

La fausse épidémie de TDAH

Patrick Landman

DANS **ÉTUDES** 2018/11 Novembre , PAGES 53 À 64
ÉDITIONS **S.E.R.**

ISSN 0014-1941

DOI 10.3917/etu.4254.0053

Date de mise en ligne : 29/10/2018

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-etudes-2018-11-page-53?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.E.R..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

LA FAUSSE ÉPIDÉMIE DE TDAH

Patrick LANDMAN

Les troubles appelés TDAH (« troubles de déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité ») sont caractérisés par une inattention, des difficultés à se concentrer (« Je suis très facilement distrait »), une impulsivité marquée (« J'agis avant de réfléchir »), une agitation incessante (« Je bouge trop et je ne peux pas m'en empêcher »). Ces troubles du comportement peuvent atteindre tous les êtres humains, mais sont de plus en plus fréquemment diagnostiqués chez les enfants. Remettre en question ce diagnostic de TDAH nous paraît urgent, pour plusieurs raisons conjuguées.

On observe une augmentation croissante d'enfants qui sont diagnostiqués TDAH¹ dans les sociétés occidentales. Depuis une vingtaine d'années, notamment aux États-Unis, les derniers chiffres disponibles évoquent 11 % d'enfants d'âge scolaire qui seraient porteurs d'un TDAH. De même, l'augmentation est très sensible en Grande-Bretagne. Pour la France, nous n'avons pas de données globales récentes, mais tout semble indiquer que la prévalence augmente aussi de manière importante². Ce qui est une fausse épidémie se développe, en dépit des réticences et des restrictions légales qui encadrent la prescription. En même temps qu'une augmentation de cas de TDAH, on assiste à une consommation de plus en plus mar-

1. Pour déployer notre argumentation, nous prendrons comme référence le TDAH tel qu'il est décrit dans la cinquième édition de la Classification américaine des troubles mentaux, appelée Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou DSM-5, car c'est la classification des troubles mentaux qui fait autorité dans la recherche clinique et pharmacologique, c'est-à-dire dans les études cliniques randomisées (ECR) dans l'épidémiologie, et aussi, de plus en plus, hélas, dans la pratique clinique.

2. L'association TDAH - France donne une description simplifiée de ce trouble sur www.tdah-france.fr

quée de médicaments, tels que le méthylphénidate (MPH ou Ritaline). Le TDAH représente un des premiers motifs de consultation en pédopsychiatrie.

Par ailleurs, le diagnostic de TDAH concerne de plus en plus les adolescents et les adultes, surtout dans sa forme « trouble de l'attention », avec les risques accrus qu'ils fassent un usage détourné de produits prescrits, comme *boosters* ou stupéfiants, quand ils ont à affronter des concours, des enjeux professionnels ou d'autres performances, et particulièrement chez les adolescents qui sont souvent attirés par des actions de défi.

De plus, en raison de la systématisation grandissante de la réponse médicamenteuse à de nombreuses situations cliniques hétéroclites, on observe une chronicisation³ du TDAH. Car le méthylphénidate ne gué-

rit pas, il permet de maîtriser les symptômes et, comme il n'existe aucun critère valide pour déterminer quand arrêter la prescription, on assiste parfois à des

« Le diagnostic de TDAH concerne de plus en plus les adolescents et les adultes »

situations où ceux qui se sentent aptes à arrêter de prendre le médicament subissent une pression moralisante et culpabilisatrice de la part de leur entourage: « Ce n'est pas le moment, c'est trop risqué, ce n'est pas dans ton intérêt, etc. » Cette pression vient même de certains soignants qui veulent enrayer la « supposée chaîne pronostique allant du TDAH de l'enfance à la délinquance ou aux conduites addictives à l'âge adulte » et qui s'appuient sur des études discutables, où l'on confond prévision et prédiction⁴. Cette chronicisation est risquée, car les effets à long terme de la consommation de méthylphénidate sont parfois inquiétants. Après les faux positifs (les personnes faussement incluses dans un diagnostic), gare aux handicapés iatrogènes⁵!

3. Joseph Biederman, Maggie Evans, Stephen V. Faraone, Carter R. Petty et Jacqueline Small, « How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD », *Psychiatry Res.*, n° 177 (3), mai 2010, pp. 299-304, consultable sur www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881837

4. Tanya Maria May Button, Peter McGuffin et Anita Thapar, « Relationship between antisocial behaviour, attention-deficit hyperactivity disorder and maternal prenatal smoking », *The British Journal of Psychiatry*, n° 187/2, août 2005, pp. 155-160, consultable sur <http://bjp.rcpsych.org/content/187/2/155.full.pdf>

5. Troubles provoqués par un traitement médical.

Enfin, le diagnostic de TDAH nous semble symptomatique des « effets secondaires » de l'usage étendu et exclusif de la méthode diagnostique du DSM, c'est-à-dire une surmédicalisation, des surdiagnostics et des surprescriptions.

Une pseudo-maladie pharmaco-induite

Rappelons d'abord les circonstances de la création du TDAH. Certains défenseurs du TDAH prétendent que ce trouble mental est dans la filiation des descriptions du psychiatre français Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909), d'Henri Wallon (1879-1962) avec son « enfant turbulent », de la psychologue d'enfants Jadwiga Abramson (1887-2000) ou de l'hyperkinésie. Les Américains le considèrent pour leur part dans la lignée du conte écrit par Heinrich Hoffmann pour son fils Carl Philipp, *Fidgetty Philip*, un enfant qui rendait ses parents fous par son agitation.

Ceux qui visent à légitimer le TDAH en s'étonnant de l'ignorance, du déni ou de la mauvaise foi de leurs adversaires commettent un acte mensonger car ils font silence sur un autre aspect de l'histoire de la création du TDAH : comment réussir à transformer l'ancienne instabilité ou hyperkinésie en un trouble mental pharmaco-induit, autrement dit un trouble taillé sur mesure pour « coller » à l'action d'une molécule. Les circonstances de la naissance du TDAH sont très minutieusement rapportées par le journaliste Alan Schwartz⁶. Voilà comment Léo Eisenberg parle de la naissance du TDAH dans ce livre : « Un essai de thérapie par dérivé amphétaminique a provoqué des changements de comportement frappants, une amélioration décisive de la performance scolaire et une paix conséquente, malaisée à obtenir entre les factions en guerre. Il était difficile d'argumenter avec succès. »⁷

Cette citation montre le caractère décisif de l'impact de la molécule pour redéfinir le trouble. Il est vrai que le terrain avait été préparé avant-guerre par Omar Bradley et plus tard par les hypothèses non prouvées d'un dommage cérébral à l'origine du trouble hyperkiné-

6. Al. Schwartz, *ADHD Nation. Children, Doctors, Big Pharma and the Making of an American Epidemic*, Scribner, 2016.

7. Al. Schwartz, « The Selling of Attention Deficit Disorder », *The New York Times*, 14 décembre 2013, consultable sur www.nytimes.com

tique, le « *minimal brain dysfunction [MBD] and minimal brain damage* »⁸, et donc à la possibilité d'une réparation chimique du trouble. Schwartz décrit même la scène où le représentant du laboratoire pharmaceutique verse de l'argent à des psychiatres réticents pour qu'ils acceptent de faire un essai clinique.

On pourrait objecter qu'il n'y a là rien de gênant et que c'est la marche de la recherche en psychiatrie ; de plus, ce n'est pas la première fois que la nosographie (la classification des maladies) a été modifiée

« On est passé d'une médication psychiatrique à une médication de confort »

par la pharmacologie. Mais là n'est pas la question. La pharmacodynamie n'est pas choquante en soi, comme dans la transformation des troubles

anxieux en deux catégories distinctes : ceux qui répondent aux antidépresseurs (troubles paniques) et ceux qui répondent aux anxiolytiques (troubles anxieux généralisés ou TAG). Mais, ici, en l'occurrence, il s'agit d'un psychostimulant, d'un dérivé amphétaminique, donc d'une sorte de « drogue » administrée à des enfants. Quand un trouble mental est induit par une drogue, il a vocation à être diagnostiqué pour servir l'usage de cette drogue, au risque de créer une fausse épidémie, et c'est ce qui est arrivé très vite aux États-Unis avec des surdiagnostics et des surprescriptions, le méthylphénidate servant de dopant, d'« opium » de la population scolaire. Nous avons déjà connu ce phénomène épidémique pharmaco-induit par les antidépresseurs, avec l'individualisation de l'épisode dépressif majeur, trouble issu d'une clinique superficielle sans référence structurale ou concernant l'organisation psychique du sujet. L'épisode dépressif majeur a en effet englobé la tristesse normale, puis le deuil. On est passé d'une médication psychiatrique à une médication de confort, prétendument au service de la « santé mentale ».

Au fur et à mesure des éditions du DSM, le TDAH s'est vu diminuer les seuils d'inclusion : avant sept ans, puis avant douze ans. On a également allégé les restrictions au diagnostic : le dernier allègement est la comorbidité possible avec les troubles autistiques. Et le TDAH a été adapté aux effets escomptés du médicament, avec une focalisation sur l'attention cible du méthylphénidate, au détriment de l'hyperactivité sur laquelle le médicament agit beaucoup moins. Toutes ces modifica-

8. « Dysfonctionnement cérébral minimal et lésions cérébrales minimales ».

tions ont permis un élargissement considérable du marché. La théorie non prouvée du dommage cérébral minimum s'est transformée en une autre théorie non prouvée: « Le TDAH n'est plus dans le DSM-5 un trouble du comportement, mais un trouble neuro-développemental. »

L'épidémie de TDAH était inscrite dans son acte de naissance alors que la prévalence⁹ de l'hyperkinésie était tout à fait stable car, comme certains autres troubles mentaux, celle-ci se rapprochait d'une entité sémiologique cohérente, sans être un syndrome. Et, surtout, elle se différençait clairement de la norme, ce qui n'est nullement le cas du TDAH. Il est vrai qu'à partir de cette pharmac induction, d'autres facteurs ont contribué à faire du TDAH un véritable fait social, car le champ de la santé mentale et de sa prise en charge psychiatrique, nous le savons, relève de plus en plus d'un processus où un ensemble de comportements sont décrétés « pathologiques », en particulier chez les enfants, et sont alors accompagnés d'un traitement médical discutable. Dans ce processus, interviennent différents acteurs comme l'institution scolaire, les parents, les associations d'usagers, les pouvoirs publics, etc.

Un diagnostic fourre-tout

Le TDAH est un diagnostic fourre-tout qui présente de nombreux facteurs de confusions. Peuvent se voir diagnostiqués ayant un TDAH des enfants épileptiques, des enfants traumatisés, des enfants présentant des troubles du sommeil, des enfants immatures ou à haut potentiel, des enfants psychotiques, des autistes, des enfants avec des difficultés instrumentales appelées « dys » (les « dys » sont les dyslexies, dysorthographies, dyspraxies, etc.), des enfants présentant des troubles sensoriels, des troubles obsessionnels, de l'anxiété, un syndrome de Gilles de La Tourette, une schizophrénie, des troubles de l'humeur, etc. Et même des enfants qui ne présentent aucun trouble mais se trouvent dans une période de difficulté passagère ou réactionnelle! La validité « médicale » de ce trouble est quasi nulle. Ces facteurs de confusion sont très bien décrits par Richard Saul¹⁰.

9. Terme médical qui indique le pourcentage des personnes atteintes d'une maladie dans une population donnée.

10. R. Saul, *ADHD Does Not Exist. The Truth About Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*, Harper Collins Publishers, 2014, cf. Gwendoline Dos Santos, « Enfants hyperactifs, gare à la pilule de l'obéissance », *Le Point*, 29 avril 2011, consultable sur www.lepoint.fr

Aucun autre trouble décrit dans le DSM-5 n'accumule autant de facteurs de confusion. Ces confusions peuvent avoir des conséquences graves dans l'évolution de certains enfants qui ne reçoivent pas la prise en charge ou la médication adéquates, je pense ici aux enfants psychotiques ou autistes dont l'état n'est pas diagnostiqué – ce qui renforce parfois le déni de l'entourage –, ou à des enfants qui se voient administrer un traitement symptomatique dont ils n'auraient pas besoin. Refuser le diagnostic fourre-tout du TDAH exige de convoquer une clinique plus fine, au cas par cas, fondée non seulement sur les *check-lists* ou sur l'examen neuropsychologique qui donnent une première orientation et un profil cognitif, mais aussi sur une approche du fonctionnement psychique global de l'enfant et sur un examen pédiatrique, si nécessaire. Les comportements qui permettent le diagnostic de TDAH n'ont en réalité aucune spécificité, que ce soit l'inattention, l'impulsivité ou l'hyperactivité et, dans le moins mauvais des cas, il ne peut s'agir que d'un diagnostic par élimination. Je préfère considérer que, lorsque ces symptômes existent, ils ne sont attribuables à aucune cause médicale ou à aucun trouble psychiatrique, qu'ils entraînent une gêne fonctionnelle intense, une interaction conflictuelle avec l'entourage, une stigmatisation, un échec dans les apprentissages, une baisse de l'estime de soi importante, voire une dépression, en un mot, une souffrance psychique, une situation de handicap et un risque grave pour l'évolution de l'enfant.

Alors se pose l'indication d'un traitement au méthylphénidate, si les autres mesures thérapeutiques ne suffisent pas et, dans tous les cas, cette médication doit être accompagnée d'une prise en charge globale et d'un soutien de l'enfant et de ses parents. Le diagnostic de TDAH n'est pas obligatoire pour une éventuelle ouverture de droits: si elle s'avère souhaitable et qu'elle est voulue par les parents, cette ouverture peut se faire sous couvert d'autres appellations plus valides. On peut mettre différents mots sur la souffrance psychique ou les difficultés fonctionnelles d'un enfant, mais il arrive que les parents réclament le diagnostic ou fassent eux-mêmes le diagnostic de TDAH avec un degré d'adhésion très variable, et qu'ils en demandent la confirmation au professionnel. Il ne saurait y avoir de recette pour répondre à cette demande. Dans tous les cas où ce diagnostic rassure les parents et leur permet de communiquer sur des forums, par exemple, il est préférable de ne pas le démentir pour éviter de passer à leurs yeux pour incompetent ou défenseur d'une pratique obsolète, étant donné la propa-

gande qui se déverse dans certains milieux contre les pratiques psychodynamiques. En effet, l'alliance thérapeutique avec les parents est un élément essentiel de la prise en charge, tout en expliquant que ce diagnostic TDAH doit être considéré comme purement fonctionnel. Un consensus existe à ce sujet parmi les experts, disant qu'il n'est pas un « désignateur rigide », impliquant un protocole, et que l'enfant devra s'en émanciper.

Un exemple de la fausse scientificité de la psychiatrie contemporaine

La promotion scientifique du TDAH et sa mondialisation révèlent parfaitement tous les biais qui minent la crédibilité de la psychiatrie contemporaine, marquée par une rhétorique de la promesse dont la réalisation est sans cesse repoussée, du fait de la complexification de la science ainsi qu'un usage biaisé de l'imagerie et des études abusivement présentées comme des preuves scientifiques.

À en croire certains défenseurs extrémistes du TDAH, nous serions dans une ère scientifique qui a relégué la psychanalyse au rang de l'astrologie. La science avance bien heureusement, les neurosciences nous fournissent des pistes et des modes d'approche très intéressants, mais les retombées sur la pratique quotidienne sont encore très modestes.

Au cours des dernières décennies sont parues des milliers d'études sur le TDAH. Des millions de dollars ont été dépensés sans que l'on soit arrivé à la moindre découverte décisive. On peut l'affirmer : on ne trouvera jamais les marqueurs biologiques du TDAH, étant donné le peu de cohérence interne de ce trouble et la très grande difficulté à inclure des cas cliniques homogènes. Par ailleurs, s'il semble logique que des perturbations comportementales soient corrélées dans certains cas avec des images cérébrales anormales, cela ne dit strictement rien sur leur causalité. De plus, ces images se retrouvent dans d'autres pathologies, et même chez des enfants sans pathologie : elles ne sont donc en rien spécifiques. Par ailleurs, le TDAH, comme fait social qui émerge depuis les années 1990 en Occident, bénéficie d'un traitement particulier dans les médias. Voici ce qu'écrit à ce sujet François Gonon¹¹ :

11. J. Biederman, M. Evans, St. V. Faraone, C. R. Petty et J. Small, *art. cit.*, et T. M. M. Button, P. McGuffin et A. Thapar, *art. cit.*

« Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est en progression rapide dans les pays occidentaux. Cette évolution s'est accompagnée de controverses largement médiatisées. Les débats portent sur les causes du trouble et en particulier son origine génétique, les marqueurs biologiques susceptibles d'aider au diagnostic et l'efficacité du traitement par la Ritaline. Sur ces trois questions, les connaissances scientifiques ont largement évolué depuis le début des années 1990. L'influence du déterminisme génétique est maintenant considérée comme mineure par rapport à celle de l'environnement. Toutes les tentatives de mise au point de marqueurs biologiques (tests génétiques, imagerie cérébrale) ont échoué. Enfin, les études à long terme ont montré que le traitement médicamenteux ne protège pas les enfants souffrant du TDAH contre le risque d'échec scolaire. Dans une étude déjà publiée, nous avons montré que la presse anglo-saxonne a largement médiatisé, dans les années 1990, les découvertes initiales favorables à la médicalisation du TDAH. Par contre, la même presse a beaucoup moins médiatisé les études scientifiques ultérieures qui ont réfuté ou largement atténué ces études initiales et n'a jamais signalé ces réfutations. La presse n'a donc pas suivi l'évolution des connaissances scientifiques et cette défaillance est principalement due au processus de publication scientifique. »

Aux États-Unis, une étude à très large échelle est menée depuis plus de dix ans sur le TDAH : cette étude qui est appelée « MTA study » porte sur des milliers d'enfants. Elle a montré d'abord une supériorité de la médication sur les autres méthodes thérapeutiques au bout de dix-huit mois. Ces résultats ont été hypermédiatisés. Au bout de sept ans, cette même étude a montré des résultats en contradiction

« Le TDAH est malheureusement bien souvent un voile médical mis sur des problèmes psychiques et sociaux »

avec les précédents et surtout que, sans changement de l'environnement psychosocial avec ou sans médicament, les résultats scolaires ne sont pas amé-

liorés à terme. Ces données n'ont pas fait l'objet d'une médiatisation équivalente, loin s'en faut, mais elles sont concordantes avec l'idée que le TDAH est malheureusement bien souvent un voile médical mis sur des problèmes psychiques, éducatifs, pédagogiques et sociaux.

De plus, le TDAH tend à accréditer l'idée que le problème se situe dans le cerveau des enfants, ce qui a le mérite de déculpabiliser les parents, dit-on, mais c'est une affirmation sans preuves. Ceux qui pré-

tendent que la preuve résiderait dans le fait qu'un produit chimique peut modifier les comportements ou l'attention et, donc, qu'il y aurait une anomalie cérébrale quelque part, se trompent car on observe les mêmes modifications chez les sujets non étiquetés TDAH.

Quand on parlait de « *minimal brain damage* »¹² au début du siècle dernier, il s'agissait d'une population d'enfants présentant des déficiences marquées. Il était alors plausible de considérer tous ces signes comme provenant de lésions cérébrales mais, quand le TDAH touche entre 5 % et 20 % des enfants, il s'agit d'une position idéologique réductionniste.

Une étape vers le naturalisme intégral

Dans les versions qui précédaient le DSM-5 actuel, le TDAH était considéré comme un trouble du comportement. Depuis cette cinquième version du DSM, le TDAH est intégré dans le vaste ensemble des troubles neuro-développementaux. Qui dit neuro-développemental dit participation cérébrale. Or qui sont les enfants étiquetés TDAH? La plupart d'entre eux appartiennent à la catégorie très floue des enfants « ingérables », ingérables par les parents qui sont en souffrance, ingérables par l'école soumise à des conditions de travail très compliquées, ingérables par la société en général. Naturaliser sans preuve scientifique une catégorie pathologique sans spécificité, sans distinction claire avec la norme et surtout pourvue de corrélations fortes avec la condition sociale, peut présenter des risques potentiels éthiques et même politiques.

Le méthylphénidate est une opportunité dans certains cas, car c'est un médicament qui « marche », c'est-à-dire qu'il produit un véritable effet positif sur l'attention, permettant une meilleure concentration, en particulier dans l'accomplissement des tâches fastidieuses. De plus, il marche à très court terme, ce qui donne le sentiment d'un changement « miraculeux » ou, au moins, d'une rupture avec une situation antérieure symptomatique, un cercle vicieux, une synergie négative, qui entraînaient des souffrances pour le sujet et son entourage. Grâce au méthylphénidate, l'enfant a pour la première fois de son existence le sentiment de répondre aux exigences de l'institution

12. « Lésion cérébrale minime ».

scolaire, et parfois de ses parents. Il n'y a rien de surprenant à cela, puisqu'il s'agit d'une molécule dérivée des amphétamines qui sont connues de longue date.

De plus, la prescription de méthylphénidate est réclamée car, avec son action rapide et son effet « miraculeux » qui se diffusent de façon virale (expression métaphorique pour indiquer une diffusion aussi contagieuse qu'un virus) dans certains forums et réseaux sociaux, elle semble répondre au changement de mentalité et de demandes adressées à la pédopsychiatrie. La peur de l'échec scolaire exige une réponse symptomatique efficace, stimulant la prescription d'un « dopant scolaire ».

Enfin, le méthylphénidate est le bienvenu pour les médecins praticiens pédopsychiatres qui ont une pharmacopée pauvre et non curative, avec des effets secondaires. Il est alors compréhensible que certains se jettent sur cette molécule comme sur du « bon pain », car c'est la dernière grande classe en date de psychotropes.

Mais la représentation sociale du méthylphénidate est déformée, l'attente à son encontre est excessive, car il présente des effets secondaires, son utilisation à l'adolescence est source de dépersonnalisation et ses effets à long terme sont peu documentés. Il n'est pas un remède contre les conduites addictives, ni contre l'échec scolaire ; il n'est pas à lui seul un stabilisateur de trajectoire et, en moyenne, son efficacité s'épuise après deux ans d'utilisation. Par ailleurs, en raison du découpage en comportements, la prescription de méthylphénidate est parfois une porte d'entrée à la prescription d'autres psychotropes, augmentant ainsi le risque d'effets indésirables. Pour toutes ces raisons, il faut considérer que le méthylphénidate n'est en rien la pilule magique.

Des alternatives au diagnostic du TDAH

Il est nécessaire de former des praticiens à la psychopathologie, en même temps qu'aux outils standardisés, ne serait-ce que pour repérer les psychoses sous-jacentes ; les sensibiliser au travail approfondi au cas par cas, à l'écoute attentive, aux psychothérapies diverses, aux techniques de groupe, au psychodrame, à la psychomotricité, aux techniques de rééducation neuropsychologique ; leur enseigner à ne pas tout englober dans un diagnostic fourre-tout, à

trouver une juste distance entre idiosyncrasie et standardisation ; leur apprendre enfin à sortir d'un paternalisme qui infantilise les parents pour adopter avec eux une attitude de partenariat. Le TDAH ne doit pas devenir un diagnostic paresseux et commode, par application de simples protocoles face à une situation de souffrance mentale ou de difficultés scolaires.

Dans la formation des praticiens à la recherche scientifique, il est important d'apprendre à faire la différence entre les corrélations et les causalités, à trier les études en repérant les principaux biais¹³, méthodologiques ou statistiques, mais aussi d'apprendre à relativiser le discours sur les neurosciences, avec ses causes de distorsion comme les carrières des chercheurs, les intérêts médiatiques des éditeurs de revues scientifiques, la renommée des universités et des centres de recherche. Il devient de plus en plus difficile de ne pas céder à la « *neuromania* » et aux distorsions de ses discours sur les résultats tirés de l'imagerie cérébrale. Une telle formation est indispensable pour lutter contre les courants antipsychiatriques extrémistes, à l'heure des *fake news* et de la post-vérité.

Dans le cadre de la pratique clinique, la priorité psychiatrique est de démedicaliser le trouble de l'attention scolaire quand cela est nécessaire, de soutenir les innovations pédagogiques qui, permettant de diminuer le taux de TDAH, sont aussi très importantes : l'hygiène de vie, le sport, l'alimentation, les mesures éducatives comme l'encadrement de l'exposition aux écrans et la lutte contre les injustices sociales. En un mot, il s'agit de tout un programme pour éviter d'importer le désastre américain et de livrer l'école de la République à la cupidité des laboratoires pharmaceutiques.

* * *

Le TDAH, présenté comme une maladie sous diagnostiquée ou diagnostiquée avec retard, est en réalité une « fausse maladie », inventée par des spécialistes et des experts dans l'art de contourner la démarche clinique et de promouvoir indirectement un médicament à partir d'un pseudo-diagnostic dont les effets et les conséquences sont plus que suspects.

13. Ce terme, utilisé dans les sciences expérimentales, indique ce qui fausse la validité d'une expérience, d'une étude ou d'un raisonnement.

Il est vrai que poser un diagnostic, mettre un nom médical sur des symptômes, a pour effet parfois de rassurer certains parents, dont les enfants présentent une souffrance et dont il faut s'occuper. Car, si le TDAH n'existe pas, les symptômes ayant amené à ce faux diagnostic sont bien réels. Mais, pour autant, on ne peut admettre la propagande et la fausse science que le TDAH incarne et l'utilisation abusive de ce diagnostic pour éviter une prise en charge thérapeutique approfondie.

Patrick LANDMAN



Retrouvez le dossier « **Techniques médicales** »
sur www.revue-etudes.com