H. Descombes, R.de Villard. « L'enfant hyperactif : approche thérapeutique ; place du Méthylphénidate (Ritaline ) », Site Coridys. Hopital neurologique de Lyon. 2000.

[Courrier GE. 16 nov.98] : Gregori M., « Il serait temps que le SMP admette qu'il a commis des erreurs », *Le Courrier*, 16 novembre 1998.

[Courrier GE. 2 déc.98] : Gregori M., « On a un peu trop diabolisé le Service médico-pédagogique », *Le Courrier*, 2 décembre 1998.

[Courrier GE. 19 janv.99] : Gregori M., « Un groupe de travail devra trouver un consensus », *Le Courrier*, 19 janvier 1999.

[Courrier GE. 23 oct.99] : CPg, Brèves : « Pour mieux comprendre les enfants hyperactifs », *Le Courrier*, 23 oct. 1999.

[Courrier GE. 20 nov.99] : Gregori M., « L'hyperactivité des enfants suscite toujours de vifs débats », *Le Courrier*, 20 novembre 1999.

[Courrier GE. 31 janv.00] : Zurcher K., « L'horreur des amphétamines administrées aux enfants », *Le Courrier*, 31 janvier 2000.

[Courrier GE. 11.fév.00] : « Des amphétamines pas si horribles que cela », *Le Courrier*, 11 fév. 2000.

[Courrier GE.12.mai.00] : Gregori M., « La commission des pétitions défend l'action du SMP », *Le Courrier*, 12 mai 2000.

[Courrier GE.23.juin.00] : Dr. F. Ferrero et P. Gonçalves (HUG). « Inscrire le traitement " for c  " dans la loi ? », *Le Courrier*, 23 juin 2000.

[Courrier GE. 23 sept.00] : PBh, *Le Courrier*, 23 septembre 2000.

[Critique de Smith.Nutrition] : Barrett (Critique de Lendon Smith, Nutritionniste). <http://www.allerg.qc.ca/lendonsmith.html>. 1999

[Decret prescript.Stup.99] : Décret prescription Stupéfiants. 31.03.99 www.ifmo.fr/pharmacie/comptoir.html

[Déf.d'attention.CH.site] : « L'attention sous l'œil des spécialistes » Déficit d'attention. Site ordp.vsnnet.ch/ResNov99. Suisse, 1999.

[Dico Vidal 1979] : Dictionnaire . VIDAL 1979. O.V.P. Paris.

[Dico Vidal 1995] : Dictionnaire . VIDAL 1995. O.V.P. Paris.

[Doc SMP (annexe Pétition)] : Doc SMP à l'int. des enseignants et inspecteurs. Annexe 1 de la commission des pétitions (avril 2001). DA /H. E. Perez Crim.

[Dollfus.PsychotropesEnfants] : Dollfus S., Petit M., " Efficacité et Tolérance des Psychotropes chez l'enfant ". Expansion Scientifique Française, 1988.

[Dolto.Extrait] : Dolto F., *L'enfant dans la ville*, Paris, Ed. Gallimard, 1998. Conférence (1987) et entretien (1977).

[Dr Forbin.Site.Canada] : Dr.C. Forbin, « Véritable épidémie: l'hyperactivité chez l'enfant?? ». Site. (fortinmd.qc.ca/ritalin). Québec. 6 sept. 1998

[Dr Makhlouf] : Dr Makhlouf. Pédiatre. Mars 99. http://www.tg.refer.org/liban_ct/edu/fdlc-bp/bulletin/99mars/makhlouf.htm

[Dr.Jolicoeur.Ritaline] : « L'Usage du Méthylphénidate dans le Déficit d'Attention/Hyperactivité/ Opposition ». Site Jolicoeur (Psychiatre). Canada. 1999

[Dr.Jolicoeur.TDAH.Diagn.diff] : « TDA. + diagnostics différentiels ». Site Dr Jolicoeur, Psychiatre, Canada. 1999

[DSM-IV Abus amphét] : DSM-IV. 1996 (fr.) Troubles liés à (aux) l'amphétamine (s) (F15.1 [305.70]). p.241-249

[EffetParadoxal] : Pharma Information Suisse. « Effet paradoxal de la Ritaline », 01.99. http://www.interpharma.ch/info/wissens/DG/99_1/f/K.html

[Elaine. Lancet.7.2.98] : Site Elaine. www.elaine.ca « Quelques extraits » : J.M. Swanson, J.A. Sergeant, E. Taylor, E.J.S. Sonuga-Barke, P.S. Jensen et D.P. Cantwell. « Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder ». *The Lancet*. 7 fév.98.

[Elaine.Diagn.Hyper.adult] : Site Elaine. « Critères diagnostic pour les adultes » (établis par les docteurs Edward M. Hallowell et John J. Ratey - cf. Trucs pour enseignants) 1999. www.elaine.ca

[Elaine.NewEnglandJ.Med] : Zametkin A.J., Ernst M., « Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder » *The New England Journal of Medicine* paru le 7 janvier 1999. Résumé sur le Site Elaine. www.elaine.ca

[Elaine.Site] : Elaine Lemire (site Canadien sur l'hyperactivité, guide pour parents), « Présentation ». www.elaine.ca (Mise en réseau du site le 17.10.1996).

[Encyclop.Drugs.95.Jaffé] : Jaffe J.H., *Encyclopedia of Drugs and Alcohol*. (1995). N.Y., Macmillan Library Reference, 1995.

[Epelbaum.Psych.Enf.] : Epelbaum C., " Place des psychotropes en psychiatrie infantile " in Ferrari P. & Epelbaum C., *La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1993. 536-552.

[Etude.Tps.Réact.08.00] : Barlow J., « Ritalin helps children with ADHD maintain normal reaction time », *News from the University of Illinois at Urbana-Champaign*. August 2000. <http://www.admin.uiuc.edu/NB/00.08/ritalintip.html>

[Extraits Bailey.Abus subst] : Extraits issus de Bailey G.W., « Current Perspectives on Substance Abuse in Youth », in Hertzog M.E., Farber E.A. *Annual Progress in Child Psychiatry and Development*, New York, Brunner / Mazel, 1998.

[Femina.23.04.00] : *Femina* du 23.04.2000

[Femina.25.04.99] : Pittet S. « Les enfants terribles », *Femina*, 25 avril 1999.

[GHI.27 avr.00] : « Enfants hyperactifs. La cause cachée », *Genève Home Information (GHI)*. 27 avril 2000.

[HandbookPsychopharmaco.99] ; P.G. Janicak, *Handbook of psychopharmacotherapy*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999.

[Harvard Guide of Psychiatry] : Jellinek M.S., Herzog D.B., « The Child » (chap. 27), in *The Harvard Guide of Psychiatry*, London, Ed. A.M. Nicholi (3e ed.) Belknap Press of Harvard University Press, 1999 (1988).

[Hebdo.6 sept.01] : Hebdo. 6 sept. 2001. Sonia Arnal et Elisabeth Gordon. " Au secours ! mon enfant est hyperactif ". Phénomène de mode ou réelle maladie? Notre test.Traitement: la Ritaline soigne mais suscite la polémique.

[Hist.Medic.Esprit.Meyers.85] : Meyers C., " Brève histoire des drogues et médicaments de l'esprit ". Erès. Albi. 1985.

[Hyp.Cocaine.96.] : Magner M., « Usage de cocaïne et troubles du déficit de l'attention : lien à l'étude », *Le journal*, Nov.-Déc. 1996, 4.

[Hyper.enf.com.autres] : *Association Hyperactif un enfant comme les autres*. 1999. Site www.hyperactif.org.

[Hyperact-abus drogue] : Daniel Baril résume les travaux de R.Tremblay « L'agitation et l'absence de peur sont des éléments prédictifs d'un risque de consommation abusive de drogue », Site ? 2000

[Hypsos.anti-psychanalyse] : Hypsos. (Anti) Psychanalyse. Joëlle Proust, philosophe, directeur de recherches au CNRS. Puis échanges entre C.Monbet et Jean Brissonnet. 2000. www.hypsos.ch

[Hypsos.dénonciation] : Préambules aux témoignages (et dénonciation). Site Hypsos. 2000. www.hypsos.ch

[Hypsos.traitements] : Traitements (27/05/00). Site Hypsos. www.hypsos.ch

[Inserm. Actualité.sep.99] : Inserm FR. « Actualité santé psychiatrie ». 26 sept.2000 <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/actualitesante.html>

[IntroNeurosciences] : Lenoir A., « Introduction aux Neurosciences comportementales » (cours de Psychologie, Uni Tours, FR.). 09.11.2000. www.univ-tours.fr/desco/LicPsy/Neurosci-Intro.html

[J.Abnormal Psychology.02.99] : Bergman T., Douglas V.I., Barr R.G.*, « Effects of Methylphenidate on Complex Cognitive Processing in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder », *Journal of Abnormal Psychology*, Fév.1999. Vol.108, N.1., 90-105. * Chercheurs à Montreal, Québec.

[J.Child.Psych.Psychia.03.00] : Résumé de Cohen N.J., Vallance D.D., Barwick M. et al. « The interface between ADHD and language impairment : an examination of language, achievement, and cognitive processing », *Journal of Child Psychol. Psychiatry*, Canada, 41(3),March 2000, 353-362.

[L'Express.27.10.94] : Gilbert Charles, « Etats-Unis: des enfants sous amphétamines », *L'Express* du 27/10/1994.

[L'Express.28.09.95] : Gilbert Charles, « La Ritaline en France » *L'Express* du 28/09/1995.

[L'Express.03.07.97] : Gilbert Charles, « Le phénomène Ritaline », *L'Express* du 03/07/1997.

[L'Express.26.10.00] : Gilbert Charles, « Le procès de la Ritaline », *L'Express* du 26/10/2000.

[La Liberté.2.10.98] : Ammann J., « L'enfant est naturellement actif, mais quand devient-il hyperactif ? », *La Liberté*, 2 octobre 1998.

[La Presse.3.6.98] : « Le Ritalin, un médicament éprouvé » in *La Presse*, Québec, 3 juin 1998.

[Le Matin.fev.98] : Ducret-Costa R.* « un mineral bien dosé », *Le Matin*, 13 février 1998 * pharmacienne, nutritionniste et homéopathe.

[Le monde.15.09.95] : « Un médicament pour enfants "hyperactifs" suscite une controverse », *Le monde*, 15 septembre 1995.

[Le Monde.27.05.00] : Bursztejn C., Chanseau J.C., Geissmann-Chambon C., Golse B., Houzel D., « Ne bourrez pas les enfants de psychotropes ! », *Le Monde*, 27 mai 2000.

[Le Nouvelliste. 6.03.99] : Manfrino A., « Des centaines d'enfants massacrés », *Le Nouvelliste*, 6 mars 1999.

[Lebovici, Soulé, Diatkine.97] : Dugas M., Bouvard M., « Les chimiothérapies », chap. 168, in Tome 4, Lebovici S, Diatkine R., Soulé M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1997 (1985), 2905-2937.

[Legislation.Medic.Fr] : Arrêté du 21.09.00. Liste pharmaceutiques remboursable.Legifrance.
<http://www.admi.net/jo/20000802/MESS0022342A.html>

[Maillet.Psy.expl.parents] : Maillet J., *la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent expliquée aux parents*. Paris, Desclée de Brouwer, 1997.

[Marcelli.Enf.&psy.path] : Marcelli D. *Enfance et psychopathologie*. Paris, Masson,1996.

[Medeci&Hyg. oct.99.Haengeli] : Menache C. C., Urion D. K., Haenggeli Ch. A., « Hyperactivité avec déficit de l'attention : point de vue du neuropédiatre », *Médecine & Hygiène*, 20 oct. 1999, 1994-2001.

[MedicsPsychiatr.Kaplan] : Kaplan H.I. & Sadock B.J. (trad. et adapt. FR : Granger B.) *Médicaments en psychiatrie. Guide de poche*, Paris, Masson, 1998 (extraits traduits, modifiés et adaptés à partir du chap. 8 " Biological therapies " in Synopsis of Psychiatry, 8e édition).

[medinweb.fr. Pro-anti-Rit] : « Faut-il traiter les enfants hyperactifs avec des médicaments ? L'avis de 2 psychiatres : pro et anti-Ritaline ». Site. Medinweb. France. 1999.

[Medisite. Art.29.09.00] : Medisite. Article du 29 Sept. 2000. " Ritaline : la conspiration ? ". T.L.

[Medisite.Hyperactivité] : Medisite (FR). 2000. " Hyperactivité "

[Medisite.psychoactif] : Medisite France.- Psychoactifs-Dépendance. 2000 Medisite.fr.

[Medline (NIH).Ritaline] : Site medlineplus. National Institut Health. Gov. (U.S.). Mis à jour août 2000.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/methylphenidatesystemic202361.htm>

[Méd.Thér.Pédiat.Juin00] : Bange F., Mouren-Siméoni M.C.*, « Syndrome d'hyperactivité », *Médecine thérapeutique / Pédiatrie*. Vol. 3, Numéro 3, Mai - Juin 2000, 168-71. * Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 49 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France.
<http://www.john-libbey-eurotext.fr/articles/mtp/3/3/168-71/>

[Médéc&Hyg.01.99.Fonct.cérébr] : « Trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention : une fonction cérébrale atypique est mise en évidence », *Médecine & Hygiène*, 6 janvier 1999.

[Médecine douce.07.00] : Laganier M., « Attention aux médicaments ! » ; « Faire autorité parents », *Médecine douces*. Juillet 2000.

[MédicamentS.Elaine] : « Traitements par les médicaments » (Base. Art. du Dr.Mandelkorn, « Thoughts On The Medical Treatment of ADD/ADHD: A Physicians Perspective ». 1999. Site Elaine.
www.elaine.ca

[Misès. CFTMEA. 1992] : Misès R. " Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ". CTNERHI. Paris. 1992.(2e Ed.)

[Monde des débats.09.99] : Proust et Fédida (dialogue) « La psychanalyse a-t-elle fait son temps ? », *Le monde des débats*, sept. 1999, 24-25. Article présent sur le site Hypsos. www.hypsos.ch

- [Nat.Inst.Mental.Health] : Site NIMH (National Institute of Mental Health). « Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ». www.nih.gov. 1999
- [New York Times.15.12.99] : « Study Backs a Drug for Hyperactive Children », *The New York Times*. December 15, 1999.
- [New York Times.2.11.99] : Brody J.E. « Diet Change May Avert Need for Ritalin », *The New York Times*. November 2, 1999.
- [News.Hypsos.21.10.00] : Hypsos. « Quoi de neuf ? » www.hypsos.ch (site. modifié le 21/10/2000)
- [NIH.Loney.Risk.Treatm.98] : Loney J., « Risk of Treatment Versus Nontreatment », NIH (National Institut Health), N.Y. 1998.
Source:http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110_abstract.pdf.
- [Nouvel obs. 21.10.99] : « Les hommes aux USA », *Nouvel observateur*. N° 1824. Semaine du 21 oct. 1999.
- [Nouvel obs.20.avr.00] : « Entretien avec L.Rotenberg (pédopsychiatre.FR) », *Nouvel Observateur*, N°1850, 20 avril 2000.
- [Nouvel Obs.06.00.Ehrenberg] : Ehrenberg C.*, « Remonter à l'origine pour comprendre les difficultés », *Nouvel Observateur Hors Série*, N°41. 15 juin 2000. * Psychanalyste, directrice de l'USIS -Unité de Soins intensifs du Soir- Paris-14e.
- [Novartis.Hist.Ritaline] : Novartis. Dr R. Weber « Historique Ritaline et de son inventeur : L. Panizzon ». 2000 www.pharma.ch.novartis.com/f/whatsnew/details.asp?Nr=55&Art=Lang
- [ONU.Drug Control-CH.1967] : ONU. Office for Drug Control. « The barbiturates, tranquilizers, amphetamines and hallucinogens and their control in Switzerland ». Bulletin 1967.
- [ONU.Rapport de l'OICS.02.00] : ONU. Service d'information, « Consommation de substances psychotropes », Rapport annuel de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS). 23 février 2000. www.incb.org/press/2000/press_release_2000-02-23_4_fr.html
- [Pediatrics.102.98] : Spencer T., Biederman J., Wilens T.* « Growth Deficits in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder », *Pediatrics*, Vol. 102 No. 2 Supplement August 1998, 501-506. * from the Department of Pediatric Psychopharmacology, Massachusetts General Hospital, and the Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts
- [Pediatrics.102.98.bis] : DiScala C., Lescohier I., Barthel M., Li G., « Injuries to Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder », *Pediatrics* Vol. 102 No. 6 December 1998, 1415-1421.
- [Pediatrics.103.99] : Pelham W.E., Aronoff H.R., Midlam J.K., Shapiro C.J., Gnagy E.M., Chronis A.M., Onyango A.N., Forehand G., Nguyen A., Waxmonsky J., « A Comparison of Ritalin and Adderall: Efficacy and Time-course in Children With Attention-deficit/Hyperactivity Disorder », *Pediatrics*, Vol. 103 No. 4 April 1999, 43
- [Pediatrics.104.99] : Biederman J., Wilens T., Mick E., Spencer T., Faraone S.V., « Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder », *Pediatrics*, Vol. 104 No. 2 August 1999, 20.
- [Petition Anti psychotropes] : Secr. du Grand Conseil. Rapport de la Commission des pétitions chargée d'étudier la pétition (1332) concernant l'interdiction de prescription de psychotropes à des enfants de moins de 16 ans. Date de dépôt: 23 avril 2001. Rapporteuse: Mme Mireille Gossauer-Zurcher. Mai 2001
- [Pédagog.Adaptée.USA] : « Pédagogie adaptées aux enfants Hyperactifs ». Office of Special Education Programs. USA. Chesapeake Institute, Washington, D.C 2000 (1997).

- [Pharmaceutical industry] : *Heart of the pharmaceutical industry*. Categories Drug Classes Brand Names & Cost of Therapy. Methylphenidate. 2000
<http://www.rxhope.com/rxdruginfo2.asp?Type=D&Char=R>
- [Pharmacothérap.pédiatr.92] : M.F. Le Heuzey, M.Dugas, " Troubles du comportement " (ds chap. Neuropsychiatrie) & M Bouvard, M. Dugas " Troubles anxieux " in E. Aubert, Y. Aujard, G. Lenoir. Pharmacologie et thérapeutique pédiatriques. Flammarion, Médecine-Sciences. 1992. Pp.487-495
- [Pharmacologie Clinique 1988] : Giroud J.P., Mathé G., Meyniel G., *Pharmacologie Clinique. Bases de la thérapeutique*, Paris, Expansion Scientifique Française, 1988 (2^e ed.).
- [Porot.Man.alph.psy.65] : Porot A., *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, Paris, PUF, 1965 (3^e ed.).
- [Practice Guideline.AAP] : American Academy of Pediatrics, « Practice Guideline : Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder », *Pediatrics*. vol.105. n.5, May 2000,1158-1170.
- [Prescrire.09.97.Rit] : « Ritaline au Canada », *Prescrire*. Sept. 97 / tome 17. N.176, 618.
- [Prescrire. 11.97.Rit.Fr] : Chalchat B.*, « Ritaline (suite) » *Prescrire*. Nov. 97 / tome 17. N.178, 778.
 *Président du directoire Novartis Pharma France. Réaction à l'article de sept.97
- [Prescrire. Nvté médocs.06.97] : « Nouveautés en ambulatoire. Méthylphénidate », *Prescrire*, Juin 97 / tome 17. N.174, 391-396.
- [Présentat.Hypsos] : A. Carlsson (Président). « Présentation TDAH » 2000. Site Hypsos, www.hypsos.ch
- [Présentation Arte.27.09.00] : Présentations Arte. 27 sept. 2000. " Reportage : Ritaline, enfants en danger ! "
- [Prévention.Psychotropes.CH] : Services. CH. Prevention Technique. Infos-Conseils Psychotropes 2000 <http://space.ch/PrevTech/services.htm>
- [Psycho-pharmac.69] : Deniker P., *La psycho-pharmacologie*. Paris, PUF : Que sais-je, 1969, Extraits.
- [Psychot.Zarifian] : Rapport Zarifian. mai 1996. " La France sous tranquillisants ". Université de Lyon.
- [Quot.Médecin.Rital.Janv.00] : Dr C. Desmoulin. « Ritaline : son mécanisme d'action a été élucidé par des chercheurs de l'université de Duke (Caroline du Nord) », Article extrait du *Quotidien du Médecin* N° 6616, 5 janv. 2000.
- [Reader'sdigest.12.98] : Ladislaus Kuthy « Tiens-toi tranquille » *Sélection du Reader's Digest*, déc. 1998.
- [Reglem.medic] : Dr A. St Raymond, « Exigences réglementaires pour l'enregistrement d'un antalgique en pédiatrie ». 2000 www.atlantasante.com/douleurstraymond.htm
- [Repère Social.fév.00] : Budry E., « L'hyperactivité serait à la source de cas de toxicomanie. Interview du Dr Déglon, psychiatre Genève (dir. Fondat. Phénix) » *Repère Social*. février 2000, N. 14, publication de l'Hospice Général de Genève.
- [Research.Usage.MPH.Can] : « Enquête sur le THADA, Diagnostic et traitement au MPH chez les médecins canadiens », *Santé Canada*. Usage du MPH. 20.08.1999.
- [Resum.Arch.Gen.Psych.fév.00] ; Archives of General Psychiatry, Purdue University, 3 feb. 2000, 12-99. Résumé fournis par "banque publique".

[ReviewPsychiatry.1989] : Review of psychiatry. American Psychiatric Press. Washington.. Ed. Tesman A., Hales R.E. , Frances A.J. 1989. Vol.8. Section II Child Psychiatry. Chap. 7 " Attention-Deficit Hyperactivity Disorder " by D.P. Cantwell, G.L. Hanna. 134-161

[Revue de presse.Checkmateplus] : Drs. Gadow and Sprafkin « Child Symptom Inventories », Site checkmateplus.com. Revue de presse.N.Y. 1984-2000

[Résumé.Nature&Medec] : *Nature et médecine*, avril 2000. Résumé fourni par l'association " bancs publics ".

[Résumé. Epid.Violence] : D. Otnow Lewis, R. Lovely, C. Yeager, D. Della Famina, " Toward a Theory of the Genesis of Violence ", in Hertzog M.E. & Farber E.A. *Annual Progress in Child Psychiatry and Development*, New York, Brunner / Mazel, 1998.

[Résumé.Am.Psych.Ass] : American Psychiatric Association. Mars 2000. Résumé fourni par " association bancs publics ".

[Résumé1. Docs.AdaptScol] : Doré C., Cohen D., « La prescription de stimulants aux enfants "hyperactifs": une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants », *Santé Mentale au Québec*, 22, 1, 1996, 216-238. Résumé issu du Site Adapt.Scol.Fr

[Résumé2.Docs.AdaptScol] : Honorez J.M., « La transmission des résultats de recherche un devoir social : le cas des travaux sur le Ritalin ». Les recherches enseignées en espaces francophones (Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France), 1, 1998, 83-98. Résumé issu du site Adapt.Scol.Fr.

[Résumé3.Docs.AdaptScol] : Honorez J.M., Lageix P., Berthiaume C., Breton J.J., Bergeron L., Valla J.P., « Subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder at the elementary level », *Communication au 5th European congress of psychology*, Dublin, 1997. Résumé issu Site Adapt.Scol.Fr.

[Résumé4. Docs.AdaptScol] : Pelligrini A.D., Horvat M., « A developmental contextualist critique of attention deficit hyperactivity disorder », *Educational Researcher*, 24, 1, 1995, 13-19. Résumé issu Site Adapt.Scol.Fr.

[Résumé5.Docs.AdaptScol] : Valla J.P. Bergeron L., *L'épidémiologie de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Presses Universitaires de France. 1994. Résumé issu du Site Adapt.Scol.Fr.

[Ritalin.MoleculChemistry] : « Ritalin ». 2000
Site : www.chemistry.vt.edu/chem-dept/helm/2514/project/ritalin/ritalin.html

[Rutter 1975.CIM] : Rutter M., Shaffer D., Shepherd M., *Classification multi-axiale des troubles psychiatriques de l'enfant évaluation d'une proposition*, Genève, OMS, 1975.

[Santé.Ib.L'hyperactivité] : Karam C., « Les progrès de la médecine vont changer votre vie... n'attendez pas pour savoir ! », « Pourquoi donner des amphétamines aux enfants ? », *Santé*, 2000, Site : www.rdl.com.lb.

[Science. 01.99.Rôle Séroton] : Gainetdinov R.R., Wetsel W. C., Jones S.R., Levin E. D., Jaber M., Caron M. G., « Role of Serotonin in the Paradoxical Calming Effect of Psychostimulants on Hyperactivity », *Science*. Vol. 283, N. 5400, Jan 1999, 397 - 401.

[Science.01.99.EffetParadox.Rit] : Marx J. « How Stimulant Drugs May Calm Hyperactivity », *Science*. Vol. 283, N. 5400. Jan 1999, 306.

[Science.08.98.RésuméBarkley] : The American Association for the Advancement of Science *Science* Vol. 281, Number 5380. Aug 1998, 1149 - 1150. (Neurobiology). Compte-rendu par W. Philip de Barkley « ADHD and the nature of self control ». « Lack of Attention from Loss of Time ».

[Science.mag.15.1.99] : Dr Nguyen V., « Hyperactivité avec trouble de l'attention: l'action de la ritaline est élucidée », *Science Magazine* du 15.01.1999, 397.

[ScienceMag.N.285.29.08.99] : The American Association for the Advancement of Science, *Science Magazine*, Vol. 285, N. 5430. 13 aug. 1999, 1007 (abstract of *Pediatrics*).

[Site Atmedica.Ritaline] : Site Atmedica. « Ritaline. Méthylphénidate ». 2000. www.atmedica.com.

[Site Caducee.Hyperact] : Site Caducée, E.Faure, « Dossiers Santé, L'Hyperactivité chez l'enfant », Mai 2000.

[Site Elaine. Dr.Falardeau] : Site Elaine (1999) : « Les réponses du Dr. Guy Falardeau » (Auteur de : *Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider*, Montréal, le jour éditeur, 1992) www.elaine.ca

[Site Loraine] : Site Loraine. « Qu'est-ce que le "THADA" ? troubles de l'hyper-activité avec déficit d'attention ». 2000 Multimania- <http://loraine.multimania.com/thada.htm>

[Site Prosom.THADA] : Dr P. Fourneret (Service de Psychopathologie Infanto-juvénile. Hôpital neurologique-Lyon). Site Prosom. (Ass. Nat. de PROMotion des connaissances sur le SOMmeil). 2000. <http://sommeil.univ-lyon1.fr/PROSOM/lettres/lettre4.html>

[Site "Eduquer sans frapper"] : « Parentalité sans violence », Site Ile de France (Publication tout public). 2000. www.illfrance.org/publications/toutpublic/

[Site.Adapt.Scol.Fr.Honorez] : Adapt.Scol.Fr. 2000 Site : L'HYPERACTIVITÉ ET LE DÉFICIT D'ATTENTION par Jean-Marie Honorez

[Site.ordp.vsnnet.ch.nov.99] : Site.ordp.vsnnet.ch. " L'attention sous l'œil des spécialistes ". Nov.99. [www.ordp.vsnnet.ch/ResNov99/Dos-interviews%20%20-%20sp\%20\(c\)cialistes.htm](http://www.ordp.vsnnet.ch/ResNov99/Dos-interviews%20%20-%20sp\%20(c)cialistes.htm)

[Site.Stodrugs.Stimulants] : Site. Stopdrugs. CA Department of Justice. « Stimulants ». 2000

[Site.Thérap.famil.USA] : M.Sylvestre (Psychothérapeute), « La thérapie familiale aux USA », 2000. <http://perso.infonie.fr/ghi01/p33.htm>

[SiteEsculape. Conseil Europe] : Site esculape.com « Des experts du conseil de l'europe soutiennent la Ritaline ». 14.12.1999. <http://www.esculape.com/pediatrie/hyperactivite99>

[Soir Illustré. (BE).Sept.00] : « Danger: enfants accros », *Soir Illustré*, (Belgique), 6 sept. 2000.

[SSPEA.Journ.Trav.NE.01.00] : Journée de travail. SSPEA + l'AESMEAF. Dr. R.Traube (Office médico-pédagogique) « Les priorités en pédopsychiatrie à l'heure des choix ». Neuchâtel, 22 janvier 2000.

[Ste.Can.Ped.pro Parents] : Société canadienne de pédiatrie (SCP), Conseil aux parents, « Dompter les monstres : Comment aider les enfants à affronter leurs peurs » ; « une discipline efficace, une démarche saine ». 2000.

[Sté.Canad.Pedia.MPH.90] : Société canadienne de pédiatrie (SCP), « Le méthylphénidate dans l'hyperactivité avec déficit de l'attention », 1990.

[SynopsisPsychiatr.Kaplan] : Kaplan H.I., Sadock B.J. . (trad. FR coordonnée par P.Louville) *Synopsis de psychiatrie. Science du comportement, psychiatrie clinique*, Paris, Ed. Pradel, 1998. (trad. 8e édition de *Synopsis of Psychiatry*, Baltimore, 1998).

[Test classif.Compar.] : LEFEVRE M. " Essai comparatif de l'utilisation de deux classification des troubles mentaux chez l'enfant ; application du DSM-III à la psychiatrie de l'enfant ". Thèse de doctorat en médecine, René Descartes (Necker enfants malades). 1983. Dir. S. Lebovici.

[Tests.Conners SiteJolicoeur] : CLINIQUE DE PÉDOPSYCHIATRIE. (Dr C. Jolicoeur, pédopsychiatre) 1999

[Télérama sept.00] : « Présentation Emission Arte du 27 sept », *Télérama* 23-29 sept.2000, 161.

[Témoin critique.McGinnis] : J. McGinnis (mari d'une enseignante). Témoignage critique, 2000

[Tribune GE. 10 nov.98] : Godel R., « Enfants hyperactifs: des parents engagent une douloureuse polémique », *Tribune de Genève*, 10 novembre 1998.

[Tribune GE. 9 déc.98] : Dr Georges Ryser, « Courrier des lecteurs » *La Tribune de Genève*, 9 décembre 1998.

[Tribune GE. 1-2 avr.00] : Zurcher K., « La lettre du jour », *La Tribune de Genève*, 1-2 avril 2000.

[Trucs.Enseign.Jolicoeur] : Edward M. Hallowell, M.D. et John J. Ratey, M.D, « Conseils enseignants. Les 50 Trucs pour la Gestion Académique du Déficit d'Attention » 1992. Site Jolicoeur, Canada, 1996.

[TrucsPrEnseignants.Elaine] : « Trucs pour les enseignants ». Site Elaine. 1998. www.elaine.ca

[Universalis. psychopharmac] : Universalis. 2000. Amphétamine / neuropharmacologie / pharmacodépendance / psychopharmacologie / neurobiologie.

[Universalis.Ritaline] : Universalis. 2000. RITALINE

[VIDAL 2000] : VIDAL 2000. Le Dictionnaire. Ed. Du Vidal. Paris, 2000 (76e ed.). RITALINE, pp. 1792-1793.

[VocPsychopédago.69] : Abric J., Allays P., Bascou R., Beslay, et al. Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant ". PUF. Paris. 1969 (2e ed.).

[Wanadoo.Ritaline] : « La ritaline "Methylphénidate chlorhydrate" ». Wanadoo. 2000. Site traitements.

[Washington Times.01.12.98] : Sullum J., *Washington Times*. December 1, 1998.

["Temps forts"] : « Novartis veut-elle contrôler le monde ? », 2000. www.chez.com