

N'existe-t-il que des réponses pharmacologiques aujourd'hui ? Le cas des enfants avec des troubles d'attention.

Une analyse ASPH de Valérie Glaude, Najoua Batis et Mélanie De Schepper

Décembre 2016



Association Socialiste de la Personne Handicapée
www.asph.be

Valérie Glaude, Najoua Batis et Mélanie De Schepper
Tél. 02/515 02 65
asph@solidaris.be

**“Les médecins administrent des médicaments
dont ils savent très peu,
à des malades dont ils savent moins,
pour guérir des maladies dont ils ne savent rien.”
Votlaire**

Introduction

En 2012, une analyse de l'ASPH traitait de la problématique autour des troubles d'attention et de la problématique posée par la Rilatine¹. Dans le cadre de son projet d'entreprise de promotion de la santé autour des médicaments, l'ASPH s'intéresse donc aux réponses médicamenteuses proposées aux enfants ou adultes avec des troubles de l'attention ou des troubles de type « dys ».

Il y a un demi-siècle, ces troubles n'existaient même pas...ou en tout cas, ne faisaient pas l'objet de médiatisation, de réorientation, de médicalisation. En effet, de plus en plus souvent, des enfants sont « diagnostiqués » atteint d'un trouble de l'attention. Si dans de nombreux cas, il reste au sein de sa classe, dans d'autres il se retrouve muter dans d'autres classes, dans une autre école ou carrément réorienté en type 8. Cette analyse tente d'aider les parents, de les informer sur ces médications sachant que, souvent, ceux-ci reçoivent des pressions de la part des professeurs ou des professionnels comme en témoigne cette maman « *« en tant que parents d'un enfant atteint du TDA/H, il n'est pas aisé de faire la part des choses entre les deux camps qui s'affrontent aussi bien au niveau des professionnels de la santé que du grand public. Chacun y va de son opinion : les uns sont convaincus que le mieux-être des enfants atteints de TDA/H passe par la prise quotidienne de rilatine et les autres qui pensent qu'aucun trouble ne devrait légitimer la prise quotidienne de « drogue » quelle qu'elle soit même de façon strictement réglementée. Comment s'y retrouver ? A qui faire confiance ? En dehors des avis tranchés, il y a aussi tous les autres qui émettent des réserves plus ou moins sévères qui s'apparentent à des procès d'attention très culpabilisants : les parents qui utilisent la rilatine le feraient simplement pour une question de facilité et en ce qui concerne l'institution scolaire qui alerte les parents, son seul but serait de formater les élèves, là encore pour la facilité de l'enseignant. Comment départager le vrai du faux ? Faire face aux critiques tout en reconnaissant la nécessité d'agir ? »*

Avoir les outils pour comprendre et analyser demeure le meilleur moyen de faire des choix éclairés, d'éviter les stigmatisations, de lutter contre les représentations négatives et de sensibiliser le grand public. Entre innovation scientifique et société contemporaine, le traitement pharmacologique doit répondre à une demande, de plus en plus exigeante, de soins.

Pourquoi traiter les symptômes comportementaux du TDA/H par un traitement pharmacologique ?

Le TDA/H provient d'un dysfonctionnement de messagers chimiques dans certaines parties du cerveau. Ce trouble concerne essentiellement les molécules de dopamine et de noradrénaline. Un tel déséquilibre engendre une série de troubles cognitifs tels des troubles de l'attention et de l'inhibition conduisant eux-mêmes à des comportements impulsifs, à une hyperactivité motrice et/ou intellectuelle ainsi qu'à un manque de concentration.²

¹ Voir « Le trouble du déficit de l'attention chez l'enfant : polémique autour de la rilatine » disponible sur <http://www.asph.be/PublicationsEtOutils/AnalysesEtEtudes/sante-et-ethique/Documents/Le%20trouble%20du%20d%C3%A9ficit%20de%20attention%20chez%20l%E2%80%99enfant%20pol%C3%A9mique%20autour%20de%20la%20rilatine.pdf>

² www.TDAH.be

A travers cette conception, nous comprenons bien que la principale approche envisageable pour solutionner la cause semble être celle d'une régulation par traitement pharmaceutique. Ceux qui sont favorisés sont les psychostimulants, plus précisément le méthylphénidate, molécule retrouvée dans la Rilatine[®], Ritaline[®], Concerta[®], Quasym[®] ou Equasim[®], Focalin[®], Biphentin[®] et Medikinet[®]. Ces traitements visent de prime abord l'amélioration de la concentration.³

Cependant, en s'axant sur cette approche purement médicale, plusieurs questions nous taraudent. Tout d'abord, si le traitement administré ici vise le déséquilibre dopamine/noradrénaline à la base du TAD/H ; pourquoi celui-ci n'est-il pas administré à d'autres pathologies à déficits dopaminergiques (autisme, schizophrénie, parkinson, maladies endocriniennes (thyroïde, adénome hypophysaire, ...), ...) ?

Si d'un autre côté, on estime qu'une prescription de Rilatine[®] cible prioritairement les troubles d'inhibition et de concentration liés aux atteintes de certaines zones du cerveau.

Actuellement, il semble qu'on étiquette de moins en moins le TDA/H comme une maladie neurologique et de plus en plus comme un trouble neurodéveloppemental qui évolue en fonction des interactions avec l'environnement.⁴ L'expression de ces difficultés dépend fortement du cadre proposé et non pas uniquement du dysfonctionnement des molécules chimiques, ni des troubles cognitifs associés. A travers cette conception globale, on se demande alors comment on peut accompagner ces difficultés uniquement sur base d'un traitement pharmaceutique. Comment ce médicament arrive-t-il chez les personnes TDA/H ?

Un diagnostic spécifique pour un médicament spécifique ?

La question de la prescription d'un tel médicament pose celle de l'approche favorisée, de la détection des difficultés et du diagnostic posé. La détection des difficultés met à contribution l'ensemble des partenaires à savoir les parents, la famille, les proches, les enseignants, les employeurs. Ce sont eux qui, à travers leurs observations, vont signaler d'éventuelles problématiques. Bien que ces intervenants soient au plus proche de la personne TDA/H et donc mieux au fait de ce qui « fonctionnent » ou « ne fonctionnent pas » ; ce sont également eux qui sont le plus impliqués.

Nous nous demandons dès lors dans quelle mesure les observations formulées ne seraient pas sensibles aux interprétations personnelles. Ces observations sont-elles objectives et éclairées ; à savoir basées sur des connaissances réelles du TDA/H ? Ne risque-t-on pas de soupçonner, à tort, des comportements issus de contextes difficiles, de manques éducatifs, d'autres pathologies parce qu'on est dépassé et qu'on manque de ressources ? Inversement, interpréter erronément les comportements liés au TDA/H comme de la turbulence, de la négligence ; et y associer une étiquette sociale dévalorisante peut être tout aussi nuisible à l'ensemble des partenaires.

Objectiver les troubles et poser un diagnostic juste doivent alors venir au secours de ces subjectivités. Le rôle des professionnels est alors déterminant. Le diagnostic est posé par le corps médical (pédopsychiatres, psychiatres, neuropédiatres et neurologues), ce dernier ayant eu pendant des années l'apanage du TDA/H. Le diagnostic se base sur une évaluation clinique qui tente d'établir un diagnostic différentiel avec d'autres pathologies qui pourraient présenter des symptômes similaires. On tente non seulement d'éliminer les autres pathologies potentielles ainsi que les facteurs concomitants (psychologiques, environnementaux, ...) ; mais on essaie également de mettre en lien les observations, les éléments médicaux, les rapports, ... avec les critères diagnostique du DSM. Cette évaluation nous semble toutefois quelque peu limitative et peu spécifique. Ces critères restent

³ <https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9thylph%C3%A9nidate>

⁴ <http://www.lavantage.qc.ca/actualites/2016/9/15/une-autre-facon-de-comprendre-le-deficit-de-l-attention.html>

trop vagues, une personne ne présentant pas de TDA/H pouvant se retrouver parmi les critères donnés. De même une personne présentant ce trouble de façon légère peut ne pas être diagnostiquée, ses symptômes pouvant passer inaperçus. Cette évaluation se base sur la conception médicale figeant les troubles ne considérant pas l'approche neurodéveloppementale précitée.

L'évaluation clinique peut être complétée avec diverses échelles mais qui posent elles aussi la question de la spécificité et de la sensibilité des items au TDA/H. Ces échelles sont disponibles en libre utilisation et pousse à l'auto-évaluation créant le risque d'un étiquetage excessif associé à une non connaissance du trouble ou de l'utilisation de ces échelles. Celles-ci sont également influencées par le jugement personnel de chaque observateur. Les utilisateurs connaissent à l'avance les questions posées et peuvent alors orienter préférentiellement leur attention sur ces points dans les observations réalisées. On risque alors de détecter faussement voir de créer des comportements pour répondre à ces échelles. On imagine aussi l'anxiété qui émerge chez des parents utilisant ces échelles seuls sans accompagnement professionnel.

Les tests neuropsychologiques sont un complément intéressant. Ils permettent d'approfondir les profils de fonctionnement des personnes concernées et de proposer des suivis plus ciblés et plus personnalisés. Cependant, elles ne possèdent pas, elles non plus, de caractéristiques spécifiques au TDA/H et ne sont que peu représentatives des difficultés quotidiennes. De plus, certaines personnes parviennent à compenser leurs troubles durant les tests passant alors entre les « mailles » du filet.

Quid de l'efficacité d'un traitement dit spécifique ?

Un paradoxe émerge alors. Les outils de diagnostic utilisés ne semblent pas spécifiques au TDA/H ; pourquoi alors proposer comme prise en charge prioritaire l'administration d'un traitement médicamenteux que l'on fait passer lui pour spécifique à des tels troubles ? Doit-on envisager que l'étiquette TDA/H donnée au traitement par Rilatine[®] couvre d'autres intentions que les intérêts thérapeutiques ? Doit-on douter de l'efficacité du traitement même et davantage miser sur d'autres effets associés à cet étiquetage ?

Certaines pratiques tendent à prendre du recul par rapport à ces prescriptions médicales. Elles favorisent, dans un premier temps, un traitement non médicamenteux qui, s'il n'apporte pas d'amélioration, sera complété par un traitement pharmaceutique. L'évaluation de la nécessité du traitement médicamenteux est faite au moyen d'un placebo prescrit avant le médicament. L'entourage est prévenu qu'un placebo est administré à la place d'un médicament. Certaines études⁵ ont démontré un effet d'efficacité optimal du placebo sur les symptômes, réponse identique que pour le méthylphénidate. D'autres ont mis en évidence que la moitié des personnes répondent au traitement dit spécifique, un quart répondent partiellement et le dernier quart n'y répond pas. Ce qui nous pose à nouveau question sur sa véritable spécificité et sensibilité.

Plus spécifiquement, le méthylphénidate semble diminuer l'hyperactivité, mais les résultats ne sont pas univoques quant à son effet sur l'attention⁶. Les résultats sont également contradictoires quant à l'effet sur la qualité de vie.⁷

⁵ Wolraich ML. Methylphenidate may improve symptoms but does not increase response compared with placebo in preschool children with ADHD. Commentary on Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, et al. Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1284–93. *Evidence-Based Mental Health* 2007;10:60.

⁶ Schachter HM, Pham B, Kin J, Langford S, Moher D. How efficacious and safe is short acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *CMAJ* 2001;165:1475-88.

⁷ NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: pharmacological and psychological interventions in children, young people and adults. Appraisal Consultation Document 2005. Based on: King S, Riemsma R, Drummond M. A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of methylphenidate hydrochloride, dexamfetamine sulphate and atomoxetine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents, December 2004.

Quel accompagnement favorisé alors ?

Un consensus existe pour travailler davantage une approche multimodale.

D'autres traitements existent comme les médecines parallèles que les parents utilisent en plus des traitements médicamenteux pour diminuer les symptômes, limiter les effets secondaires. 67% l'emploient et 64% en parlent à leur médecin. Le plus souvent les parents s'orientent vers de régimes (pauvre en caséine, gluten, phosphate), les vitamines (fer, magnésium, zinc), les suppléments alimentaires (oméga 3 et acides gras essentiels), l'aromathérapie, les chiropracteurs, la kinésiologie, l'homéopathie, la stimulation auditive, ... Aucune étude n'a cependant prouvé leurs efficacités.

Les psychothérapies cognitivo-comportementales seront favorisées pour atténuer les symptômes. A titre d'exemple, il a été démontré que le cerveau des enfants TDAH répond aux récompenses immédiates de la même manière que les médicaments.

Un travail par neurofeedback semble émerger et être porteur sur les difficultés d'attention, de l'impulsivité que de l'hyperactivité.

Les remédiations cognitives portent également leurs fruits, permettant de cibler le travail fourni, de travailler directement sur les fonctions cognitives altérées au moyen d'outils validés, de favoriser des stratégies de compensation ainsi que des aménagements utiles de son environnement.

La guidance parentale sera favorisée afin de réduire les symptômes cliniques, de prendre en charge ou de prévenir le retentissement scolaire, familial et relationnel. L'aide éducative pourra compléter cette guidance pour donner toutes les informations nécessaires aux parents sur ce trouble.

La mise en place de groupe de paroles reste également bénéfique pour favoriser un réseau de soutien aux proches qui restent des acteurs clés de l'amélioration des comportements.

Plusieurs centres travaillant spécifiquement la question proposent ces prises en charge et accompagnent l'ensemble des partenaires :

- Fondation SUSAS
- Centre de Référence des troubles du spectre autistique des cliniques universitaires Saint-Luc
- Centre de Ressources Autisme Liège Polycliniques Universitaires Lucien Brull
- Centre de Référence pour le diagnostic et la prise en charge des troubles du spectre autistique de l'HUDERF
- Centre de l'attention

Discussion

Aujourd'hui, on traite presque tout par des médicaments: la douleur, le stress, le surpoids, le sommeil, l'attention, ... Tout va très vite et à chaque « maladie » son remède rapide et bien entendu, l'industrie pharmaceutique s'en lave les mains.

Comme nous l'avons vu, il n'existe pas une réponse unique et pharmacologique aux problèmes d'attention. Il est important pour les parents d'explorer différentes pistes avant d'arriver à cette solution. Mais quand on est en période d'évaluations, que les professeurs menacent de renvoyer l'élève, que les effets d'une thérapie alternative ne portent pas tout de suite ses fruits, de nombreux parents craquent et se dirigent vers des médicaments. Cela témoigne d'un fonctionnement de la société qui ne nous permet plus de prendre le temps, d'être dans la compétitivité, dans la rentabilité systématiquement.

Qu'il s'agisse de la rilatine et des troubles de l'attention ou d'un autre médicament pour un autre trouble, il faut s'arrêter et se questionner sur cette pratique du facile et rapide. A quel prix ? Avec quelles conséquences ? La consommation de médicaments est banalisée au point d'être placée au même niveau que d'autres types de consommation.

Il est donc encore difficile de faire la part des choses entre les avancées significatives de la pharmacologie – et les espoirs que ces avancées suscitent – et l'unique réponse qu'ils procurent à des problèmes parfois plus complexes.

Références

- Madeleine J. Groom, Gaia Scerif, Peter F. Liddle, Martin J. Batty, Elizabeth B. Liddle, Katherine L. Roberts, John D. Cahill, Mario Liotti, and Chris Hollis (2010). Effects of Motivation and Medication on Electrophysiological Markers of Response Inhibition in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, vol. 67, no 7 (avril 2010).
- NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: pharmacological and psychological interventions in children, young people and adults. Appraisal Consultation Document 2005. Based on: King S, Riemsma R, Drummond M. A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of methylphenidate hydrochloride, dexamfetamine sulphate and atomoxetine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents, December 2004.
- Schachter HM, Pham B, Kin J, Langford S, Moher D. How efficacious and safe is short acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *CMAJ* 2001;165:1475-88.
- Wolraich ML. Methylphenidate may improve symptoms but does not increase response compared with placebo in preschool children with ADHD. Commentary on Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, et al. Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1284–93. *Evidence-Based Mental Health* 2007;10:60.
- <http://www.lavantage.qc.ca/actualites/2016/9/15/une-autre-facon-de-comprendre-le-deficit-de-l-attention.html>
- <http://www.tdah.be/>
- <https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9thylph%C3%A9nidate>

Association Socialiste de la Personne Handicapée

L'**Association Socialiste de la Personne Handicapée** agit concrètement pour faire valoir les droits des personnes handicapées.

- Écoute, conseil et orientation des personnes handicapées et de leur entourage.
- Interpellation des responsables politiques.
- Sensibilisation via des campagnes et des modules d'animations.
- Information à propos du handicap : magazine, site internet, newsletter et Facebook.
- Suivi de situations discriminantes subies par des personnes handicapées.
- Conseils aux professionnels pour la mise en conformité des bâtiments et événements publics.
- Accompagnement des communes pour une plus grande inclusion des personnes handicapées.

L'**ASPH** est présente en Wallonie et à Bruxelles. Les services qu'elle rend sont gratuits pour les affiliés à Solidaris. 10 euros/an pour les non-affiliés Solidaris.

Attention, cela ne dispense pas du paiement d'une cotisation en Régionale.

Secrétariat général :

Rue Saint-Jean, 32-38 - 1000 Bruxelles

Tél. 02/515 02 65

Contact Center : 02/515 19 19

E-mail : asph@solidaris.be

www.asph.be - www.facebook.com/ASPHasbl



Editrice responsable : Florence Lebailly – Secrétaire générale
ASPH – Rue Saint-Jean 32-38 – 1000 Bruxelles