

# Sciences sociales et santé

---

Revue soutenue par l'Institut des Sciences Humaines et Sociales du CNRS

**Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H**

**La parole de représentantes d'usagers en santé mentale**

**Les urgences générales face aux patients suicidaires**

**Mars 2019**

*Vol. 37 n° 1 Revue trimestrielle*



## ***Enfants agités ? TDA/H ? Écoutons les enfants et leurs familles***

### **Commentaire**

Jean-Michel Delile\*

*L'article « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic du TDA/H » de Béliard et ses collègues offre l'opportunité de donner un point de vue sur les évolutions actuelles des pensées et des pratiques dans le champ de la santé mentale. La question du TDA/H est en effet emblématique de ces vives controverses aux plans conceptuel, diagnostique et thérapeutique qui traversent la psychiatrie et qui ont permis d'avancer vers une approche peut-être plus pragmatique, moins dogmatique et, en tout cas, plus à l'écoute des besoins et des attentes des personnes concernées et de leur entourage. De ce point de vue, cet article s'inscrit dans cette dynamique en donnant la parole à des familles adhérentes de l'association HyperSupers TDA/H France.*

*Mon propos sera de fournir l'éclairage d'un psychiatre spécialisé dans les addictions et recevant à ce titre beaucoup de jeunes ayant auparavant présenté un TDA/H pas toujours repéré ni traité. Etant par ailleurs membre de la Commission nationale des stupéfiants et psychotropes à l'ANSM, il m'a été donné de suivre les dossiers de suivi des médicaments à base de méthylphénidate. C'est à ce double titre, d'expérience clinique et de pharmacovigilance/addictovigilance que j'ai*

---

\* Jean-Michel Delile, médecin psychiatre, CEID (Comité d'étude et d'information sur la drogue), 20 place Pey-Berland, 33000 Bordeaux ; jm.delile@ceid-addiction.com

*participé au groupe de travail à la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a produit les « Recommandations de bonne pratique » 2014 concernant le TDA/H en médecine générale (HAS, 2014).*

*En fonction de cette expérience, mon commentaire visera donc à donner l'éclairage d'un clinicien sur certaines des questions ouvertes par l'article : la définition « incertaine ou contestée » du trouble, l'existence même de ce trouble entre construction sociale d'une entité et médicalisation, les controverses d'acteurs de la santé mentale, les données d'efficacité des approches globales actuelles, les usages sociaux de ces troubles et le rôle essentiel des familles.*

### **La définition actuelle du TDA/H**

*La caractéristique essentielle du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) dans le DSM5 est « un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement de l'enfant » (APA, 2015). L'inattention se manifeste au plan comportemental par une grande distractibilité, des difficultés à se fixer à une tâche continue, à concentrer et maintenir son attention, une tendance à papillonner de manière désorganisée. L'hyperactivité se manifeste par une agitation désorganisée et incessante, une incapacité à tenir en place, à attendre son tour, avec une forte impulsivité. Il s'agit bien d'un mode « persistant » d'agir, pas d'une simple agitation circonstancielle.*

*Ce résumé rapide des critères diagnostiques très précis et validés du DSM 5 rappelle d'emblée que, comme bien souvent en psychiatrie, il s'agit d'un diagnostic dimensionnel et non catégoriel. Cela signifie qu'il existe une sorte de continuum allant de la normalité jusqu'au TDA/H le plus sévère. Tous les enfants (et beaucoup d'adultes) présentent en effet, à un moment ou à un autre et généralement de manière circonstancielle, ce type de comportement, turbulent, agité... Ce sont donc des critères dimensionnels (nombre de symptômes, intensité, fréquence, persistance dans le temps, survenue dans tous les espaces de vie, conséquences dommageables, etc.) qui amènent à évoquer le diagnostic mais sur la base de signes que chacun a pu avoir l'occasion d'éprouver de manière plus ou moins fugace.*

*Pour évaluer la notion de validité du diagnostic de TDA/H, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009) s'est référé au « Washington University Diagnostic Criteria » afin de vérifier l'existence d'un profil clinique précis et l'identification de facteurs génétiques, environnementaux et neurobiologiques associés au TDA/H ou corrélés au niveau de la sévérité des symptômes. Cette analyse a permis de reconnaître la validité du diagnostic de TDA/H : les symptômes qui le*

*caractérisent (inattention, impulsivité et hyperactivité) constituent une entité clinique individualisée aussi bien chez les enfants que chez les adultes ; il se distingue de la « normalité » par le nombre des symptômes, leur sévérité et leur caractère invalidant ; les données ont confirmé qu'il avait des conséquences négatives au niveau social, psychologique et éducationnel ; les données sont en faveur d'une origine étiologique génétique et environnementale ainsi que de l'influence de nombreux facteurs de risque.*

*Malgré ces données de la recherche, le caractère dimensionnel ne peut néanmoins qu'interroger le public profane sur la nature réellement morbide d'un « syndrome » dont tout un chacun peut avoir eu l'impression d'en éprouver tout ou partie à certains moments de la vie et, somme toute, assez banal dans ses manifestations élémentaires. La différence est évidente avec des diagnostics plus catégoriels dans les troubles psychiatriques caractérisés comme les troubles psychotiques dont un symptôme cardinal (les hallucinations auditives, les « voix ») n'est qu'exceptionnellement perçu par des sujets « non psychotiques ». Il est donc plus aisé d'en reconnaître et d'en admettre la nature « morbide » et la valeur diagnostique, avec une délimitation plus nette entre les catégories « psychotique » et « non psychotique », ces symptômes apparaissant étrangers à l'expérience commune.*

*Les difficultés concernant les diagnostics dimensionnels, comme le TDAH, ont plusieurs conséquences problématiques. Ils sont fréquemment remis en cause dans leur validité, avec une suspicion de médicalisation de comportements déviants ou excessifs à des fins de normalisation ou même de n'être que de simples « inventions » de l'industrie pharmaceutique pour vendre ses produits. Mais aussi, et surtout d'un point de vue de clinicien, cela limite le repérage de ces troubles aussi bien par les jeunes eux-mêmes que par leurs parents et même par les professionnels (éducateurs, médecins...) qui risquent d'en banaliser les manifestations avec des retards de repérage, de diagnostic et donc d'accompagnement et de traitement. Or, un TDAH non traité risque d'avoir, au-delà des conséquences immédiates aux plans relationnel, scolaire ou psychologique, des conséquences parfois assez lourdes à moyen et long terme (addictions, troubles des conduites, troubles de la personnalité, difficultés de socialisation, etc.) C'est à ce type de problèmes que je suis fréquemment confronté dans ma pratique clinique.*

### ***L'enfant agité : hyperactivité, déficit de l'attention ?***

*Historiquement, ce sont bien les troubles du comportement les plus manifestes et donc l'agitation désordonnée (appelée au fil du temps*

*instabilité psychomotrice, hyperkinésie, hyperactivité...)* qui ont été identifiés le plus tôt par les cliniciens. Il a fallu attendre les années 1970 pour que le lien avec les troubles de l'attention soit mieux établi et le DSM III (1980) pour que le trouble du déficit de l'attention fasse son apparition. Il sera alors question de THADA : trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, mais cette évolution se poursuivra avec la reconnaissance progressive du déficit de l'attention en tant que symptôme cardinal, le pilier du syndrome. L'hyperactivité devint alors en quelque sorte optionnelle comme l'indique l'acronyme TDA/H (l signifiant « avec ou sans hyperactivité »), traduction de l'anglais ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) apparu officiellement dans le DSM-IV en 1994.

*L'hyperactivité (l'agitation persistante, chronique) constitue le symptôme le plus visible, le plus aisément repérable mais il ne constitue pas le fondement du diagnostic, il n'est d'ailleurs plus nécessaire pour le poser. Dans bien des cas, l'agitation désordonnée sera en fait secondaire au déficit de l'attention, beaucoup plus discret, et à la grande distractibilité de ces enfants qui passent de manière incessante d'une activité à une autre, faute de pouvoir se fixer et se concentrer sur une tâche continue.*

*Chez les filles, le TDA/H est d'ailleurs fréquemment dépourvu d'hyperactivité à la différence des garçons chez qui il est plus fréquent. C'est sans doute une des raisons du sous-repérage du TDA/H chez elles car il est moins visible, plus discret, ce qui conduit encore plus souvent que chez les garçons à des diagnostics tardifs lorsque les exigences de performances cognitives autogérées vont croissant (lycée, université). Ainsi, alors que le TDA/H est plus fréquent chez les garçons que chez les filles, les formes à développement (ou à repérage ?) tardif sont plus fréquentes chez les filles.*

*Un des éléments qui conforte cette hypothèse d'un rôle essentiel du déficit de l'attention est l'efficacité des traitements de type amphétaminique comme le méthylphénidate (Ritaline<sup>®</sup>). Il s'agit de médicaments stimulants qui, de manière à première vue paradoxale, réduisent l'agitation alors que les stimulants ont en eux-mêmes un effet inverse. Cet effet surprenant serait en partie dû au fait qu'ils améliorent les capacités de concentration et de vigilance et permettent donc aux sujets de poursuivre une tâche engagée, réduisant ainsi par effet secondaire leur agitation, leur « papillonnement » incessant.*

*Dans cette conception, il ne s'agit donc pas, par le repérage et les soins, pas nécessairement médicamenteux d'ailleurs, de « contrôler » un enfant agité ou turbulent mais essentiellement d'aider des enfants à développer de meilleures capacités d'attention et de concentration et un meilleur autocontrôle comportemental, pour le plus grand bénéfice de*

*leur confiance en eux-mêmes, de leurs capacités d'autorégulation, de leurs relations familiales et sociales et de leur réussite personnelle.*

### ***Le TDA/H et les inégalités sociales de santé***

*Comme les auteurs de l'article le rappellent, « la définition même du problème pose question [...] Les diagnostics incertains ou contestés font que les familles doivent s'orienter dans un champ professionnel divisé ». Ce champ est divisé sur la notion même d'existence de ce trouble, sur sa compréhension et a fortiori sur les moyens de le prendre en charge.*

*Dans un contexte où ce sont les références théoriques ou les croyances des acteurs professionnels qui conduisent leur action, plus que les données probantes souvent récusées a priori elles-aussi par principe (standardisées, déshumanisées, comportementalistes, etc.), la prise en charge dépend des capacités sociales et culturelles des familles confrontées à la difficulté de trouver une réponse adéquate. Les plus démunies, si elles repèrent le problème, seront orientées vers le dispositif de secteur où tout dépendra des orientations théoriques des professionnels comme cela est bien décrit dans l'article. Dans bien des cas, leur demande sera banalisée et culpabilisée, renvoyée à un simple problème de dynamique familiale ou d'incapacité parentale, bien souvent il y aura une hostilité plus franche : « l'hyperactivité ça n'existe pas ».*

*Si la famille a les ressources morales, sociales, associatives et culturelles permettant d'identifier d'autres approches, elle pourra alors consulter dans d'autres villes, voire dans d'autres régions, payer à ses frais des examens onéreux à visée diagnostique et des tests neuropsychologiques, consulter des pédopsychiatres hors-secteur en contournant des délais d'attente exorbitants. Ce point est bien illustré par le bon niveau social des familles rencontrées dans le cadre de cette étude.*

### ***La diversité des facteurs causaux***

*Un point fondamental dans l'évolution des conceptions et des représentations professionnelles du TDA/H ces dernières décennies est la reconnaissance croissante de son caractère multifactoriel. Beaucoup de facteurs de risques tempéramentaux (déficit de contrôle inhibiteur, recherche de nouveauté, de sensation...), environnementaux (faible poids à la naissance, consommation de tabac ou d'alcool pendant la grossesse, alimentation, antécédents d'abus ou de négligence,*

*placements, encéphalites, toxiques environnementaux...)* et génétiques (héritabilité substantielle avec une forte corrélation chez les parents de 1<sup>er</sup> degré) ont ainsi pu être identifiés sans qu'aucun d'entre eux ne soit ni nécessaire ni suffisant. Loin d'être exclusivement causé par des carences ou des difficultés relationnelles, ou par des causes uniquement structurelles et génétiques, cette grande diversité de facteurs causaux donne à chaque technique d'intervention un part possible d'efficacité.

Concernant les interactions familiales qui préoccupent évidemment beaucoup les parents, il apparaît qu'elles ne semblent pas avoir d'effet causal direct mais qu'elles peuvent, en revanche, influencer le cours du trouble ou également contribuer au développement secondaire d'un trouble des conduites. Cela justifie parfaitement l'intervention auprès des parents pour les aider notamment à prendre conscience et donc à mieux contrôler des comportements mal-adaptatifs. L'exaspération devant un nouvel oubli de devoir qui devait être fait à la maison, devant un cartable incomplet tous les matins, peut en effet amener des parents à « craquer », à se mettre en colère de façon excessive en attribuant ces oublis à de la négligence, du désintérêt et à y répondre par des critiques, des réactions émotionnelles excessives ou inappropriées qui risquent d'aggraver les sentiments de rejet, d'incapacité, d'impuissance et d'auto-dévalorisation du jeune et donc, bien loin de le corriger, d'aggraver le trouble.

### **La production sociale des troubles**

*La prévalence croissante du TDAH dans les pays occidentaux au cours des trente dernières années ainsi que la grande variabilité géographique des données sont actuellement plus volontiers attribuées aux méthodes d'enquête (choix des critères diagnostiques, élargissement au déficit de l'attention, méthodes de recueil, etc.) qui sont de plus en plus sensibles et permettent un meilleur repérage, qu'à une réelle évolution épidémiologique. Dans les méta-analyses, la prévalence moyenne est aux alentours de 5 % chez les enfants (Polanczyk, De Lima et al. 2007) et 2,5 % chez les adultes.*

Cependant, différents indicateurs incitent à suivre de près d'éventuelles évolutions. Comme le rappelle Sir Michael Rutter, professeur de psychopathologie développementale au King's College à Londres, il faut réévaluer la part fondamentale des facteurs environnementaux dans l'évolution actuelle des troubles psychologiques chez les enfants :

« Durant ce demi-siècle qui suivit la deuxième guerre mondiale, il a été observé une augmentation importante du taux des conduites

*antisociales, des conduites suicidaires, des troubles dépressifs, de l'usage de drogues toxicomanogènes, dont l'alcool, et ceci chez les adolescents et jeunes adultes. En clair, des facteurs environnementaux sont responsables de ces changements majeurs. Quelle que soit l'importance de la génétique en relation avec les différences inter-individuelles, il est tout à fait invraisemblable qu'une dérive génétique ait pu apparaître si rapidement et soit la cause de l'augmentation des troubles psychopathologiques chez les jeunes. L'étude des causes possibles et de leur rôle au cours du temps a suscité peu d'intérêt de la part des chercheurs en sciences sociales et doit devenir une priorité » (Rutter, 1999).*

*Baumeister et Heatherton rappellent aussi que « la perte des capacités d'autorégulation est la pathologie majeure de notre époque » (1996). Il est donc possible que ce contexte sociétal qui renforce l'impulsivité, la recherche de satisfactions immédiates, en atténuant notamment les capacités de contrôle inhibiteur tout en faisant de plus en plus appel à l'auto-contrôle, contribue au développement de tels troubles des conduites. L'impact des écrans (jeux, réseaux sociaux...) vient encore amplifier ce risque d'altérations cognitives et comportementales.*

*Plus que d'une construction sociale, il s'agirait plutôt de la meilleure reconnaissance de troubles pour partie produits, révélés ou amplifiés par l'évolution de nos sociétés. Les réponses doivent donc être diverses : sociales, familiales, psychologiques mais aussi médicales.*

### ***Les conséquences du TDA/H***

*Le TDA/H a de réelles conséquences dommageables pour les jeunes concernés et pour leur environnement. Il est associé avec des difficultés scolaires, un plus faible niveau de réussite académique, un isolement ou un rejet social, une faible estime de soi et, chez les adultes, des difficultés d'emploi, de réussite sociale et professionnelle et un niveau élevé de conflits interpersonnels. Les enfants présentant un TDA/H ont plus de risques de développer ultérieurement un trouble des conduites à l'adolescence, des addictions et un trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte. Du fait de l'impulsivité et de l'inattention, ils présentent également un risque accru de morbi-mortalité par accidents, de la voie publique notamment. Les risques d'obésité avec toutes leurs conséquences sur la santé sont également plus fréquents.*

*Les difficultés à s'investir dans des tâches et à maintenir des efforts soutenus sont souvent interprétées par l'entourage comme de la paresse, de l'irresponsabilité et sont donc fréquemment sources de discorde et de conflit qui aggravent les éléments de rejet social, d'isolement et d'altération de l'estime de soi. Cette discorde familiale, quand elle*



*devient intense, est un facteur de risque d'évolution vers un trouble des conduites chez l'enfant.*

*Ce sont toutes ces conséquences dommageables qui appuient la validité d'une reconnaissance en tant que trouble dans les nosographies actuelles et une intervention dans toutes les dimensions du problème.*

### ***Les traitements médicamenteux et leur efficacité***

*Dans les recommandations de la HAS (2014), il est indiqué que « la prise en charge du TDA/H est globale et doit être adaptée aux types de symptômes de l'enfant, à la sévérité de leurs retentissements et au choix du patient et de ses parents. La prise en charge est destinée à agir à la fois sur les symptômes, sur le retentissement fonctionnel du TDA/H (les fonctions sociales, l'estime de soi, les compétences scolaires...) et sur les comorbidités qui y sont associées. » Le consensus actuel recommande « une approche multimodale (combinaison selon les cas de thérapies non médicamenteuses, d'interventions éducatives, d'interventions psychosociales et de traitement pharmacologique) dont l'intérêt a été démontré dans plusieurs études (Hinshaw, Arnold et al. 2015). Cette approche thérapeutique est plus efficace pour traiter l'ensemble des symptômes et agir sur leur impact dans les différents domaines de la vie du patient. Elle permet une prise en charge adaptée aux besoins de chaque enfant et de son entourage. »*

*Concernant les médicaments, en France actuellement, seul le méthylphénidate (MPH) est indiqué pour le traitement pharmacologique du TDA/H soit sous forme à libération immédiate (Ritaline<sup>®</sup>) soit sous forme à libération prolongée (Ritaline LP<sup>®</sup>, Concerta<sup>®</sup>, Quasym<sup>®</sup>, Medikinet<sup>®</sup>). Selon l'ANSM (2017), le MPH est indiqué « dans le cadre d'une prise en charge globale du Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDA/H) chez l'enfant de 6 ans et plus, lorsque des mesures correctives seules s'avèrent insuffisantes ». En cas de traitement prolongé chez un enfant ou un adolescent atteint de TDA/H, il est recommandé d'interrompre régulièrement le traitement (au moins une fois par an) pour réévaluer son utilité. Chez les adolescents dont les symptômes persistent à l'âge adulte et qui ont montré un bénéfice évident du traitement, il peut être approprié de poursuivre ce traitement à l'âge adulte.*

*L'augmentation actuelle des prescriptions en France ne correspond pas à un simple effet « marketing » comme cela est parfois avancé mais plutôt à un effet de rattrapage dû à un meilleur repérage du trouble et à une meilleure prise en charge moins réticente à utiliser également des médicaments efficaces. Il reste néanmoins du chemin à parcourir : en*

2014, il y avait 49 000 patients traités dont 39 000 chez les 6-17 ans pour un effectif cible potentiel estimé entre 190 000 et 480 000 enfants présentant un TDA/H dans cette population, soit entre 8 % et 20 % des enfants atteints (ANSM, 2017). Ce niveau de prescription progresse certes en France d'environ 10 % par an : 0,01 DDD<sup>1</sup>/1000 hab/jour en 1996 ; 0,18 en 2005 ; 0,43 en 2012 ; 0,5 en 2014... Mais il reste l'un des plus faibles des pays occidentaux : 2,18 en Espagne ; 2,23 en Allemagne ; 3,17 en Suisse ; 5,92 en Norvège ; 7,67 aux Pays-Bas ; 9,12 aux USA ; 11,7 au Canada et 13,5 en Islande. En France, la durée médiane de traitement était de 1,6 an.

Par ailleurs, les conditions assez restrictives de prescription et de délivrance du méthylphénidate en France semblent limiter efficacement les pratiques de mésusage et d'usage détourné. Cela permet de limiter l'image controversée de ce médicament à l'international où il est parfois utilisé comme une drogue d'abus à des fins de recherche de performance. De même, il convient de rappeler que si, comme tout médicament de type amphétaminique, il s'agit d'un produit potentiellement addictif, quand il est prescrit à des enfants présentant un TDA/H il réduit au contraire significativement chez eux le risque de présenter ultérieurement une addiction secondaire à leur trouble comme le confirment les suivis au long cours (Mannuzza, Klein et al. 2008).

Une revue systématique (Shaw, Hodgkins et al. 2012) reprenant les résultats de 351 études publiées entre 1980 et 2010, indique que globalement les personnes n'ayant pas bénéficié d'un traitement MPH ont un pronostic inférieur dans tous les domaines étudiés, le traitement améliore fortement le devenir au long cours sans « normalisation » complète cependant dans l'ensemble des dimensions étudiées. Par rapport au risque de complication addictive du TDA/H, l'âge d'initiation du traitement MPH est important : le traitement par MPH est d'autant plus protecteur qu'il est plus précoce (Mannuzza, Klein et al. 2008). Si au total, les bénéfices pour ces enfants et leur famille apparaissent donc massifs et évidents, pourquoi alors tant de polémiques ?

### **Discorde et « agitation » chez les professionnels aussi**

Les controverses autour du TDA/H en général et de la Ritaline<sup>®</sup> en particulier s'inscrivent dans un contexte général de tensions dans le champ de la santé mentale. Les querelles d'école sont particulièrement vives dans notre pays avec plusieurs lignes de fracture : modèle

---

(1) Defined Daily Dose, soit 30 mg.

*neurobiologique « maladie du cerveau » vs modèle psychologique et/ou social, psychothérapies vs médicaments, psychanalyse vs thérapies cognitives et comportementales etc. Bien loin d'une approche intégrative et globale, les oppositions souvent radicales amènent les acteurs à être convaincus que les thèses de leurs « adversaires » doivent être nécessairement fausses pour que les leurs soient vraies.*

*A la décharge des acteurs du champ « psy », ces débats sont d'autant plus vifs qu'ils ont une interface politique, à la différence des problèmes relevés en dermatologie ou en ophtalmologie par exemple (en dehors des questions de remboursement...) ou même en psychiatrie concernant les troubles « caractérisés » (catégoriels) comme la schizophrénie. Tout particulièrement en pédopsychiatrie, ces problèmes concernent des troubles dimensionnels (aux délimitations nécessairement floues et relativement subjectives) et à fort impact comportemental et sociétal : TDA/H bien sûr mais aussi troubles des conduites, psychopathie... Il s'agirait de médicaliser, de normaliser des comportements sociaux jugés déviants voire rebelles. Autant de questions qui amènent directement au débat politique sur la délinquance, une question politiquement extrêmement sensible, comme le rappellent les vifs débats portés en 2006 par le Collectif « Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans » en réponse à l'expertise INSERM sur le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent qui préconisait à 36 mois un dépistage de troubles potentiellement prédictifs de conduites délinquantes ultérieures. Cette proposition avait été reprise par le gouvernement et le Ministre de l'Intérieur, Nicolas Sarkozy, dans son projet de loi de prévention de la délinquance. Ce sont donc bien des questions qui sortent rapidement d'un simple périmètre de technique médicale pour être légitimement incluses dans le débat politique, avec ce qu'il comporte inévitablement de violence et d'instrumentalisation d'experts et de relais d'opinion ou de relais médiatiques.*

### ***Des parents bouleversés et fédérateurs***

*La difficulté centrale en pratique clinique est que les familles concernées par le problème sont elles-mêmes perturbées par ces controverses qui peuvent, le cas échéant, créer une tension entre leurs aspirations à un mieux-être et des soins efficaces pour leur enfant et des opinions ou des références de nature essentiellement politiques qui les retiennent parfois elles-mêmes de s'engager dans cette voie. Comme le souligne l'article, « l'usage de médicaments peut être vu comme une manière de droguer son enfant et de pallier chimiquement une éducation défaillante (...), une solution de facilité ».*

*Or, il est généralement admis de nos jours que les troubles mentaux sont multifactoriels et que, sans doute, les moyens les plus efficaces pour les contrôler sont multipolaires voire même intégratifs, c'est-à-dire mieux à même d'intervenir dans les différentes dimensions problématiques (médicale, psychologique, sociale) de manière combinée afin d'optimiser les réponses. Loin de devoir s'annuler l'une l'autre, les différentes lectures du problème peuvent être utilisées pour mieux l'appréhender dans sa globalité et mieux y répondre. Pourquoi dès lors se priver et priver ces enfants du concours de médicaments efficaces ?*

*Un des aspects les plus riches de cette recherche de Béliard et ses collègues est de montrer comment la division chez les professionnels a donné aux familles qui le pouvaient, des espaces de manœuvre pour chercher et co-élaborer avec les professionnels des approches utiles à leur enfant, répondant à leurs besoins, à leurs attentes et à leur volonté d'engagement dans le projet de soins. Elles ont donc activement contribué à soutenir ces approches multimodales qui peuvent être un terrain fédérateur pour les professionnels également.*

*Un autre constat passionnant et qui rejoint parfaitement notre expérience clinique est que la « médication » peut « démedicaliser la situation en mettant à distance un certain nombre d'éléments qui inscrivent la situation dans le champ du pathologique », comme les multiples consultations auprès de professionnels, les écoles spécialisées, les troubles bruyants et repérables par tous, autant de stigmates de maladie difficiles à porter et soulagés par le traitement... C'est une donnée fondamentale qui rejoint un autre élément trop rarement souligné, le diagnostic d'un trouble, loin de sur-stigmatiser en « psychiatrisant » contribue généralement, à l'inverse, à déculpabiliser l'entourage et à soulager le patient qui pensait jusqu'alors être atteint d'une sorte de « tare » qui lui était personnelle. Loin d'écarter toute possibilité de travail thérapeutique personnel, cette lecture permet, à l'inverse, à des acteurs soulagés, de ne plus porter tout le poids de la responsabilité du problème (avec le rôle parfois négatif, culpabilisant des « psychothérapies » dans certains témoignages), de s'ouvrir à la possibilité d'envisager la part de responsabilité qu'ils ont pu effectivement y prendre et de tenter de la corriger.*

**Liens d'intérêts :** *l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.*

## RÉFÉRENCES BLIOGRAPHIQUES

APA (American Psychological Association), 2015. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Elsevier-Masson.

- ANSM, 2017. *Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France*. [<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Methylphenidate-donnees-d-utilisation-et-de-securite-d-emploi-en-France-Point-d-Information>].
- Baumeister R.F., Heatherton T.F., 1996. Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry* 7(1): 1-15.
- HAS, 2014. *Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Recommandation de bonne pratique; mis en ligne 12 février 2015. [[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-davoir-un-trouble-deficit-de-lattention-avec-ou-sans-hyperactivite](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-susceptible-davoir-un-trouble-deficit-de-lattention-avec-ou-sans-hyperactivite)].
- Hinshaw S.P., Arnold L.E., MTA cooperative group, 2015. ADHD, multimodal treatment, and longitudinal outcome: Evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdisciplinary Reviews. Cognitive Science* 6(1): 39-52.
- Mannuzza S., Klein R.G., Truong N.L., Moulton J.L., Roizen E.R., Howell K.H., *et al.*, 2008. Age of methylphenidate treatment initiation in children with ADHD and later substance abuse: Prospective follow-up into adulthood. *American Journal of Psychiatry* 165(5): 604-609.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. *Attention deficit hyperactivity disorder. The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. National Clinical Practical Guideline 72. London: Alden Press. [<https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/evidence/full-guideline-pdf-4783651311>].
- Polanczyk G., De Lima M.S., Horta B.L., Biederman J., Rohde L.A., 2007. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry* 164(6): 942-948.
- Rutter M.L., 1999. Psychosocial adversity and child psychopathology. *British Journal of Psychiatry* 174(6): 480-493.
- Shaw M., Hodgkins P., Caci H., Young S., Kahle J., Woods A.G. *et al.*, 2012. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: Effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine* 10(1): 99.