

ÉPIDÉMIOLOGIE

THE
DEVELOPMENT
OF THE PERSON



L. Alan Sroufe,
Dymally, Elizabeth A. Collins,
and William Collins

LE LIVRE >

The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood (« Le développement de la personne : L'étude du Minnesota sur le risque et l'adaptation, de la naissance à l'âge adulte »), Guilford Press, 2005.

L'AUTEUR >

L. Alan Sroufe est un psychologue américain. Il a fait l'essentiel de sa carrière à l'Institute of Child Development de l'université du Minnesota, où il est professeur émérite. Il a publié ou codirigé de nombreux ouvrages sur le développement de l'enfant, dont *Emotional Development: the Organization of Emotional Life in the Early Years*. Aucun n'est traduit en français.

2

L'ÉPIDÉMIE
D'HYPERACTIVITÉLES FAUX MIRACLES
DE LA RITALINE

Oui, les médicaments contre l'hyperactivité marchent. Pendant quatre à huit semaines. Au-delà, leurs effets disparaissent, car les troubles de l'attention ne sont pas dus, comme on le prétend, à une anomalie cérébrale. Mais l'illusion collective à laquelle participent médecins, parents et enseignants évite de poser les questions qui fâchent, à commencer par celle-ci : pourquoi l'hyperactivité touche-t-elle davantage les enfants de milieux défavorisés que les autres ?

L. ALAN SROUFE. *The New York Times*.

T

rois millions et demi de petits Américains prennent des médicaments pour corriger des problèmes d'attention. Fin 2011, leurs parents ont donc été saisis d'une vive inquiétude quand s'est produite une soudaine pénurie de Ritaline et d'Adderall¹, qu'ils jugent absolument indispensables à leur progéniture. Mais aident-ils vraiment les enfants, et doit-on continuer de prescrire à tour de bras ?

En trente ans, la consommation de médicaments contre les troubles du déficit de l'attention (TDA) a été multipliée par vingt. En tant que psychologue ayant étudié le développement des enfants à problèmes pendant plus de quarante ans, je crois qu'il est temps de nous demander pourquoi nous nous reposons à ce point sur ces substances. Les substances en question améliorent la concentration à court terme – raison de leur efficacité chez les étudiants qui bachotent. Mais, administrés à des enfants sur de longues

périodes, ils n'ont d'effet positif ni sur leurs résultats scolaires ni sur leurs problèmes de comportement. Les effets secondaires, eux, peuvent être sérieux, puisqu'ils peuvent notamment ralentir la croissance [lire « *Quels effets secondaires ?* », p. 88].

Hélas, peu de médecins ou de parents semblent au fait des connaissances que nous avons aujourd'hui sur le manque d'efficacité de ces substances. Seuls sont publiés les résultats à court terme et les études sur les différences cérébrales d'un

tiques du type 1 ont besoin d'insuline pour corriger les déséquilibres biochimiques avec lesquels ils sont nés, de même ces enfants, croyait-on, ont besoin de médicaments pour corriger les leurs. Mais il se trouve que rien, ou presque, ne permet d'étayer cette théorie.

En 1973, j'avais analysé pour le *New England Journal of Medicine* toute la littérature publiée sur les traitements médicamenteux destinés aux jeunes hyperactifs. Des dizaines d'études convenablement conduites montraient que ces

En trente ans, la consommation de médicaments contre les troubles du déficit de l'attention a été multipliée par 20.

enfant à l'autre. Et, de fait, un grand nombre de données irréfutables semblent à première vue conforter l'approche médicamenteuse. Cette efficacité partielle explique d'ailleurs pourquoi nous avons tant de peine à discerner les problèmes posés par cette approche.

Dans les années 1960, je croyais moi aussi, comme la plupart des psychologues, que les enfants ayant des difficultés de concentration souffraient d'un problème cérébral d'origine génétique, ou du moins inné. De même que les diabé-

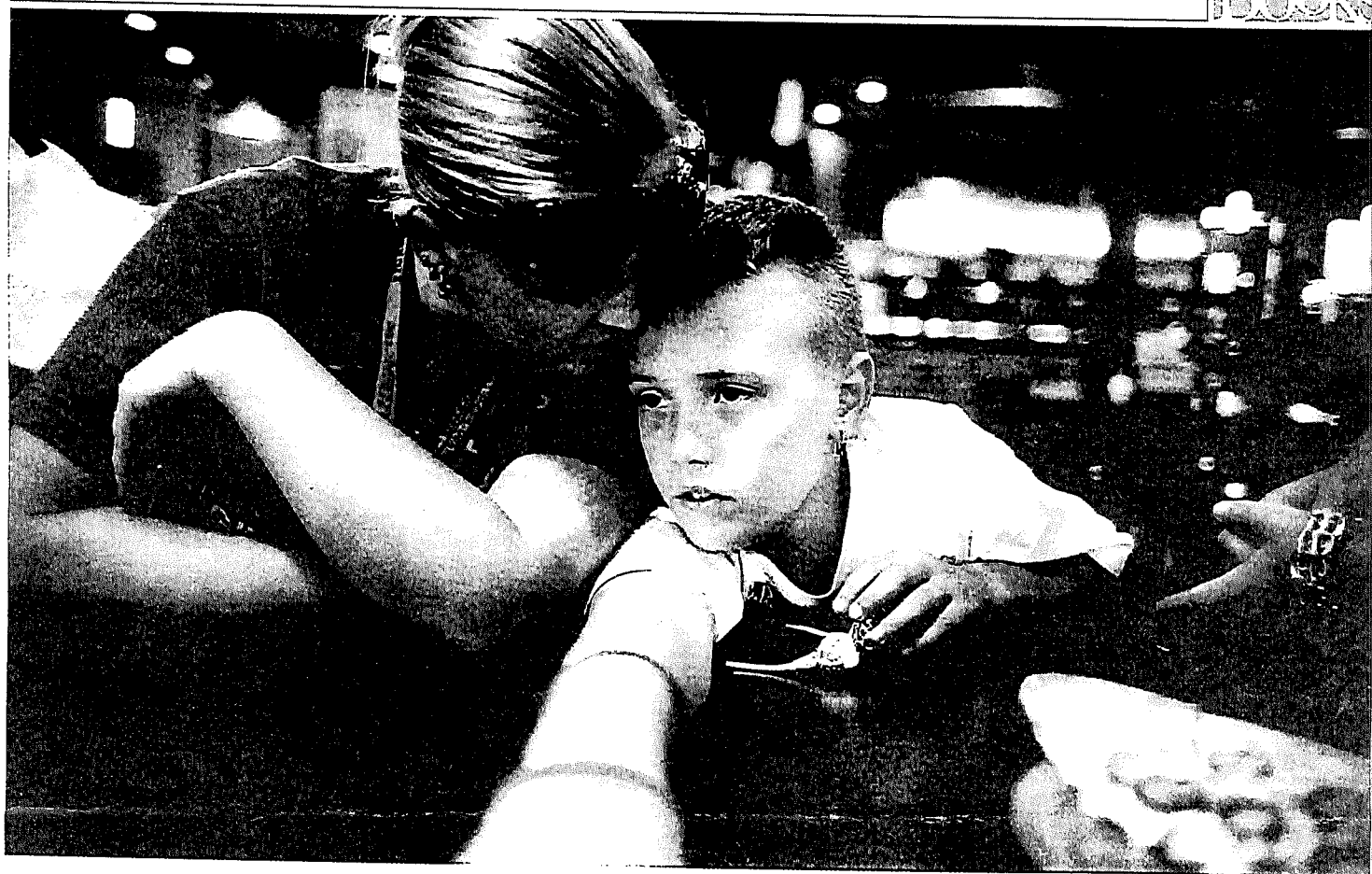
produits avaient un impact positif immédiat sur la performance d'enfants confrontés à des tâches répétitives exigeant concentration et application. J'avais moi-même réalisé l'une d'elles. En outre, les enseignants comme les parents faisaient état d'une amélioration du comportement dans presque toutes les études à court terme. Il s'est ensuivi une augmentation de la prescription. Et beaucoup en ont conclu que l'hypothèse du « déficit cérébral » était corroborée.

Mais des questions continuaient de se

1) Produit par le laboratoire Shire, l'Adderall n'est pas commercialisé en France. Composé d'un mélange d'amphétamines, il est depuis plusieurs années le médicament vedette aux États-Unis pour traiter les troubles de l'attention. Lire « L'hyperactivité de Big Pharma », p. 96.

LES FAUX MIRACLES DE LA RITALINE

Books



poser, notamment sur les mécanismes d'action de ces produits, et sur la pérennité des effets. La Ritaline² et l'Adderall, qui est une combinaison de deux amphétamines, sont des stimulants. Comment donc peuvent-ils calmer ? Certains experts affirmèrent que les substances avaient un effet mystérieux et paradoxal car le cerveau des enfants ayant des problèmes d'attention est différent.

Accoutumance au produit

Mais il n'y avait aucun paradoxe. Pendant la Seconde Guerre mondiale, des produits semblables avaient été administrés aux opérateurs de radars, pour les aider à rester éveillés et concentrés sur l'exécution de tâches ennuyeuses et répétitives. Et quand nous avons à nouveau analysé la littérature scientifique sur les médicaments contre le déficit d'attention en 1990, nous avons découvert que tous les enfants, avec ou sans problèmes d'attention, réagissaient de la même manière à ces stimulants. Qui plus est, si ces produits calment bien les élèves pendant la classe, ils les rendent plus agités au cours de la récréation. Les stimulants ont en général les mêmes effets sur tous, adultes et enfants. Ils renforcent la capacité de concentration, notamment pour les tâches sans intérêt intrinsèque, ou dans les situations de fatigue ou d'ennui ; mais

ils n'améliorent pas les facultés d'apprentissage complexe.

Et les effets de ces substances sur les enfants souffrant d'un TDA s'estompent après un usage prolongé, comme on l'observe chez les nombreuses personnes au régime qui ont utilisé – avant de les abandonner – des stimulants pour perdre du poids. Certains experts affirmaient que les gamins ayant un déficit d'attention ne développeraient pas ce genre d'accoutumance, en raison de la différence supposée de leur cerveau. Mais en réalité, la perte d'appétit et les insomnies observées chez les petits à qui l'on a d'abord prescrit des médicaments contre le déficit d'attention finissent bel et bien par s'estomper, et il en va de même, nous le savons aujourd'hui, des effets sur le comportement. Ces enfants développent apparemment une accoutumance au produit, dont l'efficacité disparaît par conséquent. De nombreux parents voient, certes, le comportement de leur gamin se détériorer dès qu'ils arrêtent le traitement, ce qui en confirme l'efficacité à leurs yeux. Mais il empire parce que leur corps s'est habitué à la substance. Les adultes qui réduisent soudain leur consommation de café ou arrêtent de fumer présentent souvent les mêmes réactions.

À ce jour, aucune étude scientifique n'a mis en évidence le moindre effet positif à

long terme de ces médicaments sur les résultats scolaires, les relations avec les autres ou le comportement – précisément ce qu'on cherche le plus à améliorer.

Jusqu'à une date récente, la plupart des études sur ces produits n'avaient pas été convenablement randomisées. Et certaines d'entre elles présentaient d'autres carences méthodologiques. Mais, en 2009, les résultats d'une étude bien contrôlée, portant sur plus d'une décennie, ont été publiés. Ils étaient sans ambiguïté³. Près de 600 enfants ayant des problèmes d'attention avaient été répartis au hasard en quatre groupes, chacun soumis à un traitement différent : médicament seul ; thérapie cognitivo-comportementale ; médicament et thérapie ; ni médicament ni thérapie mais suivi à domicile. Dans un premier temps, l'étude laissa penser que le médicament seul ou associé à la thérapie produisait les meilleurs résultats. Mais, au bout de trois ans, les effets s'étaient estompés et, au bout de huit ans, rien n'indiquait que le médicament ait finalement apporté un quelconque bénéfice.

À l'évidence, ces enfants ont besoin d'une prise en charge beaucoup plus générale que la seule approche médicamenteuse, prise en charge qui doit commencer plus tôt et durer longtemps [lire « Des effets négatifs à long terme », p. 89].

Un Américain de 11 ans sous stimulants anti-TDAH. L'un des risques associés : un retard de croissance.

© BRYAN MELTZ/THE NEW YORK TIMES-REDUX/REA

2] La Ritaline n'est pas une amphétamine mais son action est proche de la dextroamphétamine, l'un des composants de l'Adderall.

3] Étude dite MTA, réalisée par l'Institut national américain de la santé mentale.

ÉPIDÉMIOLOGIE



Si la Ritaline et l'Adderall, les deux principaux médicaments contre l'hyperactivité, calment bien les élèves pendant les cours, ils les rendent plus agités lors des récréations. © OLIVIER CULMANN / TENDANCE FLOUE

Il n'empêche. Les découvertes en neurosciences sont utilisées pour soutenir le recours aux médicaments, qui serviraient à traiter une hypothétique « déficience innée ». Ces études montrent en effet que les enfants chez qui a été diagnostiqué un TDA possèdent des circuits de neurotransmission différents ainsi que d'autres anomalies cérébrales. Mais si la sophistication technologique de ces études impressionne à juste titre parents et non-professionnels, elle peut induire

en erreur. Il est normal que l'imagerie révèle des anomalies dans le cerveau d'enfants ayant des problèmes de comportement. Comment pourrait-il en aller autrement, tant comportement et cerveau sont indissociables. Ainsi, la dépression, qui va et vient chez bien des personnes, entraîne en parallèle des modifications du fonctionnement cérébral, indépendamment de toute médication. De nombreuses études sur le cerveau des petits hyperactifs se fondent

sur un examen fait alors qu'ils sont en train d'effectuer une tâche qui requiert de l'attention. S'ils sont distraits, faute de motivation ou faute d'être capables de réguler leur comportement, l'imagerie cérébrale va forcément révéler des anomalies. Quelle que soit la façon dont on analyse le fonctionnement du cerveau ces études ne nous disent pas si les anomalies observées étaient déjà présentes à la naissance ou si elles sont le résultat de traumatismes, d'un stress chronique ou d'autres épisodes de la petite enfance. L'une des découvertes les plus profondes faites par les neurosciences comporte mentales ces dernières années a précisément consisté à démontrer que le développement du cerveau est modelé par l'histoire personnelle.

Il est indéniable que de nombreux enfants ont des problèmes de concentration, d'autorégulation et de comportement. Mais est-ce dû à une cause présente à la naissance ou au vécu ? La seule façon de répondre à ces questions est d'étudier les petits et leur environnement de la grossesse à l'adolescence comme mes collègues de l'université de Minnesota et moi-même le faisons.

Depuis 1975, nous avons suivi deux cents enfants nés dans des milieux très défavorisés, plus vulnérables aux troubles du comportement. Nous nous sommes assurés de la participation de leur mère pendant la grossesse et avons étudié, tout au long de leur vie, les rela-

QUELS EFFETS SECONDAIRES ?

Comme la cocaïne et les amphétamines, le méthylphénidate (Ritaline, Concerta) a pour principal résultat physiologique d'accroître la production de dopamine dans le cerveau. Les effets secondaires les plus fréquemment cités sont l'insomnie (la difficulté à s'endormir), des maux d'estomac, des maux de tête et l'anorexie. Tous ces effets peuvent être d'origine psychique. Mais plusieurs études concluent aussi à une baisse de la croissance et de la prise de poids : - 1 cm et - 1 kg par an en moyenne. Pour certains chercheurs, comme James Swanson, qui dirige le Centre de développement de l'enfant, à l'université de Californie à Irvine, cela ne fait aucun doute : les stimulants utilisés contre le déficit d'attention avec hyperactivité entraînent un

retard cumulatif de croissance. L'effet maximal est atteint au bout de trois ans. Mais toutes les études ne concluent pas en ce sens et, d'après une méta-analyse récente, l'effet est vraisemblable sans être véritablement démontré*.

Plusieurs études indiquent par ailleurs un risque accru d'accidents cardiovasculaires pour les enfants qui y sont prédisposés. Mais, là encore, les analyses sont contradictoires.

À notre connaissance, aucune des méta-analyses concernant le risque pour la croissance et le risque cardiovasculaire ne passe au crible les liens possibles entretenus par certains des auteurs avec l'industrie pharmaceutique.

Autre sujet de préoccupation : le rapport éventuel entre la prise de stimulants

contre le TDAH et une toxicomanie ultérieure (alcool, tabac, drogues). Une récente synthèse de la littérature spécialisée conduit par la négative**. Il est en revanche bien établi que ces médicaments, pris à haute dose par voie nasale ou intraveineuse, sont devenus l'une des drogues préférées des jeunes toxicomanes. ☐

Books

* Radek Ptacek et al., *Stimulants on Growth of ADHD Children: A Critical Review*, 2009.

** Kathryn L. Humphreys et al., *Stimulant Medication and Substance Use Outcomes*, 2013.

tions qu'ils nouaient avec les personnes qui s'occupaient d'eux, les enseignants et leurs petits camarades. Nous avons suivi la totalité de leur parcours scolaire et leurs premiers pas dans la vie adulte. À intervalles réguliers, nous avons jaugé leur santé, leur comportement, leurs résultats aux tests d'intelligence et divers autres paramètres. À la fin de l'adolescence, la moitié d'entre eux justifiaient d'un diagnostic psychiatrique. Près de la moitié avaient rencontré au moins une fois des problèmes de comportement à l'école. Un quart avait abandonné la scolarité avant la fin du secondaire. Et 14 % d'entre eux avaient présenté les symptômes du TDA, soit à leur entrée en primaire, soit à leur entrée au collège.

8 % d'enfants hyperactifs

D'autres études épidémiologiques à grande échelle confirment l'existence de ces phénomènes chez les jeunes de milieux défavorisés. Alors que l'on estime à 8 % la prévalence du TDA dans la population infantile, toutes catégories sociales confondues⁴. L'étude a ainsi révélé que l'environnement était un facteur prédictif du développement des problèmes de déficit d'attention. Ce que n'étaient, en revanche, ni les anomalies neurologiques détectées à la naissance, ni le QI, ni le tempérament de l'enfant en bas âge, y compris son niveau d'agitation.

De nombreux enfants de milieux aisés reçoivent aussi un diagnostic de TDA. Les problèmes de comportement chez les bambins peuvent avoir de multiples origines : les tensions familiales, comme la violence domestique ; l'absence d'assistance de la part des amis ou des parents ;

Cette médication à grande échelle renforce l'idée qu'on peut résoudre tous les problèmes avec un comprimé.

des conditions de vie chaotiques avec déménagements fréquents ; et, surtout, la conduite intrusive des parents induisant une stimulation à laquelle le bébé n'est pas préparé. C'est, par exemple, un nourrisson de six mois en train de jouer que l'on attrape brusquement par-derrière pour le plonger dans le bain. Ou encore, un bambin de 3 ans est contrarié parce qu'il ne parvient pas à résoudre un problème, et un parent le gronde ou se moque de lui. Ce genre de pratique crée un excès de stimulation et compromet le développement de sa capacité à réguler son comportement.

DES EFFETS NÉGATIFS À LONG TERME

Une expérimentation grandeur nature a été rendue possible au Canada, en raison de la décision du Québec d'étendre la couverture de l'assurance médicale pour la prise de Ritaline à partir de 1997. La couverture médicale n'ayant pas été étendue dans le reste du territoire canadien, cela a permis de comparer le devenir (jusqu'en 2008) d'un grand nombre d'enfants diagnostiqués TDAH selon qu'ils ont été placés ou non sous Ritaline. Ces résultats ont été publiés l'année dernière par Janet Currie, de Princeton, Lauren Jones, de Cornell, et Mark Stabile, de l'université de Toronto. Les conclusions sont aussi claires qu'inattendues*. Voici le résumé

rédigé par les chercheurs :

« Les prescriptions de Ritaline au Québec ont augmenté par rapport au reste du Canada. Mais nous avons trouvé peu d'indices que les performances des enfants concernés se soient améliorées. Dans l'ensemble de l'échantillon, l'usage accru du médicament est associé à une dégradation du plaisir de vivre et à une détérioration de la relation avec les parents. Ces effets émotionnels et sociaux sont concentrés chez les filles, qui souffrent aussi davantage d'anxiété et de dépression. Nous constatons aussi des indices de détérioration du niveau scolaire, du point de vue du taux de redoublement et des résultats en mathématiques.

matiques. Quand on étudie les résultats à long terme, on observe que l'usage accru du médicament est associé avec une probabilité supérieure pour les garçons de quitter le système scolaire et une probabilité légèrement supérieure que les filles aient reçu à un moment donné un diagnostic de trouble mental ou émotionnel. »

Books

* « Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD ? », National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts, juin 2013.

Le traitement médicamenteux ne change rien aux circonstances qui ont, au départ, fait dérailler le développement de l'enfant. Et pourtant, on ne prête guère attention à celles-ci. Les responsables sont tellement convaincus que ces jeunes sont atteints d'une maladie organique qu'ils ont pratiquement renoncé à appréhender le problème dans sa globalité. L'Institut national américain de la santé mentale finance essentiellement les recherches portant sur les aspects physiologiques et cérébraux du TDA. Et si quelques travaux sont menés sur d'autres approches thérapeutiques, l'impact du vécu est très peu étudié. Conscients de cela, les scientifiques ont tendance à solliciter des financements pour la seule recherche biochimique.

millions d'enfants n'est pas la solution. Ensuite, cette médication à grande échelle alimente la vision collective selon laquelle tous les problèmes de l'existence peuvent être résolus avec une pilule, et donne à des millions d'enfants l'impression qu'ils sont affectés d'un défaut intrinsèque. Enfin, l'illusion que les problèmes de comportement des petits peuvent être guéris par la pharmacopée nous évite, en tant que société, de rechercher les solutions plus complexes qui seront nécessaires. Les médicaments permettent à tout le monde – hommes politiques, chercheurs, enseignants et parents – de se tirer d'affaire. Tout le monde, sauf les enfants.

Mais si les médicaments, dont les études montrent que l'efficacité dure de quatre à huit semaines seulement, ne sont pas la solution, quelle est-elle ? Bon nombre de ces enfants souffrent d'anxiété ou de dépression ; d'autres subissent des tensions familiales. Il faut les traiter comme des individus, au cas par cas.

Quant aux pénuries de médicaments, elles se produiront à nouveau. Ces substances créant une dépendance psychique, comme les drogues, le Congrès américain impose un plafond à la production. Et les quantités approuvées ne suivent pas le raz-de-marée des prescriptions, puisque nous persistons à compter sur des pilules qui n'ont pas l'effet que tant de parents, de thérapeutes et d'enseignants bien intentionnés leur prêtent. □

On ne se pose ainsi qu'une seule question : les troubles de l'attention chez l'enfant sont-ils liés à un dysfonctionnement cérébral ? La réponse est toujours positive. La possibilité bien réelle que les anomalies cérébrales, tout comme le TDA, puissent résulter du vécu est complètement négligée. Cette gestion est lourde de risques. D'abord, il n'existera jamais de solution unique pour tous les enfants souffrant de problèmes d'apprentissage ou de comportement. Même si quelques-uns peuvent tirer profit d'un traitement médicamenteux à court terme, l'administrer à long terme à des

Cet article est paru dans le *New York Times* le 28 janvier 2012. Il a été traduit par Jean-Louis de Montesquiou.

4 | 11 % aux États-Unis d'après la dernière enquête des Centers of Disease Control.