

LE TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ :

faits et interprétations politiques.

18 novembre 2010

François Gonon (directeur de recherche CNRS)

et Annie Giroux-Gonon (psychologue, psychanalyste)

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est en France un sujet de polémiques. Celles-ci ignorent souvent l'évolution rapide des données et des idées en matière de TDAH dans la littérature internationale. Un article récent(1) fait le point de cette évolution. Notre but ici est de présenter cet article puis d'en tirer quelques conséquences au niveau individuel et social.

TDAH: données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. En Amérique du Nord, le TDAH représente le trouble psychique le plus fréquemment diagnostiqué chez l'enfant avec une prévalence de 7 à 9 %. La prescription de psychostimulants (amphétamine, ritaline) y touche des populations importantes depuis trois décennies. La neurobiologie est souvent mise en avant pour justifier cette prescription: le TDAH serait dû à un déficit de dopamine (et/ou de noradrénaline) que viendrait corriger ces médicaments. La littérature récente remet en question cette hypothèse déficitaire(2). En l'absence de théorie neurobiologique solide, l'origine biologique du TDAH est souvent affirmée en raison de sa forte héritabilité (75 %). Cette héritabilité est estimée par des études de vrais et faux jumeaux et suggère que des prédispositions génétiques pourraient favoriser l'apparition du TDAH. Cependant, ces études ne font pas la différence entre facteurs génétiques purs et interactions entre gènes et environnement. Selon ce même type d'études, la tuberculose présente aussi une forte héritabilité (80 %). Par conséquent, contrairement à ce que véhicule les médias, « héritable » ne veut pas dire « avoir des causes génétiques ». De nombreux facteurs environnementaux augmentent le risque de TDAH: faible niveau économique et d'éducation des parents, naissance prématurée, mère adolescente, excès de télévision entre 1 et 3 ans. Inversement, si la mère a fait des études supérieures, le risque est diminué. Par conséquent, un renforcement des crèches et des écoles maternelles dans les quartiers les moins favorisés serait sans doute l'une des mesures les plus efficaces pour prévenir le TDAH(1).

Les études récentes confirment que la ritaline (seul médicament autorisé en France) est relativement bien tolérée et améliore l'attention chez les 3/4 des enfants souffrant du TDAH. Cependant, ces enfants présentent à long terme un risque accru de toxicomanie, délinquance et échec scolaire. Les études nord américaines récentes montrent que le traitement par la ritaline n'a aucun effet, en positif comme en négatif, vis-à-vis de ces risques. Par contre les interventions psychologiques et sociales en direction des enfants et de leurs parents diminuent efficacement ces risques ainsi que les troubles souvent

associés au TDAH (anxiété, dépression, troubles externalisés). Le ministère de la santé de Grande-Bretagne recommande en première intention un soutien psychologique et éducatif en direction des parents. La prescription de ritaline devrait toujours être associée à ce soutien et être réservée aux enfants les plus en difficulté.

La situation française est très différente des USA puisque les médecins généralistes ne sont pas habilités à poser le diagnostic de TDAH et que le pourcentage d'enfant traité par la ritaline est en moyenne inférieure à 1%. On peut donc supposer que la prescription de ritaline entraîne en France des effets à longs termes plus souvent bénéfiques qu'aux USA, mais cette hypothèse n'a pas encore fait l'objet d'une étude. L'expérience américaine d'un effet nul, en moyenne, du traitement médicamenteux du TDAH vis-à-vis des risques à long terme suggère que si certains enfants ont tiré bénéfice du traitement, d'autres ont vu leur état s'aggraver. Une étude française va dans ce sens(3).

Conséquences face aux difficultés d'un enfant particulier

Les psychanalystes ne s'étonneront pas de deux conclusions issues de l'approche pragmatique anglo-saxonne. Premièrement, les symptômes du TDAH sont plus fréquents dans certaines familles même si cette répétition n'a pas grand-chose à voir avec la génétique. Deuxièmement, le plus efficace pour aider l'enfant en difficulté, c'est de soutenir ses parents. Les méthodes de soutien préconisées aux USA (e.g. méthode Barkley) consistent surtout en conseils éducatifs de bon sens. Un soutien inspiré par la psychanalyse n'est nullement incompatible avec ces conseils, mais il va plus loin car la psychanalyse permet de lever les obstacles inconscients qui empêchent les parents de mettre en pratique ces conseils.

En France, sur le principe, tout le monde est d'accord pour affirmer la nécessité d'associer à la ritaline un soutien aux parents. Malheureusement, en pratique, il est plus facile de prescrire de la ritaline que de mettre en oeuvre ce soutien. La tentation est donc grande de se limiter au médicament. L'expérience américaine montre que, si le soutien aux parents n'est pas possible, le traitement par la ritaline est inefficace et donc, potentiellement nuisible.

Conséquences sociales et politiques

En tant qu'entité diagnostique le TDAH résulte beaucoup plus de l'existence d'un médicament et d'une négociation sociale que des avancées de la psychiatrie biologique. Qu'on y adhère ou non ce diagnostic se généralise en France en même temps que le discours sur l'égalité des chances. La démocratie américaine s'est fondée sur l'égalité des chances à la naissance et la méfiance vis-à-vis du pouvoir de l'état. Comme cette idéologie se heurte à la réalité d'une injustice sociale croissante, la psychiatrie biologique est convoquée pour démontrer que l'échec social des individus résulte de leur handicap neurobiologique. Au nom de l'égalité des chances, la société américaine autorise alors chacun à faire valoir les droits que lui confère son handicap (éducation spécialisée, etc). Le TDAH, conçu comme un désordre neurologique d'origine principalement génétique, est donc une réponse sociale, adaptée à l'idéologie américaine, face aux questions réelles posées par l'injustice sociale vis-à-vis de l'échec scolaire et de la délinquance. Elle conduit logiquement à proposer un traitement précoce et un soutien renforcé en direction des seuls enfants diagnostiqués comme handicapés par le TDAH.

Face à l'échec scolaire et la délinquance, le Danemark et la Suède ont fait des choix radicalement différents(4). Pour eux l'état doit s'efforcer de compenser dès la petite enfance les conséquences de l'inégalité économique et éducative des familles. En conséquence les congés de maternité rémunérés sont longs (alors qu'ils n'existent pas aux USA) et l'accueil de tous les enfants de 1 à 6 ans dans des structures collectives est garanti par l'état quel que soit le niveau de revenu de la famille. La qualité des structures accueillant les enfants de 1 à 3 ans est particulièrement renforcée (un adulte pour 3 enfants). Ce système coûte cher, mais il représente un investissement très profitable à long terme pour la collectivité car il diminue l'échec scolaire (pourcentage d'enfants en dessous du niveau scolaire minimum: Danemark 5 %, France 7 %, USA 18 %)4.

Alors même que les preuves de l'inefficacité de la politique américaine commencent à apparaître dans la littérature spécialisée, le discours sur les causes biologiques du TDAH et sur l'égalité des chances envahit le champ médiatique français. Nous le regrettons et espérons que ces quelques réflexions permettront de clarifier les polémiques françaises autour du TDAH.

1. Gonon, F., Guilé, J. M. & Cohen, D. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: données récentes des neurosciences et de l'expérience nord américaine. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence sous presse (2010). Cet article peut être demandé à francois.gonon@u-bordeaux2.fr

2. Gonon, F. The dopaminergic hypothesis of attention-deficit/hyperactivity disorder needs re-examining. Trends in Neuroscience 32(1), 2-8 (2009).

3. Combret, R. Les effets de la ritaline sur les plans du comportement et du fonctionnement mental chez l'enfant hyperactif. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence in press (2010).

4. Esping-Andersen, G. Trois leçons sur l'état providence (Seuil, Paris, 2008).