

# Revue de presse critique en santé mentale

Articles de journaux et extraits de blogs présentant des points de vue critiques sur diverses questions relatives à la santé mentale.

Compilation par Robert Théoret



Mai 2014

**Note**

Cette *Revue de presse critique en santé mentale* contient principalement des publications portant sur la médicalisation des enfants (TDAH et Ritalin, Concerta...). Le RRASMQ est hautement préoccupé par ce phénomène.

## TABLE DES MATIERES

Le TDAH se traite sans Ritalin	3
Du Ritalin souvent prescrit aux benjamins hyperactifs d'une même classe	5
Déficit d'attention: gare aux faux diagnostics	7
Du Ritalin pour la vie	9
TDAH et Ritalin : un cocktail risqué pour la dépendance aux stupéfiants?	12
TDAH : l'augmentation des prescriptions de Ritalin n'aurait pas amélioré les résultats scolaires	14
Ritaline (Ritalin), Concerta : liste de signes d'effets secondaires à surveiller	15
Les visites aux urgences liées aux médicaments tels que Ritalin et Adderall ont quadruplé	17
Génération Ritalin	18
Enfants hyperactifs : gare à la pilule de l'obéissance	19
Des médecins dépassés par l'enfance ?	21
En guerre contre le Ritalin	26
L'école transformée en machine à désintégrer	28
Comment la médicalisation de la difficulté scolaire détruit le métier enseignant	30
Comment agit l'individualisation de la difficulté scolaire ?	30
Nos enfants cobayes de la Psychiatrie ?	32
Helping parents live with instead of labeling their children	35
Treat the Classroom, Not the Kids	38
Mafieuses, les pharmaceutiques ?	40
Mental health drugs based on biased sources	43
Industrie du médicament : "J'ai vendu mon âme au diable"	46
Deux essais, l'un sur la folie, l'autre sur la liberté...	49

<http://www.lapresse.ca/le-soleil/vivre-ici/coin-du-psy/201309/21/01-4691864-le-tdah-se-traite-sans-ritalin.php>

## Le TDAH se traite sans Ritalin



**YVES DALPÉ** Le Soleil

PHOTOTHÈQUE LE SOLEIL



En 2009, le chercheur Fabiano a passé en revue 174 recherches différentes pour conclure que le traitement du TDAH sans Ritalin était hautement efficace en se concentrant sur le comportement des enfants. Et, croyez-le ou non, le problème se résout souvent en faisant faire plus d'exercice aux enfants et en les faisant dormir juste un peu plus !

(Québec) L'année scolaire vient de commencer. Bientôt, beaucoup de bons

parents accepteront la suggestion du Ritalin ou autre psychostimulant pour aider leurs enfants souffrant du trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH). Ils penseront comme la plupart des gens qu'il n'y a pas d'autres avenues. Mais j'ai de bonnes nouvelles pour vous. En effet, il est maintenant prouvé qu'on peut intervenir efficacement auprès de ces enfants sans médicament.

Dans le numéro de février 2013 de la revue *Monitor* (publiée par l'Association des psychologues américains), on consacre un article sur cette question en informant le lecteur sur les méthodes non pharmacologiques du traitement du TDAH. Les informations suivantes sont principalement tirées de cette source. Elles sont d'autant plus intéressantes que la plupart des gens croient que le TDAH est une «maladie» génétique qui ne se traite que par des médicaments.

L'auteure, Rebecca Clay, explique d'où vient le biais en faveur de cette approche pharmaceutique. En 1999, une importante recherche publiée dans la revue *Archives of Psychiatry* avait conclu que le traitement médicamenteux exclusif du TDAH était meilleur qu'un traitement comportemental intensif exclusif ou même qu'une combinaison de médicament et de traitement du comportement. Le corps médical s'empara de ce résultat et courut avec, commente l'auteure. Cependant,

depuis ce temps, plusieurs recherches ont démontré que quelques mois après la fin des différentes modalités de traitement, il n'y avait plus de différences significatives dans l'efficacité. Autrement dit, il est faux de prétendre que le Ritalin est nécessaire.

En 2009, le chercheur Fabiano a passé en revue 174 recherches différentes pour conclure que le traitement du TDAH sans Ritalin était hautement efficace en se concentrant sur le comportement des enfants. Et, croyez-le ou non, le problème se résout souvent en faisant faire plus d'exercice aux enfants et en les faisant dormir juste un peu plus! Des cours sur ce sujet à l'intention des parents donnent d'excellents résultats. On leur enseigne, par exemple, comment récompenser les comportements positifs de leurs enfants au lieu de leur donner de l'attention seulement quand ils sont inadéquats. Des psychologues peuvent aussi enseigner aux familles comment identifier les vraies raisons qui amènent les enfants à s'engager dans les comportements inadéquats du TDAH et ainsi les parents peuvent rectifier le tir.

On a conçu aussi des programmes de formations s'adressant aux professeurs pour leur apprendre comment se comporter en classe avec ces enfants. Il existe aussi des programmes de loisirs thérapeutiques comme des camps de vacances dans lesquels les enfants souffrant du TDAH font du sport ou se consacrent à différentes activités tout en profitant d'interventions thérapeutiques pour améliorer leur comportement. Tout ceci sans médicament.

Selon les résultats des recherches, même quelques minutes d'activité physique peuvent aider les enfants affublés du TDAH à ignorer les distractions, à rester attentifs à leurs tâches et à améliorer leurs résultats scolaires! Et c'est gratuit, comme le sommeil d'ailleurs... Même une demi-heure de sommeil supplémentaire par nuit peut faire une grosse différence en terme de comportement. Au contraire, le manque de sommeil amène chez les enfants des pleurs, des crises de colère, et de la frustration.

D'après ce que je comprends, le Ritalin ou son substitut impressionne certains parents parce que cette drogue donne parfois des résultats immédiats spectaculaires. Mais ce que ces parents ignorent c'est que cette solution ne va pas à la source réelle des problèmes de l'enfant et de son environnement social. L'idée pernicieuse sous-jacente aux médicaments c'est que les difficultés comportementales seraient attribuables exclusivement à des déficiences biologiques. La réalité est plutôt l'inverse, c'est-à-dire que des situations environnementales défavorables engendrent des modifications biologiques, lesquelles sont heureusement réversibles.

Je ne veux pas inquiéter les parents outre mesure, mais il y a des inconvénients à consommer ces médicaments. Plus de 4 % des enfants nord-américains et peut-être 15 % des jeunes québécois consomment ces produits alors que la communauté scientifique s'inquiète de leurs effets à long terme. Je lis régulièrement des mises en garde à ce sujet depuis plusieurs années. Par exemple, déjà en 1991, le psychiatre américain Breggins, ex-professeur à la Faculté de médecine de Harvard, s'élevait contre cette pratique néfaste d'administrer ces psychostimulants aux enfants et aux adolescents et en révélait les graves inconvénients.

Malheureusement, je ne sais pas ce qui se fait au Québec en matière de traitement du TDAH sans médicament. Cela semble rare. Je comprends donc les parents qui cherchent des solutions aux difficultés parfois désespérantes de leurs enfants. Il serait urgent de mobiliser un grand nombre de professionnels intervenant sans médicament auprès de ces enfants.

# leSoleil

Publié le 19 août 2010

[http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/education/201008/18/01-4307747-du-ritalin-souvent-prescrit-aux-benjamins-hyperactifs-dune-meme-classe.php?utm\\_categorieinterne=traffidriviers&utm\\_contenuinterne=cyberpresse\\_vous\\_suggere\\_4693686\\_article\\_POS5](http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/education/201008/18/01-4307747-du-ritalin-souvent-prescrit-aux-benjamins-hyperactifs-dune-meme-classe.php?utm_categorieinterne=traffidriviers&utm_contenuinterne=cyberpresse_vous_suggere_4693686_article_POS5)

## Du Ritalin souvent prescrit aux benjamins hyperactifs d'une même classe



**BAPTISTE RICARD-CHÂTELAIN** Le Soleil

Photo : LE SOLEIL, ERICK LABBÉ

Une étude américaine conclut que le jeunot d'un groupe de maternelle a 60 % plus de «chances»

d'être diagnostiqué du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité que l'aîné.

**(Québec) Les plus jeunes élèves d'une classe sont nettement plus sujets à encaisser un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) que leurs camarades plus vieux du même groupe, selon une étude américaine. Les enseignants seraient particulièrement prompts à étiqueter les benjamins. Et si l'on confondait immaturité et maladie?**

L'auteur, Todd Elder, un économiste de l'Université de l'État du Michigan, avance même que jusqu'à un million de petits Américains pourraient être traités avec des comprimés sans justification. Dans un échantillon de 12 000 enfants, il a constaté que le jeunot d'un groupe de maternelle a 60 % plus de «chances» d'être diagnostiqué TDAH que l'aîné.

Tout au long du cheminement scolaire, le constat serait similaire. En scrutant les dossiers des élèves de cinquième année et de deuxième secondaire, M. Elder a remarqué que les plus jeunes absorbent deux fois plus souvent des médicaments de la famille du Ritalin.

Surprenant aussi de découvrir que les enseignants identifient plus de manifestations d'un TDAH chez les plus jeunes de leurs protégés. Sans doute les comparent-ils avec le reste de la classe, évalue le chercheur. «Mais les symptômes décelés reflètent peut-être simplement [leur] immaturité émotionnelle et intellectuelle.»

Psychologue et professeur en adaptation scolaire à l'Université Laval, Égide Royer n'est pas surpris des conclusions de l'étude américaine. «Il y a une surmédicalisation des problèmes d'apprentissage.» Les garçons, plus turbulents, en feraient particulièrement les frais.

Un enfant né le 28 septembre commencera l'école à cinq ans, remarque-t-il. Celui qui vient au monde la première semaine d'octobre devra cependant patienter jusqu'à l'année suivante pour s'inscrire à l'école. Dans une même classe, il y a donc des enfants qui ont vécu un an de plus. «On réagit de manière médicale à un problème qui est probablement mental. Le jeune a besoin de grandir, tout simplement. L'idée de commencer l'école à cinq ans n'est pas mauvaise en soi, mais l'enfant est plus jeune. On semble confondre maturation normale de l'enfant avec problème de comportement.»

### Diagnostic rapide

« [L'étude américaine] n'est qu'une preuve de plus que la manière dont on diagnostique les enfants se fait de façon trop rapide en vertu de critères beaucoup trop inclusifs», renchérit Joël Monzée, docteur en neurosciences, psychothérapeute et professeur associé à l'Université de Sherbrooke qui vient de publier *Médicaments et performance humaine: thérapie ou dopage?*. Le «degré de maturation» des enfants devrait être pris en compte, selon lui. «À quatre ans, cinq ans, un an pour eux, c'est 20 % à 25 % d'existence. C'est énorme!»

Le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité existe vraiment, note-t-il. Mais la réaction normale des jeunes à la pression scolaire, aux difficultés de leurs parents, à un récent déménagement, au stress serait trop souvent assimilée au TDAH. «Ça ne veut pas dire que l'enfant n'a pas besoin d'aide. Mais peut-être pas de la médication.»

Le chercheur ayant piloté l'étude, Todd Elder, souligne que des fonds publics sont peut-être dépensés à tort pour la médication prescrite aux enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH. Il s'inquiète en outre pour la santé des jeunes, les effets à long terme de prise de méthylphénidate, le médicament communément nommé Ritalin, ne sont pas bien documentés.

### Particularité québécoise

Le Québec est le principal consommateur canadien de méthylphénidate, la famille médicamenteuse souvent identifiée par le nom du plus connu, le Ritalin.

«En 2009, plus de 43 % des ordonnances traitées par des pharmacies canadiennes ont été utilisées par des Québécois», selon les données compilées par la firme IMS Health qui étudient notre consommation de comprimés en tous genres.

Publié le 04 avril 2011

**leSoleil**

[http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/education/201104/03/01-4386077-deficit-dattention-gare-aux-faux-diagnostics.php?utm\\_categorieinterne=trafficdrivers&utm\\_contenuinterne=cyberpresse\\_vous\\_suggere\\_4693686\\_article\\_POS3](http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/education/201104/03/01-4386077-deficit-dattention-gare-aux-faux-diagnostics.php?utm_categorieinterne=trafficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_vous_suggere_4693686_article_POS3)

## Déficit d'attention: gare aux faux diagnostics



**DAPHNÉE DION-VIENS** Le Soleil  
PHOTOTHÈQUE LE SOLEIL

Ce sont les médecins et les psychologues scolaires qui identifient le plus souvent les enfants souffrant d'un TDAH étant donné les temps d'attente pour rencontrer un neuropsychologue.

**(Québec) Le neuropsychologue Benoît Hammarrenger tire la sonnette d'alarme : au Québec comme ailleurs, des médecins prescrivent trop souvent du Ritalin à des enfants qui ne souffrent pas réellement d'un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Les faux diagnostics sont nombreux et leurs conséquences peuvent être «dramatiques», dénonce cet expert.**

Le déficit de l'attention est un problème neurologique qui entraîne des ennuis de concentration, d'oubli et de distraction. Selon différentes études réalisées à travers le monde, de 3 à 12 % de la population en serait atteinte dans les pays industrialisés.

Or, aux États-Unis, une étude récente a démontré que près d'un million d'enfants ont reçu à tort un diagnostic de TDAH.

«C'est énorme», lance le Dr Hammarrenger en entrevue téléphonique, d'autant plus que cette étude est basée sur la prise en compte d'un seul critère, l'immatunité des enfants, alors qu'il existe plusieurs autres facteurs qui peuvent mener à un faux diagnostic. En Amérique du Nord, il s'agirait du diagnostic le plus fréquent en pédopsychiatrie.

Au Québec, il n'existe pas d'étude similaire qui permettrait de chiffrer les cas de faux diagnostics. Mais en se basant sur sa pratique en clinique privée, le Dr Hammarrenger estime que de 20 % à 30 % des enfants qu'on lui envoie pour un déficit d'attention éprouvent en réalité d'autres types de problème.

Les neuropsychologues sont les mieux outillés pour établir un diagnostic, basé sur une série de tests normés qui permettent d'en arriver à un verdict fiable, affirme-t-il. Mais puisque l'attente



pour ce type de spécialiste peut aller jusqu'à deux ans dans le réseau public, ce sont les médecins et les psychologues scolaires qui identifient le plus souvent les enfants souffrant d'un TDAH.

«Un pédiatre peut voir un enfant dans son bureau pendant 15 minutes, une demi-heure s'il est consciencieux, avant d'émettre un diagnostic. En neuropsychologie, l'évaluation est basée sur une journée complète», affirme M. Hammarrenger, qui dirige la Clinique d'évaluation et de réadaptation cognitive, située à Laval.

### **Résultats dramatiques**

Les raisons qui pourraient porter à identifier un enfant à tort comme souffrant d'un TDAH sont nombreuses, ajoute-t-il. Le volet psychoaffectif et émotif est souvent sous-estimé, selon lui.

«Quand ça ne va pas à la maison ou si un enfant se sent intimidé à l'école, c'est sûr qu'il va avoir plus de difficulté à écouter le prof. Souvent, c'est l'anxiété qui vient drainer l'attention de l'enfant», explique-t-il.

Dans ces cas, lorsqu'on lui prescrit du Ritalin ou un autre médicament de la même famille à la suite d'un diagnostic de TDAH, le résultat peut être «dramatique», poursuit le neuropsychologue, puisque ces médicaments peuvent augmenter l'anxiété. «On vient de doubler le problème», dit-il.

D'autres problèmes peuvent aussi causer des symptômes reliés au TDAH sans que l'enfant ne souffre d'un véritable problème neurologique, ajoute-t-il. Un jeune dyslexique aura de la difficulté à se concentrer sur ce que l'enseignant écrit au tableau, alors qu'un enfant surdoué pourra paraître très distrait s'il n'est pas assez stimulé.

«J'ai évalué récemment un enfant qui n'écoutait pas en classe et qui était très dérangeant pour les autres élèves. Mais il a pu répondre avec attention à toutes mes questions pendant trois heures sans arrêt, parce qu'il était stimulé. Il était vraiment d'une intelligence supérieure aux autres enfants de son âge. Mais la psychologue scolaire insistait pour qu'il prenne de la médication», raconte-t-il.

Les enfants asthmatiques qui utilisent régulièrement des pompes peuvent aussi être plus excités que la moyenne sans qu'ils ne souffrent d'un TDAH, puisque ces appareils contiennent des substances stimulantes qui correspondent à l'équivalent de cinq à huit cafés, ajoute-t-il.

M. Hammarrenger ne veut pas jeter la pierre aux médecins et psychologues, mais il tient à rappeler qu'il faut être prudent avant de recourir à la médication à la suite d'un diagnostic de TDAH.

Au Québec, le nombre d'ordonnances de Ritalin ou d'autres médicaments de ce type a quadruplé au cours des dernières années, passant de 106 280 à... 400 800 depuis 2000.

---



# LE DEVOIR

[Actualités en société](#)

11 juin 2005

Libre de penser

[Louise-Maude Rioux Soucy](#)

<http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/84019/du-ritalin-pour-la-vie>

## Du Ritalin pour la vie

**«La moitié des enfants verront leurs symptômes persister à l'adolescence et à l'âge adulte»**

Longtemps considéré comme une béquille pour aider les hyperactifs à marcher droit, le Ritalin commence timidement à imposer sa griffe au quotidien et pour la vie. Ce changement, qui va de pair avec une explosion de la pharmacopée destinée aux enfants, contribue fortement à alimenter l'idée d'une surprescription au Québec. Et si nous avions tout faux? Le Devoir vous propose un état des lieux.

Sous l'impulsion d'une vague de fond venue des États-Unis, un nombre croissant de médecins québécois choisissent de prescrire le Ritalin en continu aux enfants qui souffrent d'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Certains n'écartent même plus la possibilité d'un traitement à vie. Mais cette petite révolution a des racines encore bien fragiles au Québec, où la question de la bonne utilisation vient hanter les prescripteurs.

Il faut admettre que les statistiques ont de quoi faire sursauter quand on sait que le nombre d'enfants qui souffrent d'un TDAH est constant année après année (de 5 à 7 %). En effet, le fournisseur canadien IMS, qui recense les ventes de médicaments, note que le nombre de visites attribuées à ce trouble a grimpé de 20 % en quatre ans alors que les prescriptions, elles, bondissaient de 30 %. Ce décalage, que plusieurs attribuent à tort à une surprescription, serait plutôt l'indice que cette révolution fait tranquillement son chemin au Québec en tirant les statistiques vers le haut derrière elle.

Dans les cliniques spécialisées en TDAH du CHU Sainte-Justine et de l'Hôpital pour enfants de Montréal, le médicament est présenté comme un élément aussi essentiel que l'est l'insuline pour le diabétique. Quarante ans après l'arrivée du Ritalin, il ne s'agit plus de s'interroger s'il est bon de prescrire un stimulant ou non, mais de savoir comment il faut le faire, explique sans détour la Dre Stacey Ageranioti-Bélanger, qui parle du TDAH comme d'un mal «chronique».

Pour la directrice de la Clinique TDAH de Sainte-Justine, prescrire un stimulant sur une base strictement scolaire lance un message ambigu aux parents comme à l'enfant. Voilà pourquoi elle recommande la prise du stimulant tous les jours de l'année. «Avant, on avait tendance à ne regarder que ce qui touchait l'école et à négliger le reste; aujourd'hui, on reconnaît que c'est un pro-

blème qui touche la vie d'un enfant et de sa famille au quotidien», note la Dre Ageranioti-Bélanger.

### Vieillir avec le Ritalin

C'est dans le même esprit que des médecins choisissent de prescrire le stimulant à l'adolescence et à l'âge adulte, une tendance lourde aux États-Unis mais qui divise encore le Québec. «Nous avons l'habitude de cesser la médication à l'adolescence, mais nous savons maintenant que la moitié des enfants verront leurs symptômes persister à l'adolescence et à l'âge adulte», fait valoir la Dre Ageranioti-Bélanger, preuves scientifiques à l'appui.

Des chercheurs américains ont en effet réussi à mesurer l'impact non négligeable d'un trouble non traité chez d'anciens TDAH. Adultes, ces gens ont beaucoup plus de problèmes à garder un emploi, ils ont de la difficulté à créer des liens et sont plus nombreux à divorcer ou à se séparer. Comme il leur arrive encore de manquer de concentration, ils se blessent davantage et ont plus d'accidents automobiles. Souvent fragilisés, ils cèdent plus facilement à la pression et sont plus nombreux à penser au suicide.

Car on ne peut jamais prévoir comment le TDAH évoluera ni quand il fera en sorte que le quotidien devienne un enfer. À la clinique du CHU Sainte-Justine, il n'est donc plus rare de rencontrer des adolescents comme Suzie, quatorze ans, croisée par Le Devoir, un beau matin de mars. Enfant, Suzie était une petite fille sans histoire, un peu dans la lune, certes, mais généralement première de classe. À l'adolescence, son problème d'attention s'est toutefois couplé à des problèmes de consommation et de comportement.

Depuis deux ans, Suzie est souvent suspendue et ses notes ont dégringolé. «On savait qu'elle avait un problème d'attention. Mais avant, elle ne vivait pas d'échecs. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas. On a donc senti le besoin d'agir», explique sa mère, dans un sourire. Ce matin-là, le verdict est finalement tombé: Suzie devra prendre un stimulant. L'adolescente est visiblement soulagée. «Je veux changer d'école et recommencer à neuf. Je suis prête à le faire avec le Ritalin», souffle-t-elle, en triturant ses piercings.

Mais en dehors des cliniques spécialisées, l'idée de prescrire le Ritalin à vie est encore loin d'être acquise. Médecin de famille en Centre jeunesse, le Dr Yves Lambert compte onze enfants TDAH sur douze dans le seul groupe des six à douze ans. Il sait mieux que quiconque combien la médication est capitale pour ceux-ci, mais il hésite à poursuivre le traitement au-delà d'un certain âge. «J'en suis à en discuter avec mes patients un à un. Je ne sais pas encore où je me situe par rapport à ça.»

Très au fait des recherches, le Dr Lambert ne cache pas qu'il espère obtenir des réponses satisfaisantes dans les prochaines percées attendues en neurosciences. Un espoir que partage le psychologue Denis Lafortune, qui avoue avoir les mêmes réserves. «Les neurosciences nous ont permis de voir que le TDAH n'est pas induit par un seul gène mais par une série de gènes», indique le

spécialiste des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent. La prochaine étape sera de voir comment s'exprime cette série de gènes au fil des ans.

### Le bon diagnostic

Ce profil génétique est peut-être la clé qui permettra aux cliniciens de faire un diagnostic vraiment sûr, ce qui, pour le moment, reste très difficile à obtenir. En effet, certains symptômes attribués au TDAH peuvent appartenir à une dizaine d'autres conditions psychiatriques, comme l'anxiété, le stress, la dépression, quand ils ne cachent pas tout simplement un mauvais classement scolaire ou un climat familial difficile.

Voilà pourquoi des règles très strictes ont été édictées par le Collège des médecins et l'Ordre des psychologues. Mais, compte tenu de leur complexité, bien peu de spécialistes ont le loisir de s'y prêter. Idéalement, le pédopsychiatre devrait faire une évaluation individuelle de 45 minutes de l'enfant, rencontrer ensuite son répondant, communiquer avec l'école, faire une évaluation physique de l'enfant, et, au besoin, une évaluation psychologique.

Denis Lafortune a toutefois constaté que ces règles ne sont suivies qu'une fois sur cinq, pas davantage, en Amérique du Nord. «Dans une étude réalisée auprès d'un peu moins de 300 enfants vus à la clinique externe de pédopsychiatrie de Sainte-Justine, pour des motifs divers, le psychologue a ainsi pu observer que 45 % d'entre eux recevaient, à un moment ou à un autre du suivi, une prescription de médicaments psychotropes et, pour ceux-là, le délai moyen entre l'ouverture du dossier et la première prescription était de zéro jour.»

Voilà un délai qui laisse songeur quand on sait que le diagnostic n'est juste que s'il repose sur une combinaison de plusieurs symptômes qu'il faut soigneusement peser auprès de plusieurs intervenants. «Le principal défaut des évaluations rapides est qu'on accorde une importance démesurée à un ou quelques symptômes très dérangeants, comme l'agitation, ce qui n'en fait pas un enfant hyperactif ou lunatique pour autant», note M. Lafortune.

Une étude américaine a démontré que 80 % des diagnostics sont motivés par ces symptômes-cibles que l'on nomme plus communément target symptoms. Hors des cliniques spécialisées, les médecins n'ont pas le temps nécessaire pour s'astreindre à de longues démarches. «Dans la communauté, les pédiatres ne voient les enfants que cinq à dix minutes, pas plus», déplore le Dr Emmett Francoeur, qui préside le comité de planification du programme TDAH à l'Hôpital de Montréal pour enfants.

Est-ce à dire que nos enfants sont médicamentés à tort? Le Dr Francoeur en doute. «Il y a certainement de mauvais diagnostics, mais ce phénomène va dans les deux sens. Il y a des enfants qui reçoivent une médication pour un mal tout autre, une dépression par exemple, et d'autres qui n'en reçoivent pas et qui en auraient besoin.»

N'empêche que cela lance un signal pour le moins ambigu, s'étonne Denis Lafortune. «Donner un stimulant à un enfant qui en fait souffre d'une dépression lui lance un message incohérent, même si on le soulage. Il faut se préoccuper de l'interprétation de l'enfant dans une situation pareille.»

Mais si les règles diagnostiques sont si souvent bâclées faute de temps, les médecins québécois sont majoritaires à suivre de très près leurs patients, ce qui laisse place aux ajustements nécessaires, explique le Dr Yves Lambert. «Aux États-Unis, les médecins prescrivent un psychotrope et ne revoient l'enfant que trois mois plus tard. Moi, quand je donne une telle prescription à un enfant, je le vois à la semaine tant qu'on n'est pas arrivé à un état stable. Et la majorité des médecins québécois ont la même attitude.»



**Le Réseau d'information pour la réussite éducative (RIRE)** diffuse de l'information susceptible de répondre aux besoins des acteurs de la réussite éducative. Cette information est repérée grâce aux activités de veille du CTREQ.

[Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec](http://www.ctreq.qc.ca/)

<http://www.ctreq.qc.ca/>

[www.facebook.com/rire.ctreq](http://www.facebook.com/rire.ctreq)

## TDAH et Ritalin : un cocktail risqué pour la dépendance aux stupéfiants?

Publié le 19 juin 2013 par [Brigitte Levesque](#)



En 2011, une étude de l'[UCLA](#) (Université de Californie à Los Angeles) révélait que les enfants souffrant du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) étaient deux à trois fois plus susceptibles que les autres enfants de développer de graves problèmes de toxicomanie à l'adolescence et à l'âge adulte.

Dans l'édition du 29 mai de la revue [JAMA Psychiatry](#), l'un des principaux journaux de recherche en psychiatrie publié par l'Association médicale américaine ([AMA](#)), deux psychologues ont approfondi la question et présentent la plus importante étude dans le domaine.

Les propos des chercheurs Kathryn Humphreys et Steve S. Lee, rapportés dans cet [article](#), indiquent qu'ils cherchaient à savoir si les médicaments stimulants utilisés pour traiter le TDAH contribuaient à ce risque élevé de dépendance.

## Quelques résultats

Les résultats démontrent que, parmi les enfants atteints de TDAH, ceux qui sont sous médication ne sont pas plus à risque d'abuser de stupéfiants que leurs compères non-médicamentés : « Nous n'avons trouvé aucune association entre la prise de médicaments tels que le Ritalin et la dépendance ultérieure à l'alcool, la nicotine, la marijuana ou la cocaïne. »

Bien que la prise de médicaments ne représente pas un facteur de risque supplémentaire, Lee soutient que d'autres enjeux propres à la réalité de ces jeunes sont à considérer :

**«La majorité des enfants atteints de TDAH – au moins les deux tiers – montrent d'importants problèmes sur les plans académiques et sociaux, ainsi que de l'anxiété et même la dépression à l'âge de l'adolescence. »**

## Des répercussions permanentes?

Selon Lee, ces conséquences sont souvent observables tout au long de la vie. Les individus atteints de TDAH se répartissent généralement en trois groupes de taille égale :



- un tiers éprouvera d'importantes difficultés scolaires et sociales;
- un tiers restera aux prises avec des séquelles modérées;
- un tiers n'en retirera que de faibles retombées négatives.

Humphreys avise qu'au fur et à mesure que les sujets de leur **étude longitudinale** vieilliront, elle et ses collègues seront en mesure de mieux comprendre le fonctionnement des personnes vivant avec un TDAH en étudiant notamment dans quelle proportion elles obtiennent un diplôme, se marient, fondent une famille ou se divorcent. Ces données permettront éventuellement de dépister et de traiter le trouble le plus adéquatement possible.

Source: <http://newsroom.ucla.edu/portal/ucla/are-children-who-take-ritalin-246186.aspx> / Are children who take Ritalin for ADHD at greater risk of future drug abuse? / By Stuart Wolpert  
May 29, 2013

<http://www.psychomedia.qc.ca/hyperactivite/2013-08-08/tdah-medicaments-ritalin-peu-de-benefices>

## TDAH : l'augmentation des prescriptions de Ritalin n'aurait pas amélioré les résultats scolaires



La réforme de l'assurance médicament en 1997 au Québec a été accompagnée par une augmentation spectaculaire de l'utilisation du Ritalin (méthylphénidate) et d'autres médicaments stimulants (Adderall, Concerta...) pour traiter le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). 44 % du Ritalin prescrit au Canada est consommé au Québec qui représente 23% de la population.

Une étude, publiée en juin 2013 comme document de travail par le *National Bureau of Economic Research*, a examiné si cette augmentation a été associée avec des améliorations dans le fonctionnement émotionnel et les résultats académiques à court et long termes chez les enfants atteints du TDAH.

Janet Currie de l'Université Princeton et ses collègues des universités de Toronto et Cornell (1) ont analysé les données d'un échantillon, représentatif nationalement, de plus de 15 000 enfants et leurs familles suivis pendant 14 ans, rapporte *The Atlantic*.

Plus les symptômes du TDAH des enfants étaient sévères, plus leurs scores sur toutes les variables mesurées étaient faibles. Mais bien que confirmant une augmentation de l'utilisation du Ritalin et d'autres médicaments stimulants, surtout chez les enfants ayant un TDAH sévère, "peu d'amélioration globale des résultats" ont été constatés.

Au contraire, les enfants ayant des symptômes d'ADHD sévères étaient plus susceptibles d'être en retard académiquement, de recommencer des années scolaires et d'avoir de faibles résultats en mathématiques. L'effet était plus marqué chez les garçons qui étaient aussi plus susceptibles de quitter l'école. Les enfants qui avaient des symptômes de TDAH de sévérité moyenne, catégorie dans laquelle se retrouvent les filles, ont connu une augmentation de 24% de problèmes émotionnels lorsque le Ritalin est devenu plus couramment utilisé.

Les auteurs font l'hypothèse que les médicaments rendant les enfants moins perturbants, ces derniers recevraient moins d'attention. Les médicaments peuvent devenir, disent-ils, un substitut pour d'autres types d'interventions cognitives et comportementales qui pourraient être néces-

saires pour les aider à apprendre. Une autre hypothèse est que les médicaments pourraient empirer les symptômes lorsque pris sur le long terme.

Ces résultats "sont muets" sur les effets d'une utilisation optimale des médicaments pour le TDAH, soulignent les auteurs, mais ils suggèrent que l'expansion de l'utilisation de ces médicaments peut avoir des conséquences négatives étant donné la façon dont ils sont généralement utilisés.

**Psychomédia**  
En ligne depuis 17 ans

Soumis par [Gestion](#) le 19 juillet 2013

<http://www.psychomedia.qc.ca/hyperactivite/2013-07-19/methylphenidate-ritaline-concerta-quasym-liste-effets-secondaires>

## Ritaline (Ritalin), Concerta : liste de signes d'effets secondaires à surveiller



L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a publié, le 17 juillet, un rapport sur l'utilisation du médicament méthylphénidate (Ritaline, Concerta et Quasym) en France et une brochure d'information à l'intention des patients et de leur entourage.

Le médicament, qui est un psychostimulant apparenté à l'amphétamine, est indiqué "dans la prise en charge du trouble déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) chez l'enfant de 6 ans et plus, lorsque les interventions psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes".

L'utilisation du médicament en France reste très limitée comparativement à d'autres pays européens ou aux États-Unis et au Canada.

La réglementation qui réserve la prescription initiale et les renouvellements annuels aux spécialistes et/ou aux services hospitaliers spécialisés en neurologie, psychiatrie ou pédiatrie n'est pas toujours respectée, relève l'ANSM. Environ 10 % des prescripteurs initiaux, est-il estimé, sont des médecins généralistes exerçant en libéral. Les professionnels de santé ont reçu un rappel de l'ANSM à ce sujet en septembre 2012.



La [brochure d'information](#) dresse notamment une liste de symptômes et de signes d'effets secondaires indésirables dont la survenue ou l'aggravation est à signaler rapidement au médecin :

- **Risques pour la santé mentale ou le comportement (risques neuropsychiatriques)**
  - de tics moteurs : contractions répétées, difficiles à contrôler de certaines parties du corps;
  - de tics verbaux : répétition de sons et de mots;
  - d'une agressivité ou d'un comportement hostile;
  - d'une agitation, d'une anxiété ou d'une tension nerveuse;
  - d'un manque d'appétit ou d'un refus de se nourrir;
  - d'hallucinations (voir, entendre ou sentir des choses qui ne sont pas réelles) ou d'illusions (perceptions déformées de sensations réelles);
  - de signes de type paranoïaque (méfiance, susceptibilité exagérée, jugement faux, interprétation hâtive);
  - de signes évoquant une dépression (grande tristesse, désespoir, impression d'inutilité, culpabilité);
  - de sautes d'humeur ou de modification de l'humeur (notamment des symptômes correspondant à une surexcitation physique et psychique).
- **Risques pour les vaisseaux du cœur et du cerveau (risques cardiovasculaires et cérébrovasculaires)**
  - palpitations, douleurs dans la poitrine, perte de connaissance inexplicée, difficultés à respirer;
  - maux de tête sévères, engourdissement, faiblesse ou paralysie d'un membre, altération de la coordination, de la vision, de la parole, du langage ou de la mémoire.
- **Risques de retard de croissance et de diminution de prise de poids**
  - Il est nécessaire de surveiller le poids et la taille avant le début du traitement puis au moins tous les 6 mois.
- **Risques de mésusage (utilisation inadéquate) et dépendance**
  - Le médicament peut entraîner une dépendance (impossibilité de se passer de consommer une substance sous peine de souffrance physique et/ou psychique ou d'une altération du fonctionnement social) et une accoutumance (manque d'efficacité des doses usuelles à l'origine d'une augmentation progressive de celles-ci pour obtenir le même effet), indique l'ANSM.

"Un suivi régulier, en particulier de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque, de la taille et du poids chez l'enfant, de l'humeur et du comportement, une réévaluation régulière de la nécessité de poursuivre le traitement, ainsi que le respect des conditions d'utilisation permettent de limiter la survenue d'effets indésirables graves", souligne le communiqué de l'ANSM.

# Psychomédia

Soumis par [Gestion](#) le 9 août 2013  
En ligne depuis 17 ans

<http://www.psychomedia.qc.ca/hyperactivite/2013-08-09/tdah-mesusage-medicaments-stimulants>

## Les visites aux urgences liées aux médicaments tels que Ritalin et Adderall ont quadruplé



Le nombre de jeunes adultes qui se retrouvent dans les urgences d'hôpitaux après la prise de médicaments stimulants, tels qu'Adderall, Concerta et Ritalin, a quadruplé au cours des dernières années aux États-Unis, selon les données des *US Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA). Il s'agit d'une nouvelle indication, est-il souligné, des conséquences qui résultent de l'utilisation généralisée de ces médicaments qui sont prescrits pour le traitement du *trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité* (TDAH).

Le nombre de visites aux urgences liées aux stimulants, chez les personnes de 18 à 34 ans, est passé de 5.600 en 2005 à 23.000 en 2011.

L'augmentation est particulièrement prononcée chez les 15 à 25 ans, précise Peter J. Delany, directeur du SAMHSA. La plupart des gens qui font un mésusage de ces médicaments se les procurent auprès d'amis ou de membres de leur famille. Les causes de ces visites sont la prise de doses trop élevées ou la prise en combinaison avec l'alcool.

Une mauvaise utilisation de ces médicaments est liée à des problèmes cardiovasculaires ainsi qu'à l'abus et la dépendance. Lorsqu'ils sont combinés avec l'alcool, les stimulants peuvent masquer les effets de l'ivresse, ce qui augmente le risque d'intoxication à l'alcool et de blessures. Environ un tiers des visites aux urgences liées aux stimulants impliquent l'alcool.

Les stimulants considérés dans ce rapport incluaient les médicaments sur ordonnance tels que ceux utilisés pour traiter le TDAH, les médicaments en vente libre qui contiennent de la caféine ainsi que les boissons énergisantes contenant de la caféine. Les stimulants illicites comme la méthamphétamine n'étaient pas inclus. Les boissons énergiques ne contribuaient pas pour une grande proportion des cas recensés dans ce rapport.

<http://www.protegez-vous.ca/sante-et-alimentation/ritalin.html>

## Génération Ritalin

Par Rémi Maillard

### *De plus en plus prescrits*



Photo: iStockphoto

Ils ont envahi les cours de récréation et font désormais partie du paysage scolaire. Au Québec, les psychostimulants à base de méthylphénidate ou d'amphétamines tels que le Ritalin, le Concerta, l'Adderall et la Dexedrine ont vu leur consommation quadrupler en 10 ans. Selon la firme IMS Health, le nombre d'ordonnances dans la province est passé de 267 151 en 2000 à plus d'un million en 2009.

Et la tendance n'est pas près de s'inverser si l'on en croit les premières données pour 2010. Résultat, environ 5 % des écoliers québécois prennent aujourd'hui ces psychotropes destinés à traiter le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le diagnostic le plus fréquent en pédopsychiatrie en Amérique du Nord.

Cette augmentation n'a rien d'étonnant, justifie la Dre Stacey Bélanger, directrice de la Clinique du TDAH de l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal. « La prévalence du trouble de l'attention varie de 5 à 7 % depuis des années et il persiste chez plus de 50 % des adolescents et de nombreux adultes. S'il y a davantage d'ordonnances, c'est notamment parce que les médecins sont mieux informés, qu'on a de meilleures évaluations multidisciplinaires pour établir un diagnostic et que les nouvelles molécules à longue durée d'action ont moins d'effets secondaires. »

D'autres spécialistes s'inquiètent pourtant de la situation. Certains pensent que seul un « noyau dur » d'enfants réellement hyperactifs a besoin d'une médication, tandis que quelques-uns la trouvent carrément inutile.

### *Un marché en plein essor*

Le chiffre d'affaires mondial des médicaments pour le TDAH progresse de 8 % par an en moyenne. En 2012, il devrait atteindre 4,5 milliards de dollars, prévoit la firme CNS Drug Discoveries, spécialisée dans l'analyse du marché pharmaceutique. Une augmentation due en partie « à une plus forte pénétration de la médication chez de nouveaux patients, spécialement les adultes ». En 2005, 90 % des ventes de psychostimulants ont eu lieu aux États-Unis, où environ huit millions d'enfants sont aujourd'hui sous psychotropes.

**Le Point.fr**

Le Point.fr - Publié le 29/04/2011

[http://www.lepoint.fr/sante/enfants-hyperactifs-gare-a-la-pilule-de-l-obeissance-29-04-2011-1324951\\_40.php](http://www.lepoint.fr/sante/enfants-hyperactifs-gare-a-la-pilule-de-l-obeissance-29-04-2011-1324951_40.php)

## Enfants hyperactifs : gare à la pilule de l'obéissance



La prescription de plus en plus répandue de méthylphénidate, plus connu sous le nom de Ritaline®, inquiète certains spécialistes. C'est sûr qu'il est toujours plus facile d'opter pour la prise quotidienne d'un médicament afin de calmer son bambin que d'accepter un lourd suivi psychologique, éducatif et parfois social... ©

Par [GWENDOLINE DOS SANTOS](#)

Dans son numéro du mois de mai, le *Journal des professionnels de la petite enfance* titre "Hyperactivité... Le mal du XXI<sup>e</sup> siècle ?" À cette interrogation, le docteur Bruno Toussaint, rédacteur en chef de la revue *Prescrire*, dont l'absence de toute publicité, sponsor, actionnaire ou subvention, assure une parfaite indépendance vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques, répond : "Vu l'intérêt grandissant pour les médicaments traitant cette pathologie, ce n'est pas impossible."

En effet, même si sa prescription est très encadrée en [France](#) (classe des stupéfiants), le méthylphénidate s'est fait une véritable place sur le marché. Entre 2004 et 2009, le nombre de boîtes, tous dosages confondus, remboursées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés est passé de 171 274 à 274 186, soit une augmentation de 60 %. Et les chiffres ne risquent pas de fléchir. Aux deux marques, la Ritaline® et son homologue le Concerta® déjà commercialisés dans les pharmacies françaises, est récemment venue s'ajouter une troisième, le Quasym®.

### Effets indésirables

Il est sûr qu'il est plus facile d'opter pour la prise quotidienne d'un médicament afin de calmer son bambin que d'accepter un lourd suivi psychologique, éducatif et parfois social, en plus des profonds changements à opérer au sein de la sphère familiale. Pour autant, méfiance ! "Les dérivés amphétaminiques, comme on l'a vu avec le Mediator®, ne sont pas toujours bons pour la santé !" prévient Bruno Toussaint, qui a souvent alerté, dans les pages de sa revue, sur les effets indésirables de cette molécule. Ils ont tendance à exciter le cerveau et le système cardio-vasculaire. Ils

peuvent perturber le fonctionnement cardiaque et conduire jusqu'à l'arrêt du cœur ; le méthylphénidate est d'ailleurs incriminé dans plusieurs décès aux [États-Unis](#). Ce dérivé amphétaminique entraîne aussi une diminution de l'appétit, qui, chez l'enfant, peut se traduire par un retard de croissance allant de 1 à 1,5 cm par an, en particulier la première année de traitement. Par ailleurs, à doses usuelles, il peut entraîner des hallucinations visuelles et tactiles mettant souvent en scène des insectes, des serpents ou des vers... Sans parler de la dépendance qui se développe.

### **Thérapies comportementales**

"Ce qu'il est important de comprendre, c'est que le méthylphénidate n'est pas un médicament qui sauve des vies, c'est un médicament qui traite les symptômes uniquement", explique Bruno Tous-saint. "Il faut reconnaître qu'il existe des cas d'enfants hyperactifs très difficiles et qu'avec ce médicament l'enfant se porte mieux. Mais ces cas sont rares et il existe bien d'autres solutions à mettre en place avant d'en arriver à la prescription de cette molécule, dont on ne connaît pas très bien les effets au long cours." D'ailleurs, dans 75 % des cas, les thérapies comportementales sont efficaces chez les enfants présentant une hyperactivité avec troubles de l'attention.

La rigueur est donc de mise, car "le méthylphénidate expose à des risques disproportionnés en cas de dérapage de prescription chez les enfants simplement turbulents", indique Bruno Tous-saint. Il faut bien mesurer l'ampleur des troubles d'un enfant "hyperactif" et tenter toutes les autres solutions avant d'accepter de le dompter à coups de Ritaline® et consorts, qui "doivent absolument rester le dernier recours dans le traitement de l'hyperactivité de l'enfant". Un recours qui, selon le patron de *Prescrire*, est globalement d'une "efficacité bien modeste".

---

# L'actualité

21 mars 2014 par [Dominique Forget](#)

<http://www.lactualite.com/sante-et-science/sante/des-medecins-depasses-par-lenfance/>

## Des médecins dépassés par l'enfance ?



Autisme, trouble de déficit de l'attention, bipolarité... Les diagnostics de maladies mentales explosent chez les enfants. Pourtant, ils ne sont pas plus malades qu'avant, assurent les spécialistes.

Marcelo se souvient d'avoir eu des sueurs froides quand son fils de cinq ans a manifesté un intérêt particulier pour les dinosaures. « Il connaissait toutes les espèces ; certaines avaient des noms que je n'arrivais même pas à prononcer », raconte ce natif du Chili qui travaille dans une boîte de production de jeux vidéo.

Le fiston, par ailleurs, était de type solitaire et n'aimait pas se mêler aux autres à la garderie. « Je me suis dit : ça y est, il est autiste », se rappelle le papa, qui préfère taire son nom de famille pour ne pas porter ombrage à son enfant. Car l'automne dernier, le petit a fait son entrée à l'école primaire.

« Il va super bien », déclare Marcelo, qui a consulté deux médecins au cours des deux dernières années. « Le premier ne voulait pas se prononcer, mais le second nous a rassurés. Mon fils est différent de moi. Il sera peut-être un *nerd*, mais ce n'est pas une maladie », rigole-t-il de bon cœur. « Que voulez-vous : des autistes, on en voit partout », ajoute-t-il pour justifier ses craintes. « On dirait presque une épidémie. »

L'autisme n'est évidemment pas contagieux, mais Marcelo n'a pas entièrement tort. En apparence, du moins. Car environ un enfant sur 100 serait autiste aujourd'hui en Amérique du Nord, selon les chiffres compilés par les épidémiologistes. C'est 20 fois plus qu'au début des années 1990, où l'on diagnostiquait la maladie chez seulement un enfant sur 2 000. La ministre déléguée aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, Véronique Hivon, a récemment qualifié le phénomène de « tsunami » dans une entrevue accordée au quotidien *Le Soleil*.

Mais il n'y a pas que les diagnostics d'autisme qui ont explosé. Les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ont aussi pris des proportions inquiétantes chez les enfants. Tout comme la bipolarité. Dans le premier cas, l'incidence a augmenté de près de 50 % dans les années qui ont suivi la publication, par l'Association américaine de psychiatrie (AAP), de la quatrième mouture du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), en 1994. Dans le cas de la bipolarité, l'incidence a été multipliée par 40 !

« Les enfants ne sont pas plus malades qu'avant », affirme pourtant le Dr Laurent Mottron, expert bien connu de l'autisme, psychiatre à l'hôpital Rivière-des-Prairies et directeur scientifique du Centre d'excellence en troubles envahissants du développement de l'Université de Montréal.

Qu'est-ce qui, alors, explique cette avalanche de diagnostics ? D'accord, on dépiste mieux les malades qu'avant. Les autistes, par exemple, étaient autrefois confondus avec les déficients intellectuels. De meilleurs diagnostics en santé mentale permettent aux enfants de bénéficier d'éducation spécialisée, de réadaptation et de traitements, sans lesquels ils mèneraient une vie plus ardue. Mais il y a plus. Notre société serait devenue intolérante à la différence et à la turbulence, avancent certains psychiatres.

Au fil des versions du DSM — de la première, parue en 1952, à la cinquième, en 2013 —, l'AAP a progressivement inclus de nouveaux troubles mentaux dans son ouvrage ou élargi les critères diagnostiques de certaines maladies. Elle voulait sans doute bien faire et s'assurer qu'aucun enfant ou adulte ne serait oublié par le système de santé, se retrouvant sans diagnostic et sans traitement. Sauf que les psychiatres, comme le Dr Mottron, doivent maintenant lutter contre les effets pervers de cette inflation diagnostique.

À l'hôpital Rivière-des-Prairies, il dit passer autant de temps à diagnostiquer de nouveaux cas d'autisme qu'à rejeter des diagnostics suggérés par le système scolaire ou d'autres médecins. Et cela dépendrait en partie du DSM.

Car en 1994, l'AAP a ajouté quelques pages à sa bible des troubles mentaux pour y inclure une nouvelle pathologie appartenant au spectre de l'autisme : le syndrome d'Asperger. Typiquement, les personnes atteintes manifestent des intérêts qui dépassent toute commune mesure, par exemple pour les dinosaures, la musique, l'astronomie ou l'informatique. Elles arrivent difficilement à interagir avec leurs pairs et beaucoup s'astreignent à une routine stricte.

« Ce sont des gens qui ne sont pas tout à fait comme les autres », résume le Dr Mottron. Mais à quel point faut-il être différent pour être Asperger ? Apparemment, selon certains médecins, pas beaucoup ! « Je suis toujours étonné de voir à quel point la moindre originalité sociale est considérée comme une maladie », explique-t-il. Le psychiatre estime avoir vu 2 000 enfants autistes au cours de sa carrière. Plus il en voit, plus il devient prudent.

« Prenez un garçon avec un quotient intellectuel exceptionnel, disons de 135, illustre-t-il. Placez-le dans une classe d'enfants médiocres. Vous allez peut-être constater qu'il regarde ses camarades sans attendrissement et qu'il ne s'intéresse qu'à l'astrophysique. Ou peut-être qu'il est captivé par la beauté des équations mathématiques et ne se soucie pas de séduire les filles, comme ses compagnons de classe. Son enseignant risque de le trouver étrange. Ses parents aussi, peut-être. Mais changez-le d'école et mettez-le dans une classe de surdoués. C'est possible qu'il se remette rapidement à socialiser. »





Photo : Maria Bobrova / Getty Images

nombreux films — en commençant par *Rain Man*, en 1988 —, documentaires, reportages télé ou magazine ont introduit l'image du surdoué autiste dans notre imaginaire collectif. « Je vois même des parents dont l'enfant a un grand talent pour la musique, mais échoue partout ailleurs, qui se mettent en tête que leur enfant est Asperger », constate le Dr Mottron.

Cette attention médiatique et la multiplication des diagnostics ont donné aux associations de parents une force de frappe pour marquer des points auprès du gouvernement. Depuis 2003, tous les enfants qui reçoivent un diagnostic d'autisme au Québec ont droit, jusqu'à l'âge scolaire, à 20 heures par semaine de thérapie dans un centre de réadaptation public. En principe, du moins, car les listes d'attente sont longues et les services inégaux d'une région du Québec à une autre. Mais c'est toujours mieux que rien.

En revanche, d'autres diagnostics, comme ceux du syndrome de Gilles de la Tourette ou du trouble obsessionnel compulsif, ne donnent pas automatiquement droit à une aide. « Il y a une extraordinaire inégalité d'accès aux services selon le diagnostic posé par le médecin, déplore le Dr Mottron. Quand je retire un diagnostic d'autisme à un enfant, j'ai des parents qui pleurent dans mon bureau. »

C'est vrai non seulement pour les diagnostics d'Asperger, mais aussi pour les diagnostics d'autisme classique. Avant l'âge de deux ans, il est le plus souvent impossible pour les pédopsychiatres de distinguer une déficience intellectuelle pure d'un autisme classique, qui s'accompagne d'un faible quotient intellectuel. De nombreux professionnels penchent pour cette dernière option, sachant très bien que les parents auront droit à plus d'aide de l'État. « Par la suite, les parents vont tout faire pour conserver ce diagnostic », affirme le Dr Mottron.

Si un enfant sur 100 ressort du cabinet du médecin avec un diagnostic d'autisme, c'est un sur 30 qui obtient une ordonnance pour le traitement d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Stagiaire postdoctorale à l'Université de Montréal, Marie-Christine Brault a analysé les données de Statistique Canada se rapportant à des milliers d'enfants âgés de trois à neuf ans.

La proportion de ceux fréquentant l'école qui prenaient des médicaments tel le Ritalin est passée de 1,9 % à 3,3 % de 1994 à 2007.

La psychiatre Patricia Garel, du CHU Sainte-Justine, constate une tendance à vouloir médicaliser les enfants trop énergiques. « Un petit garçon qui a besoin de bouger et qui se retrouve dans une classe de 30 élèves avec un professeur épuisé risque davantage de recevoir un diagnostic de TDAH que s'il se trouve dans une classe plus petite, où il peut laisser libre cours à son imagination et à sa vitalité », indique-t-elle. Une étude menée à l'Université de la Colombie-Britannique a d'ailleurs montré que les plus jeunes enfants d'une classe risquaient davantage de recevoir un diagnostic de TDAH que les plus âgés. Les médecins auraient tendance à confondre ce trouble et l'immaturation !

Mais c'est peut-être l'augmentation des cas de bipolarité chez les enfants qui est la plus étonnante. Aux États-Unis, en 1994, on diagnostiquait 25 cas pour 100 000 visites d'enfants chez le médecin. En 2003, on en dépistait 1 003 pour 100 000 visites. Autrement dit, les diagnostics sont 40 fois plus nombreux. Parmi les jeunes qui reçoivent ce diagnostic, 9 sur 10 sont traités à l'aide d'au moins un médicament, souvent un antipsychotique ; les deux tiers prennent deux médicaments ou plus. Les chiffres ne sont pas connus pour le Canada, mais les psychiatres assurent que l'épidémie sévit bel et bien chez nous.

Cette fois, le DSM n'est pas en cause. Ce sont des psychiatres, le Dr Joseph Biederman (de l'Université Harvard) en tête, qui ont lancé cette « mode » en publiant des articles et en multipliant les conférences sur le sujet à partir du milieu des années 1990. Selon eux, ce qu'on prend pour des TDAH graves serait, dans certains cas, des signes avant-coureurs de bipolarité. Ils avancent que, chez les enfants prépubères, les cycles d'alternance entre les phases dépressives et les phases d'euphorie seraient beaucoup plus rapides que chez les adultes, ce qui se traduirait, en gros, par des épisodes d'irritabilité et de rage.

« C'est vrai que les jeunes adultes chez lesquels on diagnostique un trouble bipolaire ont souvent reçu un diagnostic de TDAH lorsqu'ils étaient plus jeunes, mais rien ne prouve pour le moment qu'il s'agisse d'un signe précurseur, nuance la Dre Patricia Garel. Il peut s'agir de comorbidité [NDLR : coexistence de deux troubles] ou d'une vulnérabilité génétique commune... C'est un sujet de débat très actif. »

Avec ses collègues, la pédopsychiatre a épluché les dossiers de tous les enfants prépubères qui ont été dirigés, de 2006 à 2010, vers l'équipe du CHU Sainte-Justine par un omnipraticien ou un psychiatre externe pour un trouble bipolaire et qui ont été hospitalisés. Près de 50 dossiers ont ainsi été scrutés. Dans presque tous les cas, il s'agissait d'enfants qui avaient une histoire de vie difficile, qui avaient vécu des traumatismes ou des carences importantes. « À leur sortie de l'hôpital, aucun d'entre eux n'avait conservé le diagnostic, explique la Dre Garel. Après plusieurs journées d'évaluation, le diagnostic ne pouvait pas être retenu. »

Cela ne veut pas dire que la bipolarité n'existe pas chez les enfants, précise la Dre Garel, mais elle est extrêmement rare avant la puberté et reste difficile à diagnostiquer à l'adolescence. « Les

enfants sont très sensibles à leur environnement, ajoute-t-elle. Ils peuvent être irritables parce qu'ils dorment mal, du fait que leurs parents sont en train de divorcer par exemple. Il ne faut pas conclure à la maladie mentale pour autant. »

Étonnamment, le retrait d'un diagnostic n'est pas toujours facile à accepter pour les parents. « Quand leur enfant est très difficile, ils ont tendance à se culpabiliser, poursuit la psychiatre. Certains sont presque soulagés d'avoir un diagnostic qui explique pourquoi les choses ne vont pas bien, plutôt que de se remettre en question. » Pourtant, il peut y avoir moult raisons pour lesquelles un enfant ne va pas bien — et qui n'ont rien à voir avec la façon dont il a été élevé, rassure-t-elle.

« Un mauvais diagnostic suivra un enfant toute sa vie et teintera l'image qu'il a de lui-même, avertit-elle. Quant aux médicaments antipsychotiques, on ne connaît pas encore les effets qu'ils peuvent avoir sur le développement cérébral des enfants. »

Les auteurs du DSM-5, publié en 2013 et non encore traduit en français, pensent avoir trouvé une solution pour enrayer l'épidémie de diagnostics de bipolarité chez les enfants : introduire une nouvelle maladie dans leur ouvrage. C'est ainsi que le *disruptive mood dysregulation disorder* (trouble de dérégulation dit d'humeur explosive) a fait son apparition. Il pourra être diagnostiqué chez un enfant qui présente une irritabilité et fait plus de trois grosses colères par semaine pendant plus d'un an. « Ce n'est pas inintéressant ; ça correspond à une réalité clinique pour laquelle il n'y a pas de diagnostic adéquat pour le moment », juge la Dre Garel.

Le Dr Allen Frances est moins clément. Ce psychiatre américain, qui a lui-même supervisé la préparation de la quatrième édition du DSM, est devenu l'un des critiques les plus sévères de l'AAP. « Avec le *disruptive mood dysregulation disorder*, n'importe quel enfant qui fait de banales colères infantiles pourrait se retrouver avec un diagnostic de maladie mentale », s'inquiète-t-il. L'Association américaine de psychiatrie vient peut-être d'ouvrir la porte au prochain tsunami.

---

JOURNAL DE MONTRÉAL, PUBLIÉ LE: MARDI 25 FÉVRIER 2014



<http://www.journaldemontreal.com/2014/02/25/en-guerre-contre-le-ritalin>

## En guerre contre le Ritalin



**[ISABELLE MAHER @](#)**

**David Coquart et sa conjointe Anne-Claire Hyvert refusent qu'on impose une évaluation à leur enfant. Ils craignent que leur enfant soit diagnostiqué avec un trouble de déficit d'attention avec hyperactivité.**

Des parents qui craignent que leur fils de sept ans ne soit médicamenté suite à un diagnostic de trouble de déficit d'attention ont décidé de le garder à la maison et refusent de se conformer à l'ultimatum de la commission scolaire, qui exige que l'enfant soit soumis à une évaluation.



PHOTO PIER-YVES CARBONNEAU-VALADE

Il y a maintenant un mois que Mathieu ne se présente plus en classe à sa petite école de quartier, à Dudswell, en Estrie. Depuis, ce sont ses parents qui lui font l'école à la maison.

Ceux-ci se sont engagés dans un bras de fer avec la Commission scolaire des Hauts-Cantons, qui recommande au couple de faire évaluer l'enfant, sans quoi il ne pourra réintégrer l'école primaire Notre-Dame-du-Paradis.

Le père de Mathieu est persuadé que cette évaluation «biaisée» conduira son fils tout droit à un diagnostic de TDAH (trouble de déficit d'attention avec hyperactivité) et que l'on veut ainsi forcer l'enfant à prendre une médication.

«Cette école, c'est Notre-Dame-du-Ritalin», lance David Coquart, qui accuse la direction de faire pression sur les parents pour qu'ils médicamentent les enfants. «Beaucoup trop d'enfants prennent des médicaments à cette école et je veux savoir combien. J'ai demandé des chiffres à la direction et au conseil d'établissement, mais on me les a refusés», explique l'homme qui se dit prêt à se battre pour que son fils puisse retourner à l'école.

### *Besoins particuliers*

«Nous sommes dans une impasse, admet Me Annie Garon, secrétaire générale à la Commission scolaire des Hauts-Cantons. Les parents ont le droit de refuser notre offre de service, mais nous,

nous avons l'obligation légale de scolariser cet enfant-là. Depuis la maternelle, ça ne fonctionne pas», explique Me Garon.

Dans une lettre datée du 24 janvier, la Commission scolaire recommande ainsi aux parents que l'enfant soit soumis à une évaluation cognitive, affective et comportementale, ainsi qu'une évaluation en orthophonie et un suivi en psychoéducation. «L'enfant semble avoir des besoins particuliers, il faut savoir où on s'en va. Pour nous, c'est la seule façon de trouver une solution», indique-t-on.

La missive décrit l'enfant comme un élève impulsif, qui dérange le groupe, ne respecte pas les consignes et aurait des «comportements inappropriés en contexte social: il lèche son bureau ou le plancher».

### *Victime d'intimidation ?*

Les parents de Mathieu affirment que le comportement de leur enfant s'explique par le fait qu'il subit de l'intimidation. «C'est caractéristique d'un enfant intimidé qui manifeste de l'anxiété et tire la sonnette d'alarme», croit David Coquart.

Selon le ministère de l'Éducation, qui s'appuie sur la Loi sur l'instruction publique (LIP), une commission scolaire doit organiser des services auprès de tous les élèves, qu'ils aient reçu ou non un diagnostic. Donc, on ne pourrait refuser d'admettre un enfant dans une école sous prétexte qu'il n'a pas été évalué.

### *Une consommation toujours en hausse*

Chaque année, le nombre d'ordonnances de Ritalin et autres psychostimulants augmente au Québec. En 2013, la RAMQ a remboursé 684 427 ordonnances, soit 83 770 de plus que l'année précédente.

Comme 44% du Ritalin prescrit au Canada est consommé au Québec, le docteur en neurosciences et psychothérapeute Joël Monzée s'interroge. Serait-il trop facile d'accès?

«Le Québec est le seul endroit où le Ritalin ne coûte pratiquement rien. C'est moins cher que de s'interroger sur l'environnement scolaire de l'enfant ou le milieu dans lequel il se développe», plaide le professeur au département de pédiatrie de l'Université de Sherbrooke.

«C'est triste, parce que quand l'enfant se désorganise, c'est que quelque chose ne va pas et donner un médicament ne règle le problème qu'à court terme.»

### *Hausse spectaculaire*

Depuis l'instauration de l'assurance-médicaments au Québec, en 1997, le nombre de consommateurs de psychostimulants à base de méthylphénidate ou d'amphétamines, tels que le Ritalin, a connu une augmentation spectaculaire. L'utilisation marquée du Ritalin n'inquiète pas le président du Collège des médecins.

«Plus de médecins peuvent le prescrire, soit les pédiatres et les médecins de famille, alors qu'avant seuls les pédopsychiatres pouvaient le faire», explique Dr Charles Bernard.



9 DÉCEMBRE 2011

[http://www.liberation.fr/societe/2011/12/09/l-ecole-transformee-en-machine-a-desintegrer\\_780565](http://www.liberation.fr/societe/2011/12/09/l-ecole-transformee-en-machine-a-desintegrer_780565)

## L'école transformée en machine à désintégrer

[PHILIPPE MEIRIEU PROFESSEUR À L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE-LYON II, VICE-PRÉSIDENT DE LA RÉGION RHÔNE-ALPES \(EE-LV\) DÉLÉGUÉ À LA FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE](#)

Dans le petit jeu des annonces gouvernementales qui s'emballent à l'approche des élections, le repérage des enfants «à risque» et «à haut risque» en maternelle est très représentatif d'une conception tout à fait cohérente de l'enseignement fondée sur des principes simples : médicalisation, détection et dérivation.

Longtemps, la métaphore médicale a joué un rôle critique en éducation. En 1967, les enfants de Barbiana écrivaient dans leur «Lettre à une maîtresse d'école» que «*l'école se comportait comme un hôpital qui soignerait les bien portants et exclurait les malades*». Le caractère subversif de la formule s'est émoussé : avec la gestion libérale du système de santé, quand le management l'emporte sur le soin et que le «pilotage par les résultats» permet tout naturellement d'arroser là où c'est déjà mouillé, la médecine n'a plus rien à envier à l'école ! Mais, simultanément, le modèle médical s'est durci, se repliant sur le couple «diagnostic-remède», au détriment de la prévention, de la prise en compte des environnements et du travail en partenariat.

A l'école, ce modèle s'est rapidement banalisé : il ne s'agit plus de créer un milieu équilibré et structurant, de provoquer des rencontres fécondes, de stimuler l'attention et de mobiliser l'intelligence... On investit l'essentiel de notre énergie à repérer les dysfonctionnements et à intervenir au plus tôt par la médication spécialisée. C'est ainsi que l'on rabat la notion de «difficulté» (nécessairement issue d'une combinaison de facteurs) sur la notion de «trouble» (évidemment physiologique), que l'on finit par tenir pour quantité négligeable les problèmes sociaux et même par ignorer l'action pédagogique. On en revient finalement à la vieille conception de l'homme-machine : réparer les pannes individuelles plutôt que de créer les conditions du développement collectif. Avec la bénédiction des neurosciences qui apportent - et c'est bien normal - les connaissances qu'elles ont élaborées, en les transformant - et c'est beaucoup moins normal - en système d'interprétation des réalités scolaires.

Mais la médicalisation des difficultés scolaires pourrait voir ses effets pervers limités, voire être utilisée de manière bénéfique dans des cas spécifiques, si elle n'était enrôlée dans un processus à l'œuvre aujourd'hui à grande échelle : la classe est en train de devenir progressivement un lieu où l'on passe son temps à évaluer les élèves pour savoir s'ils ne seraient pas mieux ailleurs. On détecte et on dérive partout, renvoyant les élèves toujours plus loin : de la classe vers l'aide personnalisée, puis vers l'étude dirigée, le soutien scolaire, les cours particuliers, le psychologue et l'orthophoniste, les filières dédiées et les établissements spécialisés, Internet et les camps de vacances-études... L'école n'est plus qu'une gigantesque centrifugeuse construite autour d'un lieu vide - la classe - qui n'intéresse plus personne. Elle tourne sur elle-même en renvoyant les élèves de plus en plus loin, en même temps qu'elle creuse, en son sein, une véritable dépression scolaire. Pas étonnant, alors, que l'on sacrifie la formation des enseignants. Plus besoin de pédagogie ! Il suffit d'évaluer, de détecter, de dériver de plus en plus d'élèves, de plus en plus vite, de plus en plus tôt. Et ce mouvement prend une telle ampleur qu'il annihile toutes les velléités bienveillantes qui pourraient encore faire, ici ou là, d'une intervention spécifique une aide déterminante. La centrifugeuse tourne trop vite !

Ainsi, ce qu'on nous présente comme une machine à intégrer est devenu une gigantesque machine à désintégrer. Quand il faudrait mettre en place des collectifs à taille humaine portés par des équipes d'adultes solidaires, on fait exploser le système en une multitude de professionnels qui «se repassent le bébé». Quand il faudrait promouvoir l'entraide entre élèves et le suivi personnel dans des groupes solidaires, on multiplie les tests et les évaluations de toutes sortes pour faire fonctionner une «usine à gaz» de plus en plus complexe. Quand nous aurions besoin de mobiliser les enfants et les adolescents sur un projet culturel ambitieux pour leur permettre de dépasser leurs difficultés, on les juge, de plus en plus tôt, sur ce qu'ils sont et on les enferme dans leurs symptômes. Quand nous aurions besoin d'une école qui unit, nous voyons émerger sous nos yeux une école qui fragmente, exclut et isole. Il est temps d'inverser le mouvement.

---





<http://www.cafepedagogique.net/lexpresso/Pages/2013/10/31102013Article635188024801488115.aspx#.UwcBa5MRNgE.facebook>

## Comment la médicalisation de la difficulté scolaire détruit le métier enseignant



*Quelle est la place de l'enseignant quand les difficultés scolaires sont traitées par d'autres spécialistes ? C'est la question posée par Stanislas Morel lors de l'Université d'automne du Snuipp. Pour lui l'individualisation de l'enseignement nourrit une médicalisation de la difficulté scolaire abusive et nuisible au métier enseignant. Elle lui vole sa légitimité sur son propre métier.*

### Comment agit l'individualisation de la difficulté scolaire ?

Les recherches en sciences sociales montrent que l'échec scolaire est un phénomène qui touche massivement les classes populaires. On ne peut uniquement l'interpréter comme la somme de défaillances individuelles. Depuis plus d'un demi-siècle, ces recherches ont administré la preuve des dangers véhiculés par l'idéologie des dons, du mérite ou du hasard. Or, l'individualisation et la différenciation, deux des principaux leitmotivs des politiques éducatives actuelles, ont abouti, sans que cela soit nécessairement le but recherché, à une médicalisation accrue des difficultés des élèves. La multiplication des modes de ciblage des populations concernées par l'échec scolaire et le recours de plus en plus fréquent à la catégorie des EBEP (élèves à besoins éducatifs particuliers), qui met sur le même plan l'élève socialement défavorisé et l'enfant dyslexique, a tendu à neutraliser les oppositions entre facteurs sociaux et facteurs médico-psychologiques. Le recentrage sur les savoirs fondamentaux et sur l'école primaire a aussi contribué à intensifier le recours aux spécialistes du soin (à commencer par les orthophonistes) qui sont d'autant plus sollicités que l'échec scolaire est précoce et concerne des apprentissages fondamentaux censés être à la portée de tous. Ce type d'interprétations médico-psychologiques de l'échec scolaire précoce, qui impute les difficultés de l'enfant à un déficit individuel, n'incite pas à s'interroger sur la construction des difficultés d'apprentissage au sein même des classes. Or, de nombreux travaux

sociologiques, comme ceux de Rochex ou Lahire, montrent que les inégalités d'apprentissage se construisent aussi au sein des dispositifs d'enseignement.

On tend actuellement à nier les apports de la sociologie, au profit d'autres disciplines qui prennent pour objet les processus d'apprentissage (comme la psychologie cognitive), mais qui ne prennent que trop rarement en compte les propriétés sociales des élèves qu'elles étudient et dont les enseignants savent bien à quel point elles pèsent sur les apprentissages. Pourtant, les travaux sociologiques récents, loin de se contenter de souligner des déterminismes, ouvrent de nombreuses perspectives pédagogiques pour améliorer l'efficacité des enseignements.

### **Ce glissement vers une médicalisation de l'échec des élèves traduit-il un déclin de la profession des enseignants ?**

On peut en effet se poser la question. Et cela d'autant plus que les acteurs du médico-psychologique qui rééduquent les élèves atteints de « troubles spécifiques des apprentissages », comme les orthophonistes, proposent des rééducations qui s'apparentent, sans que cela se sache, à un « traitement pédagogique ». Par ailleurs, les chercheurs en neuro-sciences cognitives, de moins en moins en lien avec l'école, sont par exemple devenus les détenteurs les plus légitimes en matière d'apprentissage de la lecture. Les enseignants, dont ils pensent qu'ils ne sont pas en mesure d'évaluer l'efficacité de leurs pratiques pédagogiques, sont un peu dépossédés. Cela est surtout vrai pour les professeurs des écoles qui se voient de plus en plus dicter les « bonnes » pratiques pédagogiques de l'extérieur. Cela est moins vrai pour les enseignants du secondaire. Dans un contexte de spécialisation accrue, la polyvalence des professeurs des écoles les expose à se voir imposer le point de vue de « spécialistes » qui sont de moins en moins issus de leur propre corps professionnel.

On peut penser que ces préconisations extérieures n'encouragent pas la production d'un savoir réflexif par les enseignants eux-mêmes ou la mise en œuvre d'expérimentations dont les enseignants seraient à même d'évaluer l'efficacité. Dans la mesure où la valeur sociale d'une profession est étroitement liée à sa capacité à maîtriser la production du savoir expert sur lequel elle fonde ses pratiques, il est normal que les enseignants s'interrogent sur les effets à plus ou moins long terme du transfert d'une partie de la légitimité pédagogique à d'autres groupes professionnels.

**Propos recueillis par Isabelle Lardon**

**Bernard Lahire dans « Culture écrite et inégalités scolaires : sociologie de l'échec scolaire à l'école primaire" (2000).**

---



[http://www.e-torpedo.net/article.php3?id\\_article=853](http://www.e-torpedo.net/article.php3?id_article=853)

## Nos enfants cobayes de la Psychiatrie ?



Enquête sur la médicalisation des problèmes de l'enfance un livre de Pierre Vican

Extrait Pages 130/131

Chapitre : Les enfants portent en eux l'espoir du monde

*Les experts de l'INSERM affirment que les enfants au tempérament difficile ou hyperactif présentent les risques de la délinquance. Ils se fondent sur les chiffres de la violence scolaire dont font les frais les enseignants. Mais, il apparaît cependant que, dans ses excès, la psychiatrie normative rejette sur les enfants la responsabilité d'une problématique qu'il revient aux adultes de résoudre. Dans le cadre de l'école par exemple, le comportement des élèves est stigmatisé au nom de leurs prétendues déviances. Cet aspect répressif a été relevé avec beaucoup de pertinence par le Dr Breggin que nous avons déjà cité à plusieurs reprises. Voici ce qu'il a déclaré en septembre 2000 devant le Sous-comité de surveillance et d'enquêtes du Congrès Américain : « on diagnostique les enfants comme souffrant du TDAH lorsqu'ils sont en conflit avec ce qui est attendu ou ce qui est demandé de la part des parents et/ou des enseignants. (...) En diagnostiquant le TDAH chez l'enfant, on lui fait porter la responsabilité des situations conflictuelles avec l'école. Au lieu d'examiner le contexte de la vie de l'enfant - les raisons pour lesquelles il est turbulent ou désobéissant en classe ou à la maison - le problème est mis sur le compte d'une déficience de son cerveau. La classe et la famille sont toutes deux épargnées par la critique ou par la nécessité de se réformer et l'on fait au contraire de l'enfant la source du problème. Le traitement médicamenteux devient alors la solution coercitive du conflit dans lequel le protagoniste le plus faible, l'enfant, est drogué pour en faire un individu plus obéissant ou soumis. (...) Je félicite les parents qui ont eu le courage de refuser de donner des psychostimulants à leurs enfants et qui tentent, au contraire, d'identifier leurs véritables besoins à l'école, à la maison et dans la communauté pour répondre. »*

*La position de Breggin rejoint celle de Szasz pour qui, rappelle l'essayiste Guy Sorman, « la maladie mentale n'est pas un problème médical, mais un problème de pouvoir. » ....*

### Commentaire sur le livre

Le projet de dépistage systématique des "troubles comportementaux" des jeunes enfants - **dès l'âge de trois ans** -, qui fait partie d'un plan gouvernemental de prévention de la délinquance, **soulève actuellement les plus vives inquiétudes en France.**

Soumis à une batterie de tests élaborés sur la base des théories anglo-saxonnes de la psychiatrie neurobiologique, un grand nombre d'enfants sera diagnostiqué - sans examen médical - selon des critères purement subjectifs largement remis en cause par les experts scientifiques internationaux.

La personnalité « *pathologique* » qui sera décelée conduira, à partir de six ans, à l'administration de psychotropes dont les effets délétères sur le plan physique, mental et psychologique ne peuvent être ignorés. Les enfants dont la personnalité sera considérée comme « déviante » risquent d'être fichés pour le reste de leur vie en tant qu'individus potentiellement asociaux ou criminels.

De multiples interrogations se posent sur la validité de la notion des « *troubles des conduites* », la justesse du diagnostic, le risque de manipulation comportementale des enfants par des psychostimulants dont la composition chimique est apparentée à la cocaïne, sur les conséquences pathogènes de cette chimiothérapie **dont on ignore les effets à long terme, et la légitimité de cette politique de dépistage obligatoire dans les écoles.**

De plus en plus de comportements infantiles sont considérés comme pathologiques.

L'utilisation de substances psychotropes sur les enfants est en augmentation régulière.

► Est-ce normal ?

► Pourquoi les difficultés d'apprentissage, de lecture et d'étude, **qui ont toujours existé**, sont-elles **désormais classées dans la rubrique des troubles mentaux ?**

Au-delà de la controverse que suscite l'opposition des experts les plus réputés dans ce domaine, Pierre Vican, spécialiste des sujets de santé, de médecines douces et de bien-être, s'est penché sur le problème des abus de la médicalisation des troubles psychiques des enfants et des adolescents

L'auteur a mené une enquête documentaire sur tous les aspects de la question du TDAH - troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité -. Il répond dans un langage simple et direct, accessible à tous les lecteurs, aux questions légitimes que se posent les parents désespérés qui désirent comprendre de quoi il retourne lorsqu'on leur dit que leur enfant est « *hyperactif* » et qu'il « *doit être soigné* ».

► Les parents et les médecins connaissent-ils les vrais effets secondaires de la Ritaline, des psychostimulants et des antidépresseurs prescrits aux enfants ?

Cette étude qui se veut impartiale soulève de nombreuses questions sur les outils du diagnostic, la qualité des traitements préconisés, l'innocuité ou la dangerosité des composés chimiques utilisés et la validité des thèses en vigueur justifiant le traitement médicamenteux des souffrances psychiques infanto-juvéniles.

Ce livre apporte de nombreuses informations capitales, le plus souvent ignorées du grand public. L'auteur confronte avec le recul nécessaire les déclarations officielles, les théories en vogue, les hypothèses non vérifiées, les rapports médicaux et les documents essentiels.

**Il expose les incohérences, les témoignages troublants et les mises en garde scientifiques relatives aux risques que fait courir la modification chimique de la personnalité des enfants par les drogues psychiatriques.**

Pierre Vican ne s'aventure pas à prendre parti, **il s'interroge avec le lecteur.**

► Les solutions apportées ne sont-elles pas pires que le problème initial ? Écrit à l'usage des parents, **Nos enfants, cobayes de la psychiatrie ?** pourra aussi être lu avec profit par les médecins généralistes, les directeurs d'établissements scolaires et les enseignants.

Au fur et à mesure des pages, on découvre que les remèdes préconisés à grande échelle font l'objet de controverses virulentes dans les cercles scientifiques, que des effets secondaires bien connus - pouvant aller jusqu'à des phénomènes d'accoutumance et d'intoxication, et des lésions graves (*notamment des accidents cardiaques*) - sont passés sous silence, que l'on recommande chaleureusement des molécules considérées par de nombreux spécialistes comme extrêmement dangereuses, et l'on va progressivement de la simple interrogation à la perplexité, pour conclure avec l'auteur à une franche inquiétude sur le système dans lequel sont plongés les parents en recherche d'une solution pour leur enfant.

► N'y a-t-il pas une dérive à l'américaine dans la volonté des pouvoirs publics de dépister systématiquement et de diagnostiquer dès l'école maternelle les prétendus troubles mentaux des élèves ?

**Exemples de questions soulevées dans ce livre :**

- Les causes de l'hyperactivité sont-elles connues ou toujours ignorées des spécialistes de la psychiatrie infantile ?
- Le diagnostic de l'hyperactivité repose-t-il sur des critères médicaux et objectifs ?
- Sait-on que l'emploi de la Ritaline et des autres psychostimulants sur les élèves en difficulté n'améliore pas réellement les performances scolaires, contrairement aux affirmations des psychiatres qui les prescrivent ?
- Alors que les psychostimulants destinés à traiter l'« hyperactivité » sont des amphétamines et ont les mêmes effets qu'une drogue, pourquoi sont-ils recommandés chez les enfants ?
- Selon de nombreux rapports médicaux, la molécule de la Ritaline et les antidépresseurs destinés aux enfants entraînent des malaises répertoriés ; ils ont provoqué des milliers

d'accidents thérapeutiques, sans compter des automutilations, des pulsions suicidaires et des décès. Pourtant, en France, le plan de la santé mentale prévoit de traiter les enfants avec ce type de produits.

- Le méthylphénidate, molécule de la Ritaline, figure dans la liste officielle des substances prohibées du Code mondial antidopage. Le Modiodal, autre substance en cours d'étude et susceptible d'être utilisée chez les enfants, est l'excitant employé par des soldats de la Légion étrangère.
- Existe-t-il un rapport entre les violences et les tueries inexplicables dans certaines écoles et la prescription de psychotropes aux élèves ?
- Quelles sont les origines des troubles psychiques infantiles couramment négligées par la pédopsychiatrie ?
- Quels remèdes naturels pour éviter les drogues psychiatriques ?

---

## Psychology Today

[http://www.psychologytoday.com/blog/saving-normal/201403/most-active-kids-don-t-have-adhd?quicktabs\\_5=0](http://www.psychologytoday.com/blog/saving-normal/201403/most-active-kids-don-t-have-adhd?quicktabs_5=0)

*Most Active Kids Don't Have ADHD*

### Helping parents live with instead of labeling their children

Published on March 11, 2014 by [Allen J. Frances, M.D.](#) in [Saving Normal](#)

We are over-diagnosing [ADHD](#) in kids and giving many of them stimulant [drugs](#) they don't need. Some kids (especially boys) are more active than others. Most of what passes for ADHD these days is really no more than normal variation or developmental difference.

The numbers tell a shocking story. The rate of ADHD in the US has tripled to a ridiculously inflated 11%. Sales of ADHD meds are approaching an obscenely profitable \$10 billion a year. It makes no sense that one in five teenage boys gets the diagnosis or that one in ten is on medication.

The over-treatment is caused by careless diagnosis by clinicians, misleading [marketing](#) by drug companies, over-reaction by worried [parents](#), and schools with overcrowded classes and too few gym teachers.

The most carefully done study estimates that ADHD should only be diagnosed in about 2-3% of children. And paradoxically ADHD was both over and under treated. The kids who really need help don't get it, those who don't need help get too much.

Another startling study showed that a good predictor of a child getting tagged with ADHD is his date of birth. The youngest kid in the class is almost twice as likely to be diagnosed as the oldest. We have turned immaturity into a disease.

In a previous blog, world expert Keith Connors provided his advice on how parents can protect kids from the fake epidemic of ADHD :<http://m.huffpost.com/us/entry/4767047>

In this blog, we offer a better way of [understanding](#) and handling normal differences in activity. We mustn't jump to the assumption that every active kid is mentally disordered. Laura Batstra, Ph.D. is the leading expert on demedicalizing hyperactivity. Here are her tips for parents facing the difficult task of containing a rambunctious kid.

---

1) Trust your own instincts. Nobody knows your child better than you do. Schools sometimes pressure parents to have their child diagnosed and medicated. For some children this may be the best thing to do, but in many cases it only benefits the overburdened schools if medicated children sit at their desks all day long and listen attentively. You, the parent, are in the best position to judge whether your child's problems are severe, persistent, and pervasive enough to warrant medical attention.

2) Get information on ADHD from resources independent from drug companies. Drug companies and professionals paid by drug companies usually describe ADHD as a chemical imbalance that requires correction with medication. This is a misleading sales pitch. We now know that ADHD medication does not benefit most children in the long run and should only be prescribed for severe problems.

3) If you decide to seek help for your child's inattentive and hyperactive behaviors, start with parent and teacher courses. This may avoid the need for treatment altogether and allow reduced doses even when medication is needed. Lower medication dosages mean fewer risks and side effects.

4) Some children can be very demanding, but always keep seeing and enjoying the positive behaviors and interactions. Try to relabel hyperactive behavior as enthusiastic and energetic. At the end of the day, discuss with your child what you really appreciated that day.

5) Spend at least 15 minutes a day alone with your child, in which you give him close attention. Allow him— within limits – to take the lead and determine what the two of you will do. Praise his ideas. Following your child at certain points of time will increase the likelihood that he will listen to you at other times in the day.

6) If you tell your child to stop a particular unwanted behavior, tell him also – in detail – which behavior you would like to see instead. For example, do not just say “Stop jumping around in the living room,” but add; “Go to the backyard and run and jump over there.” Know that many



children need to move their bodies a lot to feel well. So make sure the child has sufficient time and opportunities to let his hair down.

7) Most children get nervous and hyperactive in new or unstructured situations. If you worry your child will lose control at his own birthday party, tell him in detail who is going to be at the party and what will happen after what. For example “First we welcome everybody at the door, then we will have drinks and pie, then you may unpack your presents, after that we’ll go walking to the swimming pool, etcetera etcetera”. You may even write the order of events down for your child. Also, let your child know in detail which behavior you would like to see from him. For example: “You should welcome everyone by shaking hands; they will congratulate you and then you say “thank you”; if you want to move don’t run around in the living room but go to the backyard and start an outside game; when we eat cake, you sit at the table with the other children; this will take about 15 minutes and then we walk to the swimming pool where you can run as long as you stay on the sidewalks; etcetera”. If necessary, write this down for your child and ask him to repeat what the party will be like and which behavior is appropriate.

8) Listen to your child. Ask him for ideas in dealing with his hyperactive behaviors. Children are more likely to adhere to interventions they thought of themselves than to interventions that adults impose on them.

9) Run with your child. If you can’t beat the hyperactivity, join it.

10) Ask your child regularly how he feels and whether he’s suffering from his hyperactivity. If he is, find out whether he suffers because he feels restless all the time or mainly because other people – for example the teacher – react negatively to the energetic behaviors. If the latter is the case, talk to the teacher and explain how reinforcing the positive is usually more effective than focusing on the negative. Perhaps your child and the teacher can make some kind of a deal: 'If you try to run and jump on the schoolyard only and not in the classroom, I will allow you to go to the schoolyard twice a day for ten minutes to get rid of extra energy.

11) Give yourself a break. If you have an easygoing child, it’s not hard to be an easygoing parent, who is always nice, rested and consistent. Temperamental children bring out the worst in caretakers, you will often meet your darkest side and weakest spots. That’s legitimate- give yourself a break when you lost your temper. Apologize to your child after being unreasonable with him, and set an example in doing so. Remember that children do what you do, not what you say. Teach him that everyone makes mistakes and can make-up by apologizing.

12) Last but not least, take good care of yourself and your relationship with your spouse. Parents can only take good care of their children if they first take good care of themselves. Raising children is a difficult task, and raising hyperactive or otherwise demanding children is even more difficult. Eat well, [sleep](#) well, make sure you get enough rest. Don’t be afraid to ask for help. It takes a village to raise a child and we need to be there for each other and for each other’s children.

—Dr. Batstra

---

Thanks so much Dr Batstra for the [wise](#) advice. I plan to use it in my never-ending efforts to grandparent and partially tame my ball-of-fire 9 year identical twin grandsons. Parenting has never been a piece of cake particularly if you are raising never-sit-still kids who are always into everything and seem to suck the air out of the room with their expansive energy and untiring vitality.

However hard we try, we can't change a kid's temperament very much. Luckily, most of the time we don't have to because time does a great job of this- most kids mellow out as they mature. Parents have to set limits, protect from danger, and teach skills- but they shouldn't expect perfection from their kids or from themselves.

And we shouldn't want to transform our kids into well behaved, well medicated little zombies. The 2-3% of kids with severe inattention and hyperactivity will require more extensive behavioral treatment and some will require medication – but most hyperactive kids will do just fine with good enough parenting.

---

## Psychology Today

<http://www.psychologytoday.com/blog/saving-normal/201404/treat-the-classroom-not-the-kids>

### Treat the Classroom, Not the Kids

Most active kids need smaller classes and playgrounds, not pills.

Published on April 1, 2014 by Allen J. Frances, M.D. in Saving Normal

The statistics tell us that our children are getting sicker and sicker. [Attention Deficit](#) Disorder has more than tripled in just 20 years- it is now diagnosed in 11% of all kids and in an astounding 20% of teenage boys. [Autism](#) is also on a rapid rise- the latest reported rate suggests it occurs in 1 in every 68 kids; 20 years ago it was less than 1 in every 500. Thankfully, [childhood Bipolar Disorder](#) has recently lost a good deal of its faddish luster, but for a while it had enjoyed a bizarre 40 fold increase in popularity.

Don't believe the statistics—they are wildly exaggerated. Our kids are no sicker now than they have always been; it's just that they are too often mislabeled for behaviors that used to be considered part of normal variation. We are turning childhood into an illness. <http://m.psychologytoday.com/blog/saving-normal/201403/most-activ...>

The surest proof of misplaced diagnostic exuberance comes directly from the classroom. Research shows that the youngest kids in class are much more likely than the oldest to be diagnosed as having ADHD and to receive stimulant treatment. It is shameful that simple immaturity due to being younger is now mislabelled as mental illness and mistreated with a pill.

A diagnosis of ADHD is useful only for those kids who have a early onset of very severe and persistent symptoms displayed in a wide variety of family, school, and social contexts. Children who are properly diagnosed after a careful evaluation and a period of watchful waiting usually benefit from the treatment and extra school attention.

But the two thirds or more of active kids who have been mislabelled with ADHD suffer unnecessary stigma, reduced expectations, and harmful drug side effects. We need to do a better job of protecting our children from such widespread careless diagnosis and reckless treatment. <http://m.psychologytoday.com/blog/saving-normal/201402/how-parent...>

One crucial step would be to tame the drug companies that have benefited from over-selling the ADHD pill in order to push their stimulant pills. Big Pharma has used its formidable lobbying might to gain the unprecedented right to advertise directly to consumers- aiming directly at [parents](#) and teachers. The only other developed country on earth that allows direct to [consumer](#) advertising is New Zealand.

Massive and cleverly misleading marketing has transformed the stimulant drug market from a minor player to a ten billion dollar a year cash cow. This is great for Pharma executives and shareholders, but bad for the kids who are mislabelled and mistreated.

Wouldn't it be a much better world if most of this misspent and wasted money were instead budgeted toward better schools. We should be able to manage the more active kids with educational tools rather than subjecting them to fake medical diagnoses.

What makes more sense- promiscuous use of pills or smaller class sizes and more facilities for physical activity that allow kids to blow off steam.

Our country is spending far too much on unnecessary and often iatrogenically harmful medical care and far too little on [education](#). It is completely irrational to shortchange our schools and then spend a bundle on misguided medical treatment for normally active kids who don't do well in a stressed school [environment](#).

A first step would be to follow the lead of the rest of the developed world and end all drug company advertising. We shouldn't fall for the sales pitch that the problems in our schools should be treated by medicating our kids.

Instead, let's diagnosis and treat our classrooms and playgrounds, not over-diagnose and over-treat our children.

---

## L'actualité 10 sept. 2013 par [Valérie Borde](#)

<http://www.lactualite.com/sante-et-science/science/mafieuses-les-pharmaceutiques/>

### Mafieuses, les pharmaceutiques ?

L'industrie pharmaceutique ne vend pas des médicaments, mais des mensonges à propos des médicaments. Pour cela, elle recourt largement à des comportements criminels et à la corruption, facilités par une réglementation inefficace qui aurait besoin d'une réforme radicale.

Voilà en substance ce qu'avance le médecin danois [Peter Gøtzsche](#) dans son dernier livre, [Deadly Medicines and Organised Crime: How big pharma has corrupted healthcare](#), en s'appuyant sur une analyse détaillée des études qui ont conduit à la mise en marché de plusieurs médicaments dans les dernières années. Plutôt inquiétant.

Peter Gøtzsche a beau se montrer provocateur, il ne parle pas à travers son chapeau. Depuis la fin des années 1980, il a publié plus de 300 articles sur des études cliniques dans des revues savantes.

Il est l'un des fondateurs de la [Collaboration Cochrane](#) (dont il dirige le [centre pour la Scandinavie](#)), dont les revues de la littérature scientifique sont considérées comme ce qui se fait de mieux pour faire le point sur les connaissances relatives à des questions de santé.

Voyez à ce sujet le portrait de cette organisation que je publie dans le magazine L'actualité, en kiosque ces jours-ci, à l'occasion du [congrès annuel de Cochrane](#) qui se tiendra à Québec dans quelques jours.

Peter Gøtzsche demande une plus grande transparence de la part des compagnies et des autorités chargées d'approuver leurs médicaments.

En 2007, il a obtenu [gain de cause](#) auprès de l'[Agence européenne du médicament](#), qui a accepté de divulguer les protocoles d'essais cliniques et leurs résultats sur deux médicaments contre l'obésité.

Le chercheur a convaincu l'ombudsman de l'EMA que dans ce cas, la sécurité des patients devait primer sur les intérêts commerciaux des compagnies.

Depuis, l'EMA a décidé de reformer la divulgation des études cliniques. Jusqu'à fin septembre, elle mène des [consultations](#) sur les modifications à apporter à ses règlements.

La publication des études permet aux chercheurs indépendants de les critiquer et de juger de leur solidité.

Actuellement, tout ce que nous savons des médicaments est ce que les compagnies choisissent de nous dire et de dire à nos médecins, estime Peter Gøtzsche.

«Si vous ne pensez pas que le système est hors de contrôle, écrivez-moi pour m'expliquer comment il se fait que les médicaments soient aujourd'hui la troisième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires et le cancer», dit-il.

Dans son livre, il revient entre autres sur le cas de l'étude 329 de GSK, [Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial](#), publiée en 2001 et citée 524 fois depuis dans la littérature scientifique.

Dans cette étude, les chercheurs concluent qu'un antidépresseur, la paroxetine (connue sous son nom de marque Paxil) est généralement bien tolérée et efficace pour le traitement de la dépression majeure chez les adolescents.

Sauf qu'en 2004, le procureur général de l'État de New York a poursuivi GSK pour des fraudes répétées sur les consignes de sécurité données aux patients à propos de ce médicament. Lors du règlement, GSK a été forcée de rendre publics une multitude de documents internes à propos notamment de cette étude.

On a entre autres appris à cette occasion que sur les 93 ados traités avec du Paxil pour cette étude, 11 avaient subi des effets secondaires sérieux, contre 2 sur 87 dans le groupe contrôle ayant pris un placebo.

Autrement dit, sur 10 jeunes ayant pris du Paxil plutôt qu'un placebo, il y avait eu un cas d'effet secondaire sérieux de plus.

Depuis, la FDA a obligé les fabricants de médicaments à inscrire des mises en garde sur le risque de suicide accru pour les enfants et adolescents sur tous les médicaments de la classe du Paxil – les inhibiteurs de recapture de la sérotonine.

Et en 2102, le Département américain de la justice a annoncé que GSK reconnaissait sa [culpabilité](#) et acceptait de payer trois milliards de dollars en compensation.

Mais l'étude figure toujours dans la littérature scientifique et les chercheurs qui l'ont signée n'ont pas été pénalisés.

Dans l'industrie, on entend souvent dire que ce que condamne Peter Gøtzsche est de l'histoire ancienne et que les entreprises ont fait amende honorable depuis.

Mais début septembre, le Département américain de la justice a ouvert une nouvelle [enquête](#) sur les activités de GSK en Chine, où le groupe pharmaceutique britannique est soupçonné de corruption.

La police chinoise a annoncé en juillet l'arrestation de quatre dirigeants du laboratoire soupçonnés d'avoir versé jusqu'à trois milliards de yuans (507 millions de dollars) de pots de vins via des agences de voyages et de conseils.

Selon Reuters, les autorités américaines auraient étendu son enquête sur GSK à d'autres pays pour tenir compte des allégations chinoises.

En France, 21 personnes ont été mises en cause jusqu'à présent dans l'enquête sur le médicament [Médiator](#) de la compagnie Servier, deuxième laboratoire pharmaceutique français, interdit en 2009 et que l'on soupçonne d'avoir pu causer jusqu'à 3000 décès.

Le procès des dirigeants doit avoir lieu en 2014. En 2011, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales dénonçait « *dès l'origine, une stratégie de positionnement du Mediator par les laboratoires Servier en décalage avec la réalité pharmacologique de ce médicament* ».

Plusieurs médecins qui ont agi en même temps comme consultants pour Servier et comme experts pour la commission d'autorisation de mise sur le marché des médicaments sont aussi mis en examen.

Au Canada, aucun scandale n'a éclaboussé l'industrie, et [RxD](#), l'association qui représente les compagnies de recherche pharmaceutiques du Canada (dont GSK et Servier sont membres, entre autres), s'est dotée d'un nouveau [code d'éthique](#) (pdf) en 2012.

Mais les compagnies présentes au Canada et Santé Canada qui approuve leurs produits sont-ils blancs comme neige? À lire Peter Gotzsche, on devrait peut-être regarder tout cela de plus près.

La semaine dernière, [Servier Canada](#) annonçait en grandes pompes, en présence du ministre des finances du Québec [Nicolas Marceau](#), un investissement de 16,3 millions de dollars dans un nouveau [centre de recherche en excellence clinique](#), installé à la cité de la Biotech, à Laval.

Québec a donné un million de dollars à l'entreprise pour l'encourager à choisir le Québec pour ce nouvel investissement.

Frédéric Fasano, chef de la direction de Servier Canada, m'a assuré que cet investissement n'avait rien à voir avec les ennuis que connaît Servier en France, mais plutôt avec l'excellence des laboratoires universitaires du Québec avec laquelle elle travaille, notamment pour le développement de nouveaux médicaments contre le cancer.

Il ne faudrait pas jeter le bébé avec l'eau du bain avec les pharmaceutiques, car on a besoin de leur expertise et des emplois qu'elles créent.

Il se pourrait par ailleurs que les dirigeants de Servier soient acquittés en France, ou que tout ce scandale ait servi de leçon à la compagnie, qui va désormais se montrer irréprochable dans l'utilisation des données cliniques et dans ses rapports avec les autorités réglementaires.

Puisse ce nouveau centre d'excellence en recherche clinique se montrer excellent, aussi, de ce point de vue...



<http://commonground.ca/2014/04/youth-under-the-influence/>

## Youth under the influence

Posted by [Common Ground](#) in [Activism](#), [April 2014](#), [Current Edition](#), [Drug Bust by Alan Cassels](#), [Health](#) | [0 comments](#)

### Mental health drugs based on biased sources

DRUG BUST by [Alan Cassels](#)



#### The people's briefing note on prescription drugs

A November 2012 press release from the BC Ministry of Health presented us with a bold and hopeful headline: "New program helps BC family doctors treat mental health challenges in children and youth."

This announcement was readily welcomed in many quarters as it represented an explicit government commitment to help educate BC's doctors on treating child and youth mental health problems such as anxiety, depression and ADHD. It was pretty encouraging after all the turmoil we've seen lately in the province's health system; from the bizarre firing spree at the Ministry of Health to the continual stream of reports from BC's Representative for Children and Youth about the horrific treatment of some of BC's most vulnerable children.

The soothing words about the program having "an emphasis on non-drug treatments" left me quite hopeful, but two years later, there's little to buoy my hopes. With an obvious pro-pharma bias in its orientation, it seems to me they've allowed the moneylenders into the temple once again.

Most of us couldn't argue against strong public money going towards the education of our doctors – they need to be kept up-to-date and knowledgeable – but we'd also mostly agree that any educational material needs to be absolutely scrupulous and that we need processes in place to prevent the corruption of the program from those with an agenda other than the health of children.

BC's new program is up and running here in Victoria and it will pay the doctors about \$1,400 for attending three half-day group educational sessions. It will also cover attendance for medical office assistants aiming to teach "enhanced identification and diagnosis of common mental disorders in children and youth" and so on. Sounds good, right?



I certainly don't begrudge physicians getting paid for their time, yet after about 10 minutes of digging into the specifics of the program, my heart sank. Even as the program promises to introduce the docs to "non-drug management tools" (i.e. cognitive behavioural therapy), the key thrust of the program seems to be new ways to begin lifelong drug treatment for youths who happened to get screened and thus labelled with anxiety, depression or ADHD. To me, the suggested screening tools, which go by the names KADS-6, SCARED and SNAP-IV, represent a triumvirate of tools all derived from biased sources tied to the pharmaceutical industry.

You might think I worry too much and there are some treatments that are absolutely needed by very troubled youth. That is true, but what if the screening tools do what other screening tools do: identify people who will never go on to be sick and, in essence, make them worse off?

The KADS screen, named by its creator, psychiatrist Stan Kutcher, employs six questions to screen kids for anxiety. Dr. Kutcher, a bit of a media darling in Canada, is supported by a long list of pharmaceutical companies. He has been a researcher, consultant and advisor to GlaxoSmithKline, Pfizer, Eli Lilly, Lundbeck, Wyeth-Ayerst, Abbott, Bristol-Myers Squibb, Janssen, Novartis, Organon and Boehringer Ingelheim – basically the laundry list of the world's biggest drug companies.

His KADS-6 questionnaire (Kutcher Adolescent Depression Scale) uses six simple questions to diagnose and assess the severity of adolescent depression by asking kids to self-rate on how frequently they feel low mood, sadness, feelings of worthlessness, tired or feeling life isn't much fun. The options are "hardly ever," "much of the time," "most of the time" or "all of the time." When you add up the scores, it draws a cutoff between "possible depression" and "probably not depressed."

While this distinction might not be helpful for your average doctor, it may make it slightly easier to dish out a script for Paxil (paroxetine, a major antidepressant) for kids tumbling into the 'possible' range. Speaking of Paxil, if you stick Dr. Kutcher, Paxil and "study 329" into the maw of Google, you'll marvel at what emerges. Superlatives aside, BBC called study 329, a Glaxo-funded study of using Paxil in kids, "one of the biggest medical scandals of recent times." Kutcher co-authored the study and he and his colleagues concluded that Paxil is "generally well tolerated and effective for major depression in adolescents." The reality is that the opposite was likely more true.

Revelations from court proceedings showed the drug was more likely to induce suicides in teens rather than prevent them. Nonetheless, studies like 329 and the researchers who wrote up the results helped Paxil turn into a mind numbingly huge blockbuster drug (sales of more than \$11 billion between 1997 and 2005) even as it turned many people around the world into hardened anti-pharma skeptics.

But those facts seem irrelevant when we invite Stan Kutcher and his KAD-6 screening tool to educate BC family doctors and help identify social and emotional problems in children and label them as mentally ill, with the ultimate result of plying them with drugs.

Another 329 study co-author, Dr. Boris Birmaher, is also in the BC tent with his SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders) questionnaire, designed to tease out anxiety's various iterations: General Anxiety Disorder, Separation Anxiety, Social Anxiety Disorder and what's known as "Significant School Avoidance." Now that's a gig: creating a pathology and a mental illness out of kids who don't want to go to school.

Dr. Birmaher is a widely recognized expert in pharmacological and biological studies of children and adolescents with mood and anxiety disorders and his disclosures indicate he receives or has received research support, acted as a consultant and/or served on a speaker's bureau for Solvay Pharmaceuticals, Forest Laboratories, Inc. and Schering-Plough. But let's overlook his pharma connections and ask, "Can we trust that SCARED is a valid way of identifying anxious kids and directing them into programs where they do better?" No, we can't because no one can say that those kids who have been through the 'SCARED' mill will do any better than those who haven't. We only know one thing: they are more likely to be labelled and given drugs.

The author of the SNAP-IV questionnaire, James Swanson, has acted as a consultant and/or served on a speaker's bureau for drugmakers McNeil, UCB, Eli Lilly and Company, Cephalon, Janssen, L.P. and Novartis Pharmaceuticals. As far as I can tell, the SNAP-IV (originally created by Swanson, Nolan and Pelham) questionnaire is a fast track to ADHD drugs. We would heartily accept this screening questionnaire if quality research showed kids labelled with ADHD and thus fed stimulants did better than those who aren't. One three-year study of ADHD drugs found that "medication use was a significant marker not of beneficial outcome, but of deterioration. That is, participants using medication in the 24-to-36 month period actually showed increased symptomatology during that interval relative to those not taking medication."

For me, all three screening tools strike out. The inning is over. As they say in baseball, "three up, three down." For the people who organize the ongoing education of BC doctors, I only have one question: "Really?" Do we really have to fund physician training using notoriously unreliable mental health screening tools created by people tied to the pharmaceutical industry? The medical literature is plump-full of research on the pernicious influence of financial conflicts in health decision making and you have invited the creators of SNAP, SCARED and KADS into the temple to besmirch the minds of our doctors?

I still remain hopeful.

My hope is that BC's doctors are too smart for this and they'll ask the hard questions about these so-called screening tools. Maybe they can appreciate that broad-based, community oriented, non-medical approaches to mental health are the best guarantee of success. Maybe they'll realize that, as physicians, they can be very good at writing prescriptions, but we can do better. And maybe they too can be advocates for a program that won't deliver more of our youth into the waiting arms of the pharmaceutical industry.

—

*Alan Cassels is the author of Seeking Sickness: Medical Screening and the Misguided Hunt for Disease and admits he has never met a mental illness screening program that delivers on its promises.* [www.alancassels.com](http://www.alancassels.com)

*Open Pharma is a new campaign to have all drug company payments to physicians made accessible to the public. Open Pharma is calling on the federal government to enact legislation requiring full disclosure of such payments.* [openpharma.ca/](http://openpharma.ca/)

# LE NOUVEL **Observateur**

Publié le [21-04-2014](#)

## Santé

<http://tempsreel.nouvelobs.com/sante/20140418.OBS4469/industrie-du-medicament-j-ai-vendu-mon-ame-au-diable.html>

## Industrie du médicament : "J'ai vendu mon âme au diable"

Par [Anne Crignon](#)



Du Prozac (Jeff Blackler/REX/REX/SIPA)

**John Virapen, 64 ans, livre le récit de son parcours dans l'industrie pharmaceutique. Une confession professionnelle peu ordinaire.**

Dans la famille "Les Repentis de Big Pharma", voici John Virapen, ancien directeur de la firme Eli Lilly en Suède, qui a rédigé dans sa soixante-quatrième année une confession professionnelle peu ordinaire. Par une ironie du destin, son livre est sorti en France jeudi 17 avril, au lendemain [de la mort de Jacques Servier](#).

"Depuis des années parfois aux premières heures du jour des silhouettes fantomatiques m'apparaissent en rêve, écrit-il en préambule. Elles se tapent la tête contre les murs ou s'entaillent les bras et la gorge à coups de rasoir. J'ai maintenant compris que j'avais indirectement contribué à la mort de personnes dont les ombres me hantent.

Je n'ai évidemment tué personne directement, mais aujourd'hui je ne peux pas ne pas me sentir responsable en partie de ces morts. J'ai été un instrument, un exécutant, mais consentant, aux mains de l'industrie. [...] J'ai été certes manipulé, mais sans me poser de questions. J'ai vendu mon âme au diable."

### Le cas du Prozac

D'origine indoue et fils de pêcheur illettré de la Guyane britannique, l'auteur de ce mea culpa glaçant est entré dans l'industrie pharmaceutique, en 1968, par la toute petite porte. En acteur habile de ce qui ne s'appelle pas encore marketing, John Virapen est déjà en 1981 directeur des ventes de la firme Eli Lilly pour la Suède.

Il raconte les petits pactes inavouables qui se scellent dans ce milieu feutré, et la main mise des firmes sur les leaders d'opinion, ces grands professeurs renommés et gardiens de la doxa. Ainsi l'entre eux, spécialiste du traitement de la douleur et expert au ministère de la santé, recevait-il de Lilly un salaire fixe, moyennant conseil, relecture de brochures et autres conférences.

On faisait surtout appel à lui en cas d'attaque contre nos produits dans les médias, souvent à propos d'effets secondaires. Il écrivait immédiatement des articles en notre faveur dans les journaux médicaux. Le microcosme médical était rassuré, la grande presse n'en parlait plus."

En 1986, pour le lancement de la fluoxétine d'Eli Lilly, molécule d'or baptisée Prozac qui sera jusqu'à expiration du brevet en 2001 l'antidépresseur le plus prescrit au monde, John Virapen va commettre ce qui le hante au petit matin : avoir aidé à promouvoir un médicament dont il connaissait –déjà- l'impact suicidaire (pour les effets secondaires réels des psychotropes, voir le site de veille sanitaire indépendant de David Healy, [chercheur à l'université de Cardiff RxiSK.org](http://chercheur.à.l'université.de.Cardiff.RxiSK.org)) et dont la supériorité sur le placebo n'est toujours pas établie en 2014.

Mais pour l'heure, tandis qu'au siège on organise le plan com' qui fera de la dépression une maladie couramment diagnostiquée dans tous les pays riches, les satrapes de Lilly s'affairent dans les capitales afin d'obtenir pour le Prozac une autorisation de mise sur le marché.

### Comment des suicidés ont disparu

A Stockholm, John Virapen sait qu'un expert indépendant a été officiellement désigné pour émettre un avis. Le nom du professeur est confidentiel, pour tenir éloignés les lobbies justement. John Virapen veut savoir. Il n'y a dans toute la Suède que cinq experts psychiatres suffisamment qualifiés pour avoir été sollicité par l'Etat.

L'un fait partie des autorités de santé ; ça ne peut être lui. Pour les quatre autres, il va agir en profiler et demander à ses visiteurs médicaux de se renseigner, discrètement. Après quelques semaines de ce maillage discret, l'expert est repéré : c'est Pr Z., à Göteborg. "J'entrepris d'étudier le Pr Z. de plus près. Il aimait la voile. Je m'achetai un livre sur la voile." Virapen l'appelle, et parvient à l'inviter à dîner.

Un facteur a joué en ma faveur, je n'aimais pas le Pr Z, poursuit-il. Une réelle sympathie rend les manipulations plus difficiles. On n'aime pas piéger une personne qu'on apprécie. On ne

veut pas obliger quelqu'un qu'on aime à franchir les frontières de la légalité. Le fait de ne pas aimer était donc un atout."

Un deuxième dîner va sceller leur entente. "L'argent est toujours utile", répond l'expert indépendant quand son hôte lui demande ce qui ferait accélérer son affaire. Le lendemain, Virapen appelle le bureau de Lilly à Copenhague, qui supervise les pays du Nord, explique qu'il faut 100.000 couronnes pour obtenir une autorisation rapide, soit 20.000 dollars. "Le bureau de Copenhague consulta celui de Genève. Cela prit 24 heures. Puis je reçus un appel : 'John, faites tout ce qui vous semble nécessaire.'"

L'expertise du Dr Z. en fut quelque peu orientée. Dans le dossier initial, voici un exemple de ce qu'on pouvait lire : "Sur dix personnes ayant pris le principe actif, 5 eurent des hallucinations et firent une tentative de suicide dont 4 avec succès." A la place on lisait désormais : "Les 5 derniers ont présentés divers effets secondaires." Escamotés, les suicidés sous Prozac, au cours de la phase d'expérimentation.

### **Au dessus des lois ? Au dessus des États ?**

Ce témoignage paraît un mois après celui de Bernard Dalbergue,(1) ancien cadre de chez Merck ; un an après l'ouvrage de Julie Wasselin qui fut pendant trente ans visiteuse médicale (2); et dix ans après que Philippe Pignarre, ancien de chez Synthelabo et lanceur d'alerte avant l'heure, a publié "Le Grand secret de l'industrie pharmaceutique" (3). Tous démontrent que la santé est depuis trente ans une affaire de business et de marketing sur fonds de désinformation aux conséquences criminelles.

La confession de John Virapen a été traduite par Philippe Even, qui poursuit ainsi un travail de recadrage entrepris en 2005, soit cinq ans avant le scandale Servier, avec sa traduction du livre Marcia Angell, rédactrice en chef démissionnaire du prestigieux "New England Journal of Medicine" (NEJM), "La vérité sur les compagnies pharmaceutiques" (4).

Etrangement, ces révélations ne suscitent pas l'effroi et les révolutions qu'elles devraient. Comme si la pharmaco-délinquance était une fatalité, et l'industrie du médicament une organisation impossible à contrôler, au dessus des lois, au dessus des États.

### **Anne Crignon - Le Nouvel Observateur**

(1) *"Omerta dans les labos pharmaceutiques"*, Avec Anne-Laure Barret, Flammarion

(2) *"Le quotidien d'une visiteuse médicale"*, L'Harmattan.

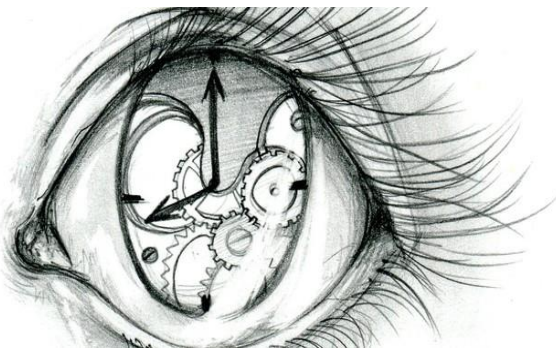
(3) *Editions La Découverte*

(4) *Editions du Mieux Etre*

francetvinfo [Culturebox](#)<http://culturebox.francetvinfo.fr/la-fin-du-fou-152231>

## Deux essais, l'un sur la folie, l'autre sur la liberté mettent à mal le sujet et sa singularité au temps de la norme...

Publié le 28/03/2014 Par Philippe Lefait



Une autre folie © Anaïs Roda

Hôpital de Tours. Extérieur jour. Un fou tourne dans la cour. A la même heure, matin et soir. Plus de contact. L'équipe démotivée a un peu délaissé ce psychotique - "processus aliénatoire inconscient type". Même lieu. Extérieur jour. Quelques temps plus tard. Le même dans sa ronde infernale. Le sol en est marqué. Contre l'avis du surveillant, un agent du service hospitalier rejoint le cercle...

### *La fin du fou*

... "J'ai tourné, tourné avec lui, sans qu'un mot ne soit échangé, puis petit à petit, on a marché côte à côte, on a échangé un sourire, et puis on a commencé à se parler". Tours. Hors les murs. Bien plus tard. Deux hommes, les mêmes. L'un est fou -il habite désormais en ville-, l'autre pas. Ils vont faire ensemble des courses.

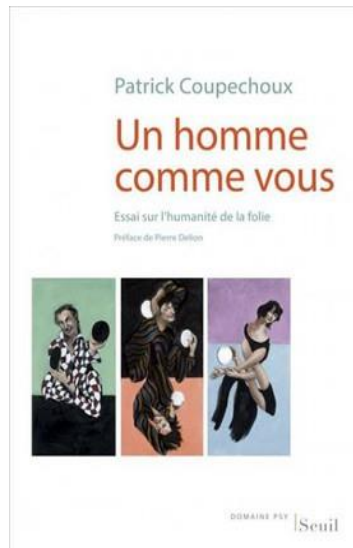
Il y a dans ces scènes réelles et uniques le substrat d'un essai, passionnant parce qu'engagé, résolument humaniste et désaliéniste, remarquablement argumenté de Patrick Coupechoux, [Un homme comme vous, Essai sur l'humanité de la folie](#). Il connaît son sujet. On lui doit notamment *Un monde de fous* (2006) et *La déprime des opprimés* (2009). On trouvera la même résistance à l'air du temps dans [Faut-il renoncer à la liberté pour être heureux?](#) de Roland Gori, universitaire, lanceur d'alerte (*L'appel des appels* date de 2009) et psychanalyste. Sa thèse est que nous préférons l'illusion hédoniste et "une sécurité de pacotille" à l'angoisse de ce "point de vide qui permet de désirer, d'assumer sans s'y résoudre l'absurdité du monde et de sa finitude". "I would prefer not to" ("Je préférerais n'en rien faire") du [Bartleby](#) de Herman Melville est bien un choix existentiel.

### *Pouvoir encore raconter sa vie*

La disparition des grands récits, celle des mythes fondateurs est cette question sérieuse et récurrente que posent les intellectuels, tourmentés par l'immédiateté et le formatage généralisé que la

technologie impose dans notre paysage néo-libéral. La lecture de ces deux textes offre -ce n'est pas si courant- une occasion de penser autrement notre société, autour des enjeux fondamentaux que sont l'autre, sa parole, la rencontre et l'être au monde.

Dans la réflexion des deux auteurs, qu'il s'agisse de la folie ou de la liberté, le sujet est central. Comme la place qu'il occupe ou qui lui est assignée selon les époques dans une société qui pour Roland Gori le réduit "à un segment de population statistique". La Technique (la roue comme le numérique) qui désormais "saisit le vivant", qui est autant remède que poison, est bien utile au marché et aux pouvoirs de toute nature. Ses avatars que sont l'algorithme et l'évaluation (cette "fabrique de servitude volontaire") permettent une mise en case simplificatrice et systémique des individus. A l'instar de ce que fait en psychiatrie le DSM, l'outil américain d'une classification des troubles mentaux toujours plus poussée dans la multiplication des symptômes. Un diagnostic coûte que coûte plutôt que la clinique, son humanité et son incertitude! Cette tendance lourde prélude à un nouvel ordre qui nous concerne tous et qui est étranger à cette "démocratie qui oblige" un sujet libre et responsable de ce qu'il dit et fait. Et Roland Gori, professeur de psychopathologie clinique à l'université de Marseille, grand lecteur de Henrik Stangerup (*L'homme qui voulait être coupable*) ou de Hannah Arendt (*De la révolution*), de Camus ou de Simondon a beau jeu de rappeler que la culpabilité et la dette sont fondatrices du lien social.



Alors qu'une [mission parlementaire vient de pointer en France une forte augmentation des mesures de contention et des hospitalisations sous contraintes](#), Patrick Coupechoux ne dit pas autre chose. "Il n'est plus question d'humanité de la folie, mais de "troubles" du comportement qu'il faut traiter le plus efficacement. Il n'est plus question de relation mais de réhabilitation. Il n'est même plus question de folie du tout. Le fou n'existe plus, noyé dans l'immense cohorte des citoyens en souffrance dont il faut d'urgence s'occuper afin de les rendre plus performants, dans une version positive de la santé mentale, source indispensable d'un bonheur préalablement codifié et normalisé.

A moins qu'il ne soit dangereux, bien entendu, auquel cas, il [entre dans la catégorie des populations à risques qu'il faut savoir gérer... Un moyen de régulation et de contrôle social](#)". Et l'auteur de souligner le bénéfice que peuvent tirer l'état ou les laboratoires pharmaceutiques de cette extension du champ de la santé mentale et de la disparition du mot folie.

### ***Le lien qui libère***

Les souffrances psychiques et sociales se trouvent aussi aujourd'hui dans la rue, quand on n'a pas de domicile ou dans les prisons. Roland Gori se demande si leur traitement "sous le chapeau "homogène" du "handicap"" ne trahit pas une vision "économique" et "technique" de l'humain. Le sujet, dans sa singularité, a disparu. Il n'existe plus que dans son adaptabilité à la norme so-



ciale.

A ce propos, derrière les bonnes intentions du rapport [intitulé \*La santé mentale, l'affaire de tous\*](#) remis en 2010 au Premier ministre, Patrick Coupechoux pointe le risque d'une nouvelle "biopolitique" (le mot est de Michel Foucault) qui chercherait "la maîtrise des corps et des âmes". Plus généralement, l'essayiste, dans son approche historique, démontre qu'il s'est toujours agi d'humanisme ou de déshumanisation, de peur ou d'attention, de soin ou de mise à l'écart, de personne complète ou de différence radicale, d'enfermement ou de liberté, de "sociogénèse" ou de psychogénèse ou des deux pour situer l'origine de la folie, d'admiration ou de création (Eluard, Breton, Rimbaud, Nerval, Artaud, Strindberg, Van Gogh, Blanchot).

Aux maisons de force pour écarter les "déraisonnables" a succédé, au XVIIIème siècle révolutionnaire, l'asile voulu comme un "monde idéal et apaisé" par l'aliéniste Philippe Pinel pour interner et soigner des malades. Puis viendront l'ordre asilaire et ses dérives et la fabrique des fous; l'hécatombe qui fit, pendant la deuxième guerre mondiale, 40 000 morts dans les hôpitaux psychiatriques français; le courant désaliéniste de la résistance, l'antipsychiatrie. Et, au tournant des années 50/60 la sectorisation. Elle permet dans "une continuité des soins" de prendre en charge une personne dans le ressort de son domicile. Plutôt que d'un lieu, il s'agit avant tout d'un lien qui libère et qui réunit autour d'elle, au-delà de qui la soigne, celles et ceux, qui lui portent attention. Elle a été élaborée par le psychiatre Lucien Bonnafé qui avançait: "La psychiatrie n'est pas faite pour "guérir" les gens de quelque chose qui se serait emparé d'eux fortuitement et qui pourrait s'en aller comme c'est venu. C'est fait pour se trouver face à face avec des aventures dans le drame humain."

***Faut-il renoncer à la liberté pour être heureux?***

Roland Gori. Éditions Les liens qui libèrent.

***Un homme comme vous. Essai sur l'humanité de la folie***

Patrick Coupechoux. Seuil

PL/Le Magazine Littéraire

---