

Que nous disent les bases de données de santé sur le diagnostic de TDAH et la consommation de méthylphénidate : étude rétrospective de cohorte sur la période 2010-2019

Sébastien Ponnou,

Psychanalyste à Evreux,

Maître de conférences à l'Université de Rouen Normandie,

Centre Interdisciplinaire de Recherche Normand en Education et Formation (CIRNEF - EA 7454)



CIRNEF
Normandie Université • EA 7454

CONTEXTE



Etiologie et diagnostic

Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est le trouble mental le plus fréquemment diagnostiqué chez l'enfant et l'adolescent dans les pays européens et en Amérique du nord.

Les études initiales des années 1980-1990 argumentaient une étiologie neurologique/neurodéveloppementale et génétique du TDAH. Les études subséquentes et les méta-analyses réalisées par la suite ont réfuté l'incidence de ces facteurs de risque. Par conséquent, il n'existe aucun marqueur ni aucun test biologique susceptible de caractériser le TDAH -

Faute d'étiologie biologique susceptible de contribuer au diagnostic, le TDAH est exclusivement décrit par des symptôme comportementaux : déficit d'attention associé ou non à de l'impulsivité excessive et à de l'hyperactivité

Pour cette raison, la prévalence du TDAH varie considérablement d'un pays à l'autre : en 2012, il était d'environ 10% aux États-Unis (et très variable selon les Etats) et inférieur à 1% en Grande-Bretagne. Au niveau international variations entre 0,4 et 16,5% de la population ... Selon la méthode de recherche utilisée.

Les recommandations de traitement pour le TDAH

- ▶ Les recommandations concernant le traitement du TDAH varient également selon les pays. En France comme dans la majorité des pays européens, une approche psychothérapeutique, éducative et sociale est recommandée en première intention dans le soin et l'accompagnement des enfants et de leur famille. La médication y est en principe réservée aux cas les plus sévères, en soutien des pratiques psychothérapeutiques, éducatives et sociales.
- ▶ En termes de médication : la seule molécule autorisée en France en 1995 pour le traitement du TDAH est le méthylphénidate (MPH). Elle est commercialisée sous forme simple (Ritaline®) ou sous forme retard (Ritaline-LP®, Concerta®, Quasym®, Medikinet®). Le MPH est indiqué chez l'enfant à partir de 6 ans « lorsque les mesures correctives psychologiques, éducatives, sociales et familiales seules s'avèrent insuffisantes ». Sa prescription est soumise à un encadrement et à des conditions de délivrance stricts : prescription initiale et renouvellements annuels réalisés en milieu hospitalier par des médecins spécialistes (jusqu'en septembre 2021), renouvellements mensuels sur ordonnance sécurisée, identification du pharmacien exécutant l'ordonnance.



CIRNEF
Normandie Université • EA 7454

METHODES



Méthodes

- ▶ **Etude rétrospective de cohorte** dans les bases du Système National des Données de Santé (SNDS) - **87% de la population française, 58 millions de personnes.**
- ▶ **Population de l'étude :**
 - ▶ L'ensemble des enfants et adolescents [0-17[ayant reçu un diagnostic de TDAH entre 2010 et 2019.
 - ▶ L'ensemble des enfants et adolescents [0-17[ayant reçu au moins une prescription de méthylphénidate (Ritaline®, Ritaline-LP®, Concerta®, Quasym®, Medikinet®) entre 2010 et 2019.
- ▶ **Variables étudiées :** l'ensemble des variables :
 - ▶ Cliniques,
 - ▶ Démographiques,
 - ▶ Institutionnelles,
 - ▶ Sociales,

Présidant au diagnostic et au soin des enfants et de leur famille.



Patients consommateurs
de MPH de 2010 à 2019
3 à 17 ans
Régime général
179 332

Avec NUM_ENQ_ANO
145 413

Sans narcolepsie ni
modafinil
144 509

Hospitalisés 2010 à 2019
pour TDAH
3 à 17 ans
Régime général
38 183

Sans narcolepsie ni
modafinil
34 153

1) Sélection la population
enfants et adolescents âgés
3 à 17 ans diagnostiqués TDAH
reçu au moins une prescription
de MPH entre 2010 et 2019.

2) Numéros de bénéficiaires
sans une anomalie : typique
des numéros de bénéficiaires par
enfant. Risque de double
comptage et d'exclusion de la cohorte.

3) En France, le MPH n'est pas
prescrit dans le cas du TDAH -
de très rares prescriptions
diagnostic de narcolepsie
pertinence : exclusion de
l'ensemble des enfants
diagnostiqués de narcolepsie
sans prescription de modafinil
de première intention
pour la narcolepsie chez l'enfant

Population de l'étude



Résultats TDAH



Evolution du nombre d'enfants et d'adolescents hospitalisés avec un diagnostic de TDAH entre 2010 et 2019

- ▶ Le diagnostic de TDAH chez les enfants et adolescents en France a augmenté régulièrement entre 2011 et 2019 : il a augmenté de 96 % entre 2010 et 2019 (Tableau 1). Les diagnostics chez les 0 à 2 ans étaient très faibles entre 2010 et 2019 et ont peu augmenté chez les 3 à 5 ans. En revanche, le nombre d'enfants diagnostiqués TDAH et hospitalisés en France a augmenté de 167 % chez les 12-17 ans.

	0-2 years	3-5 years	6-11 years	12-17	Total
2010	9	437	2018	717	3181
2011	11	459	2278	854	3602
2012	5	454	2628	1013	4100
2013	1	380	2382	1017	3780
2014	9	393	2410	1138	3950
2015	12	472	3146	1326	4956
2016	11	501	3359	1502	5373
2017	10	451	3326	1456	5243
2018	2	553	3655	1747	5957
2019	0	435	3888	1915	6238

- ▶ Le diagnostic de TDAH touche plus fréquemment les garçons que les filles. Cette proportion est restée relativement stable entre 2010 et 2019 : 81 % de garçons - 19 % de filles en 2010 ; 79% garçons - 21% filles en 2015 ; 77% garçons - 23% filles en 2019.

Evolution du nombre d'enfants et d'adolescents hospitalisés avec un diagnostic de TDAH entre 2010 et 2019

- ▶ Nous avons examiné les diagnostics psychiatriques et les comorbidités associées au TDAH pour les patients hospitalisés en 2017, l'année la plus récente pour laquelle nous disposons des données de cartographie CNAM.
- ▶ Nous avons constaté que 50,6 % des enfants hospitalisés avec un diagnostic de TDAH en 2017 avaient également un autre diagnostic psychiatrique codé dans les bases de données de santé : troubles de l'enfance autres que le TDAH (41,9 %), troubles de l'humeur (6,7 %), déficiences mentales (3,3 %), troubles psychotiques (0,7 %) et divers autres diagnostics de l'enfant. les troubles psychiatriques (6,1 %, par exemple, l'autisme et divers troubles des apprentissages) et les dépendances (0,5 %). Cependant, ces comorbidités et diagnostics associés au TDAH ne sont pas uniformément répartis selon l'âge des enfants. Ils concernent :
 - 52,4 % des enfants de 3 à 5 ans, avec des troubles de l'enfance autres que le TDAH (48,1 %), un handicap mental (5,5 %), l'autisme et d'autres troubles des apprentissages (4,2 %), des troubles névrotiques et de l'humeur (0,7 %) et troubles psychotiques (0,5 %).
 - 49 % des 6 à 11 ans, avec des troubles de l'enfance autres que le TDAH (42,9 %), des troubles névrotiques et de l'humeur (3,5 %), une déficience mentale (3,1 %), l'autisme et d'autres troubles des apprentissages (4,8 %) et troubles psychotiques (0,2 %).
 - 54,1 % chez les 12-17 ans, avec des troubles de l'enfance autres que le TDAH (36,6 %), des troubles névrotiques et de l'humeur (17,9 %), de l'autisme et d'autres troubles des apprentissages (10,2 %), une déficience mentale (2,8 %), les troubles psychotiques (2,2 %) et les troubles addictifs (1,9 %).
- Certains enfants ont de multiples comorbidités et diagnostics associés au TDAH.

La prescription de MPH chez les enfants hospitalisés en France entre 2010 et 2019

- ▶ Nous avons également examiné le pourcentage d'enfants hospitalisés avec un diagnostic de TDAH et traités par MPH. Entre 2011 et 2017, le ratio d'enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH et n'ayant jamais pris de MPH variait de 39,9 à 43,6 % (tableau 2)(Les données de 2018 et 2019 doivent être considérées avec prudence car nous disposons d'un recul limité pour ces deux années).
- ▶ Autrement dit, le taux d'enfants hospitalisés avec un diagnostic de TDAH et traités par MPH en France varie entre 56,4 et 60,1% (Tableau 2). Cette variation a été relativement stable entre 2011 et 2017.
- ▶ Nous avons examiné la durée médiane du traitement MPH pour les enfants hospitalisés avec un diagnostic de TDAH en 2011. Pour un enfant de 6 ans qui a commencé le traitement en 2011, la durée médiane du traitement était de 2580 jours, soit 7,1 ans.

	ADHD	ADHD without MPH	%
2011	2,806	1,207	43
2012	2,928	1,228	41.9
2013	2,730	1,134	41.5
2014	2,845	1,136	39.9
2015	3,663	1,530	41.8
2016	3,773	1,623	43
2017	3,854	1,681	43.6
2018	4,240	2,117	49.9
2019	4,241	2,328	54.9

La prescription de médicaments psychotropes chez les enfants diagnostiqués TDAH hospitalisés en France entre 2010 et 2019

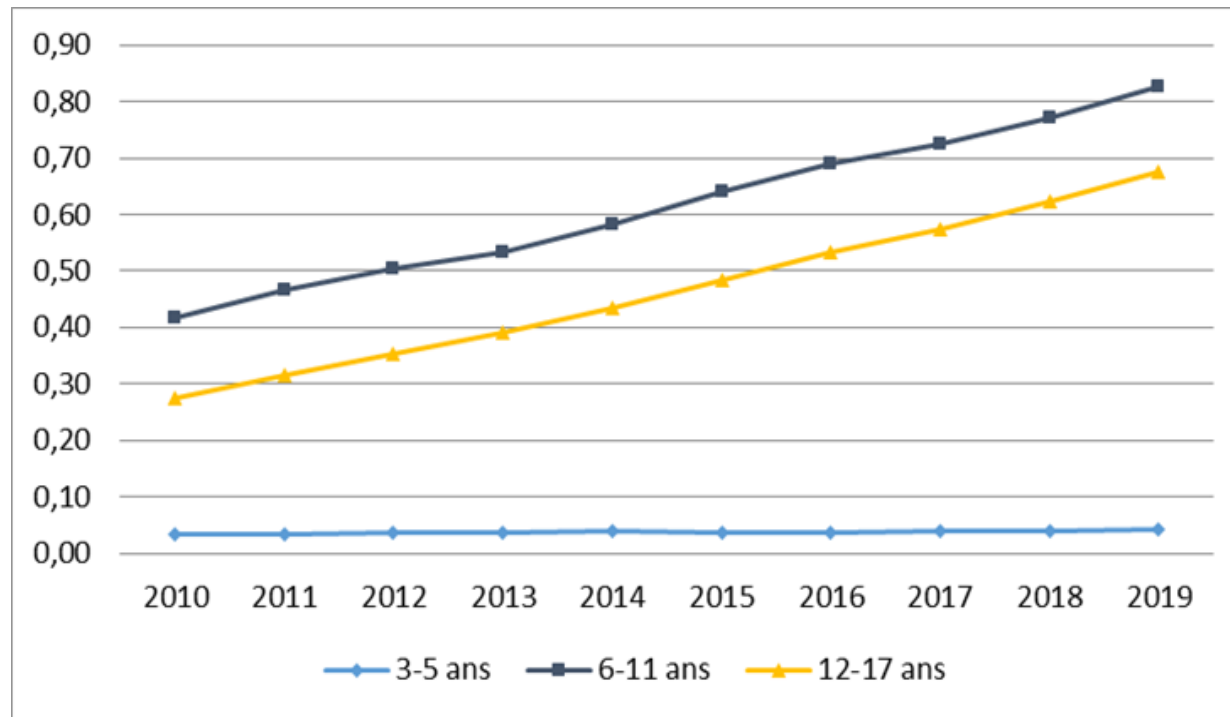
- ▶ Plus généralement, nous avons examiné toutes les prescriptions de médicaments psychotropes associées au diagnostic de TDAH chez les enfants hospitalisés entre 2010 et 2018.
- ▶ En 2018, 62 % des enfants TDAH recevaient au moins un médicament psychotrope : stimulants (45,9 %), antipsychotiques (24,2 %), anxiolytiques (10,9 %), antidépresseurs (5,5 %), antiépileptiques (6,5 %) ou hypnotiques (3,3 %).
- ▶ Les principaux médicaments consommés l'année suivant une hospitalisation en 2018 sont:
- ▶ le MPH (Ritalin®, dérivés et/ou génériques - 45,9%),
- ▶ la rispéridone (Risperdal®, dérivés et/ou génériques - 14,9%),
- ▶ la cyamemazine (Tercian®, hydroxyzine (Atarax ®, dérivés et/ou génériques - 9 %), dérivés et/ou génériques - 7,1 %),
- ▶ aripiprazole (Abilify®, dérivés et/ou génériques - 5,8 %),
- ▶ acide valproïque (Depakine®, dérivés et/ou génériques - 2,7 %),
- ▶ midazolam (Hypnovel® dérivés et/ou génériques - 2,6%),
- ▶ sertraline (Zoloft®, dérivés et/ou génériques - 2,1%), diazépam (Valium®, dérivés et/ou génériques - 1,7%)
- ▶ tropatepine (Lepticur ®, dérivés et/ou génériques - 1,7 %).
- ▶ Parmi ces 62 % d'enfants TDAH consommant des médicaments dans l'année suivant leur diagnostic initial/hospitalisation, 60,5 % ont reçu un traitement, 25,3 % ont reçu deux traitements, 10,1 % ont reçu trois médicaments psychotropes, 4 % ont reçu quatre médicaments psychotropes ou plus.

Résultats MPH



Résultats: augmentation continue de la prescription

- Une augmentation continue de la prescription : +56% pour l'incidence, et +116% pour la prévalence entre 2010 et 2019.



- Cette augmentation s'inscrit dans un *continuum* : +65% entre 2003 et 2005, puis +135% entre 2005 et 2011. Prévalence 0,18% en 2005, 0,2% en 2010 et 0,25% en 2011.
- Selon ces données la prévalence de la prescription de MHP chez les 3-17 ans se situerait en 2019 entre 0,61% et 0,75% de la population générale.
- Cette augmentation n'est pas corrélée à la croissance de la population - au contraire, la population de moins de 20 ans moins de 20 ans a diminué (-3,6%) entre 2010 et 2019

Résultats: allongement des durées de traitement

L'augmentation se double d'un allongement considérable des durées de traitement : la durée médiane de la consommation chez les enfants de 6 ans en 2011 était de 5,5 ans et jusqu'à plus de 8 ans pour 25% d'entre eux.

Âges	Nombre d'enfants	Durées médianes de traitement
2	7	3077 jours (8,4 ans)
3	44	1227 jours (3,4 ans)
4	113	1991 (5,5 ans)
5	338	1870 (5,1 ans)
6	1069	1990 (5,5 ans)
7	1352	1581 (4,3 ans)
8	1406	1443 (4 ans)
9	1359	1254 (3,4 ans)
10	916	1089 (3 ans)
11	875	757 (2,1 ans)
12	845	680 (1,9 ans)
13	669	552 (1,5 ans)
14	488	412,5 (1,1 ans)
15	346	279 (0,8 ans)
16	255	387 (1,1 ans)
17	168	248 (0,7 ans)

Les enfants les plus jeunes sont ceux pour lesquels les durées de traitement sont les plus longues. Ces durées sont sans comparaison avec celles mises en exergue dans le courant des années 2000 : la durée médiane de prescription de MPH chez l'enfant en 2005 en France était alors de 10,2 mois.

2011-2019 : durées de traitement de plus en plus longues - la prévalence est nettement supérieure à l'incidence

Résultats : diagnostics

Diagnostics

Cohorte 2017 - dernière année disponible pour cartographie CNAM. 71% des enfants MPH en 2017 ne disposent d'aucun diagnostic répertorié dans les bases de données de santé.

Donc :

nous n'avons pu examiner le diagnostic associé à la prescription de MPH que pour 3965 enfants initiés en 2017. Parmi eux:

Deux tiers (65,4%) ont reçu un diagnostic de TDAH.

Dans le tiers restant, on trouve différentes pathologies psychiatriques dont :

le trouble de l'humeur (8,4%),

la déficience mentale (7,7%),

les troubles psychotiques (1%),

Troubles pédopsychiatriques (17,5%) (autisme, troubles dys, etc.).

Rappel, selon la HAS, la prescription de MPH être exclusivement réservée aux seuls enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH.



Résultats : les co-prescriptions

Près d'un quart des enfants sous méthylphénidate consomment également un ou plusieurs autres médicaments psychotropes dans l'année suivant l'initiation (22,81% en 2018) :

- ▶ Psycholeptiques (20,5%) dont antipsychotiques (14,7%), anxiolytiques (8,1%), hypnotiques (1,1%).
- ▶ Psychanaleptiques (3,7%) exclusivement antidépresseurs.
- ▶ Antiépileptiques (2,5%).
- ▶ Antiparkinsoniens (0,7%).
- ▶ Les principales molécules prescrites en association du méthylphénidate sont la rispéridone (Risperdal®, dérivés et/ou génériques - 10,6%) l'hydroxyzine (Atarax®, dérivés et/ou génériques - 6%), la cyamémazine (Tercian®, dérivés et/ou génériques - 3,9%), l'aripiprazole (Abilify®, dérivés et/ou génériques - 2,7%), la sertraline (Zoloft®, dérivés et/ou génériques - 1,4%), l'acide valproïque (Dépakine®, dérivés et/ou génériques - 1,1%), et la fluoxétine (Prozac®, dérivés et/ou génériques - 1%).

Parmi les 22,81% d'enfants consommant un traitement psychotrope associé au méthylphénidate, 63,5% reçoivent conjointement **deux traitements** (méthylphénidate associé à un autre psychotrope), 20,8% reçoivent conjointement **trois traitements** (méthylphénidate associé à deux autres psychotropes), 8,5% consomment conjointement **quatre psychotropes** (méthylphénidate associé à trois autres psychotropes), et plus de 7% consomment conjointement **cinq psychotropes et plus** (méthylphénidate associé à au moins quatre autres psychotropes).

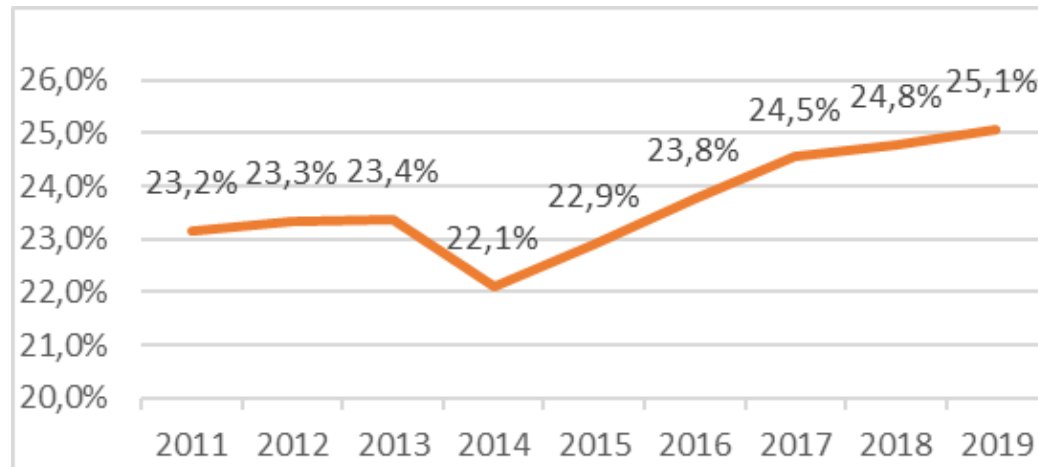
Quels résultats en si + de 13 mois après l'initiation ?



Résultats - recommandations de prescription et de suivi

Initiations :

Jusqu'en septembre 2021, la première prescription de MPH devait obligatoirement avoir lieu en milieu hospitalier. Or, durant notre période d'étude, près d'un quart des premières prescriptions de MPH ont été réalisées en libéral plutôt qu'en milieu hospitalier. recommandations.



Renouvellement :

Le renouvellement de la prescription hospitalière après un an n'est pas respectée dans un cas sur deux

Nombre de patients	Patient sans renouvellement hospitalier à un an +1 mois	Patient sans renouvellement hospitalier à un an +2 mois
31 942	16 921 (52,9%)	15 839 (49,6%)

Résultats - recommandations de prescription et de suivi

- ▶ Cette observation suggère une part croissante des médecins généralistes dans la prescription de MPH en France.
- ▶ En 2010, 15318 généralistes ont réalisé 97819 prescriptions.
- ▶ Le nombre de généralistes ayant prescrit du MPH a quasiment doublé en 2019 (29082), tandis que le nombre de leurs prescriptions a augmenté de +221% (314801). Les prescriptions de MPH en médecine de ville sont à 87% réalisées par des généralistes et cette proportion est restée stable entre 2010 et 2019.
- ▶ Remarquons cependant que près des deux tiers des médecins généralistes français ne prescrivent jamais de MPH (29082 prescripteurs pour 101335 généralistes en France en 2019). Parmi les médecins prescripteurs, les pratiques sont très hétérogènes, avec des écarts importants du nombre de prescriptions par médecin en 2019 (moyenne 10,82 ; écart-type 12,90; fourchette : 1 à 664). Ces résultats suggèrent que la majorité des prescriptions de MPH ainsi que leur augmentation entre 2010 et 2019 sont le fait d'une minorité de médecins généralistes.
- ▶ Cette hétérogénéité des pratiques est également manifeste à l'hôpital : sur l'ensemble du territoire, 358 (26,4%) des 1356 établissements de santé publique français ont réalisé 78,8% des prescriptions hospitalières en 2019. Les 30 (2,2%) premiers établissements ont réalisé à eux seuls 28% des prescriptions.

Résultats - recommandations de prescription et de suivi

Suivi médical par les services hospitaliers à l'initiation :

Le nombre d'enfants bénéficiant d'au moins une consultation dans les 13 mois ayant suivi l'initiation varie entre 15,8 et 12,9% entre 2011 et 2018. Autrement dit, 84,2 à 87,1% des enfants traités n'ont pas bénéficié de suivi médical par le service hospitalier ayant initié le traitement.

En 2018, parmi les patients initiés à l'hôpital, 632 enfants ont bénéficié d'une consultation (5,7%), 351 enfants ont bénéficié de deux consultations (3,2%), et 178 enfants de trois consultations par le service hospitalier ayant initié le traitement (1,6%). Ces observations montrent que les pratiques de suivi par les services hospitaliers prescripteurs sont loin d'être la règle.

Résultats - recommandations de prescription et de suivi

Suivi en CMPP :

- ▶ Tandis que la prévalence de la consommation de MPH a augmenté de + 135% entre 2010 et 2019, le nombre de visites dans les CMPP des enfants recevant une prescription de MPH a régulièrement baissé au fil de la période : entre 2010 et 2019 il a été divisé par quatre, alors que l'on aurait pu s'attendre à ce qu'il soit multiplié par 2.

Année	Patients	Visites	Visites/patient	Total patients	% total
2010	1305	21083	16,16	31453	4,1%
2011	1169	22105	18,91	37583	3,1%
2012	1244	23963	19,26	42282	2,9%
2013	1277	26274	20,57	46261	2,8%
2014	1292	27171	21,03	51041	2,5%
2015	1258	25362	20,16	56938	2,2%
2016	1301	26073	20,04	62028	2,1%
2017	1308	29213	22,33	66461	2,0%
2018	817	15769	19,30	70103	1,2%
2019	550	10175	18,50	72798	0,8%

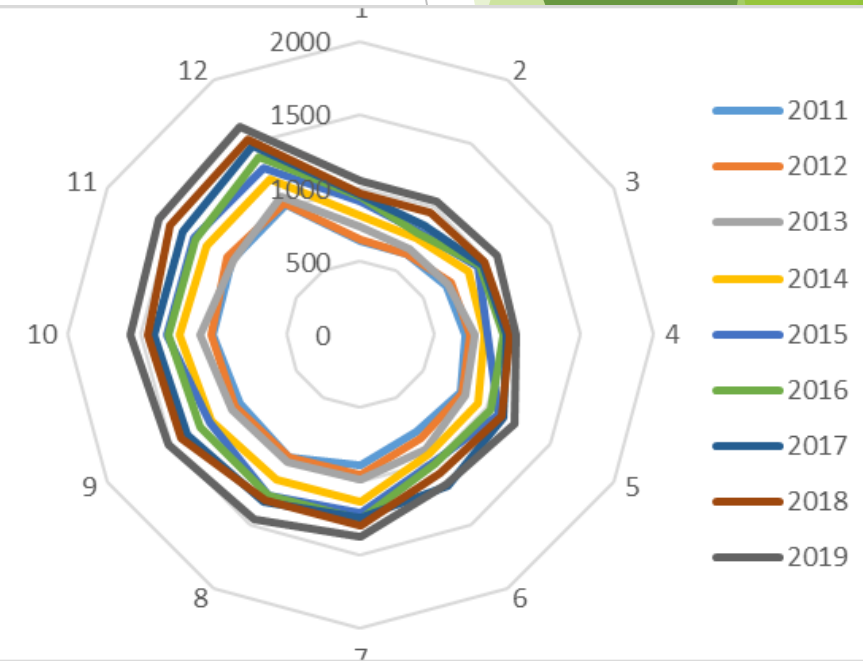
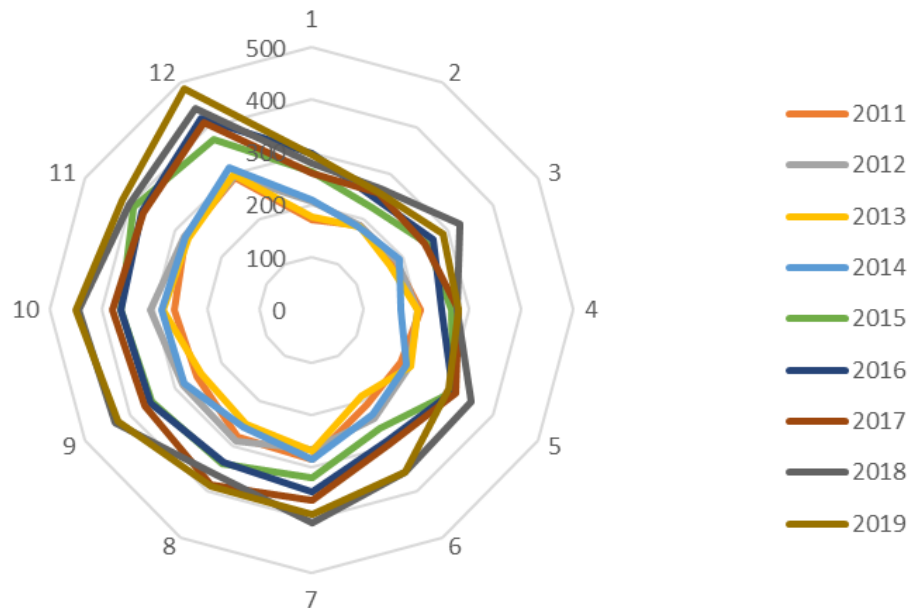
Résultats :
détermination scolaire
et sociale du diagnostic
de TDAH et de la
médication par MPH



De manière générale, les enfants nés en décembre ont 55% plus de risques d'être diagnostiqués TDAH que leurs camarades nés en janvier (min. 41%, max. 71% sur la période 2011-2019) (schéma de gauche).



Les enfants et les adolescents français présentent 44 à 60% de risques supplémentaires de se voir prescrire un traitement psychostimulant s'ils sont nés en décembre que s'ils sont nés en janvier (54% en moyenne, sur l'ensemble de la période) (schéma de droite).



Résultats : la détermination sociale du diagnostic de TDAH et du traitement par psychostimulant en France

- ▶ Entre 2010 et 2019, 35,2 à 38,8% des enfants diagnostiqués TDAH vivaient dans des familles bénéficiant de la CMU ou de la CMU-C alors que, selon l'INSEE, ces aides ne sont attribuées qu'à 7,8% de la population française. Le diagnostic de TDAH est donc beaucoup plus fréquent chez les enfants des familles les plus défavorisées. Si l'on considère également les enfants TDAH présentant un diagnostic de défavorisation sociale, le pourcentage d'enfants présentant des difficultés sociales au sein de la cohorte TDAH varie entre 39,8 et 42,6% sur la période.
- ▶ En 2019, 21,7% des enfants recevant du MPH vivaient dans des familles bénéficiant de la CMU ou de la CMU-C. Ce taux reste très supérieur à l'attribution de ces aides dans la population générale (7,8%), et cette tendance a augmenté entre 2010 et 2019. Si l'on considère également les enfants consommateurs de MPH présentant un diagnostic de défavorisation sociale, le pourcentage d'enfants présentant des difficultés sociales parmi les consommateurs de MPH atteint 25,7%.

Résultats : la détermination sociale du diagnostic de TDAH et du traitement par psychostimulant en France

Année	CMU + CMU-C	%	CMU + diag défavorisation	%	Total population
2010	1217	38,3%	1305	41%	3181
2011	1388	38,5%	1501	41,7%	3602
2012	1591	38,8%	1734	42,3%	4100
2013	1400	37%	1527	40,4%	3780
2014	1520	38,5%	1667	42,2%	3950
2015	1765	35,6%	1971	39,8%	4956
2016	1944	36,2%	2211	41,2%	5373
2017	1845	35,2%	2096	40%	5243
2018	2200	36,9%	2538	42,6%	5957
2019	2211	35,4%	2580	41,4%	6238

Année	CMU + CMU-C	%	CMU + diag défavorisation	%	Total population
2010	4240	14,4%	5254	17,9%	29402
2011	4869	14,9%	6008	18,3%	32762
2012	5475	15,2%	6733	18,7%	36014
2013	5918	15,1%	7326	18,7%	39212
2014	6833	15,7%	8380	19,3%	43477
2015	7762	16,1%	9455	19,6%	48206
2016	8705	16,6%	11088	21,1%	52574
2017	10512	18,5%	12983	22,9%	56778
2018	12495	20,6%	15017	24,7%	60762
2019	14181	21,7%	16782	25,7%	65395

Discussion



Ce que nous apprennent les bases de données de santé sur la prévalence du TDAH en France

- ▶ La prévalence du TDAH en France est estimée entre 3,5 et 5,6% des enfants d'âge scolaire. Taux de traitement par psychostimulant : 3,48%.
- ▶ Enquête téléphonique (1000 foyers retenus parmi 7000 tirés au hasard dans l'annuaire (sic)) déléguée à un institut de sondage et réalisée par des opérateurs non spécialistes du TDAH.
- ▶ Comment déterminer si un enfant peut être ou non diagnostiqué TDAH sans jamais lui avoir parlé ni ne l'avoir jamais rencontré, sur la base d'un entretien téléphonique réalisé auprès des parents par un institut de sondage ?
- ▶ Etudes financée par l'industrie pharmaceutique.
- ▶ Enquête particulièrement médiatisée et relayée - y compris auprès des pouvoirs publics.

MAIS

- ▶ Données contradictoires avec la réalité des pratiques diagnostics et thérapeutiques rapportées dans les bases de données. Taux de prévalence de MPH entre 0,61 et 0,75% de la population pédiatrique en 2019
- ▶ Selon les rapports ANSM 2014 et 2017 (même période d'étude que l'étude de prévalence), le taux de médication n'est que de 0,3% des enfants d'âge scolaire - soit plus de 10 fois moins élevé que le taux de médication estimé par les auteurs. Dès lors qu'en est-il du taux de prévalence
- ▶ En l'état actuel des connaissances scientifiques, la prévalence du TDAH en France reste à établir

Discussion : Comparaison études internationales

- ▶ Augmentation continue, sans pallier
 - ▶ Pas seulement un effet de rattrapage, car toujours pas de ralentissement de la consommation
 - ▶ Pallier voire baisse dans certains pays (USA, Danemark)
- ▶ Fin de « l'exception française » :
 - ▶ La prescription en France est désormais largement supérieure à celle de la Grande-Bretagne (0,47), sans doute équivalente et bientôt supérieure à celle du Danemark (1,5%) et de l'Allemagne (2,2%).

Rappel : données sous-estimées (entre x1 et x1,23). Consommation en augmentation de 13% par an
- ▶ La prescription concerne essentiellement les garçons
- ▶ Co-prescriptions médicamenteuses (exemple des USA avec diminution de la prescription chez les enfants)
- ▶ Facteurs de risques scolaires et sociaux pour le diagnostic et la prescription



Comment expliquer un telle augmentation de la prescription de psychostimulant en France?

- ▶ Meilleure prise en compte du TDAH
- ▶ Augmentation des facteurs sociaux induisant une augmentation du diagnostic et de la prescription (pauvreté, difficultés sociales, écrans)
- ▶ Biais scientifiques
- ▶ Biais médiatiques
- ▶ Conflits d'intérêts



Discussion : les biais scientifiques et

Exemples de biais scientifiques : médiatiques

- 1) Embellissement des données
- 2) Publication préférentielle des observations positives
- 3) Présentation trompeuses des données
- 4) Exagération des résultats

Les médias amplifient les biais déjà présents dans la littérature scientifique

Les biais médiatiques concernant le TDAH en France :

- 1) Le TDAH est-il une maladie neurologique ?
- 2) Le TDAH est-il une maladie génétique ?
- 3) Le médicament protège-t-il de l'échec scolaire ?

Entre 83 et 94% de l'information dédiée au TDAH

dans les médias est contraire aux consensus

Scientifiques internationaux

	Media		
	Television	Press	Internet
General data			
N	60	159	50
<i>First consensus : Neurologic or neurodevelopmental etiology for ADHD /Imaging Diagnosis</i>			
Against the consensus	6	26	27
In favor of consensus	1	5	1
Both opinions	2	12	4
<i>Second consensus : genetic etiology for ADHD</i>			
Against the consensus	11	8	8
In favor of the consensus	2	5	1
Both opinions	3	12	11
<i>Third consensus : Drug effects on school achievement</i>			
Against the consensus	16	11	3
In favor of the consensus	3	4	1
Both opinions	3	2	4
Cumulative data			
Total opinions expressed	47	85	57
Against the consensus	33 (70,21%)	45 (52,94%)	38 (66,67%)
In favor of the consensus	6 (12,77%)	14 (16,47%)	3 (5,26%)
Both opinions	8 (17,02%)	26 (30,59%)	19 (33,33%)
Cumulative data against the consensus	41/47 (87,23%)	71/85 (83,53%)	54/57 (94,74%)

Discussion : les conflits d'intérêts

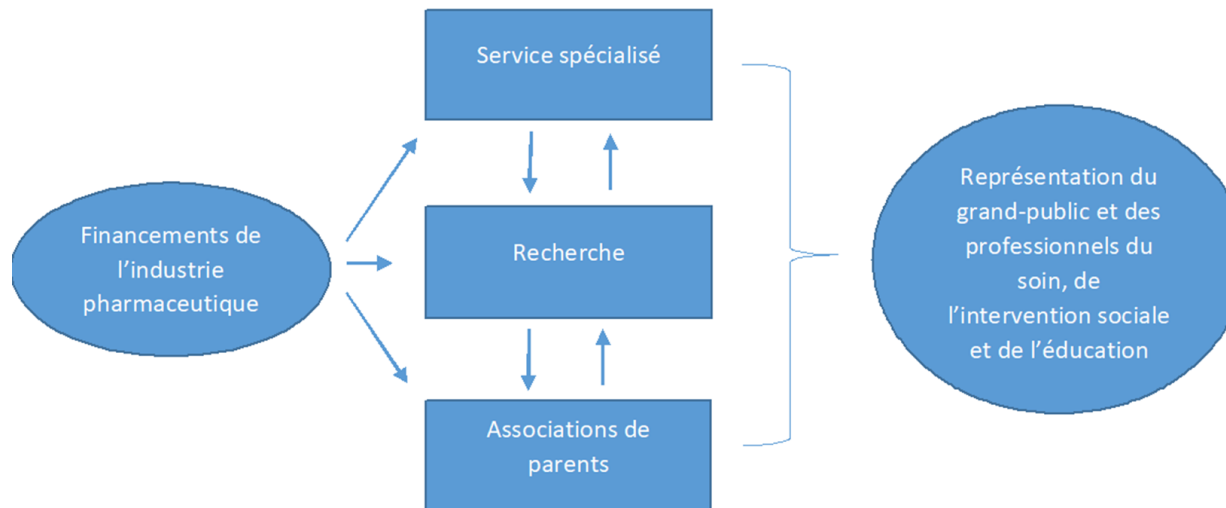
- ▶ - financement des études dédiées au TDAH par l'industrie pharmaceutique
- ▶ Exemple de l'étude de prévalence du TDAH en France, financée par le laboratoire Shire qui commercialise l'une des versions les plus répandues de MPH
- ▶ - financement des service spécialisés par l'industrie pharmaceutique

<https://u2peanantes.files.wordpress.com/2018/05/v5-maquette-tdah-3-nantes.pdf>

- ▶ - financement des associations de familles d'enfants hyperactifs

▶ Association Hyper-super TDAH France :

- ▶ Intervention régulière des membres de l'association dans les médias
- ▶ Saisines répétées des autorités de santé pour la fin de la Prescription Initiale Hospitalière (PIH) pour le méthylphénidate, au prétexte de difficultés d'accès au traitement - ce qui est loin d'être flagrant au regard des différentes études épidémiologiques dédiées au MPH en France



Les recommandations de traitement pour le TDAH

Recommandations de soin de première intention dans le cas du TDAH :

- Pratiques psychothérapeutiques,
- Educatives,
- De prévention et d'intervention sociale,

Auprès de l'enfant et de sa famille.

Il existe en France une grande diversité de pratiques thérapeutiques, éducatives et sociales au bénéfice de l'enfant et de son entourage - et une part importante du rapport aura pour fonction de faire un état des lieux actualisé de ces pratiques et de leur fondements/évaluation scientifique



Les recommandations de traitement pour le TDAH

Quelles que soient leur diversité, leur histoire et leurs fondements, ces pratiques ont pour point commun :

- ▶ La prise en compte de la parole de l'enfant et de ses parents dans le dispositif d'accompagnement ;
- ▶ La mise en jeu de la relation thérapeutique ou éducative au cœur des processus de soin ;
- ▶ La prise en compte des processus de développement de l'enfant quant au diagnostic et au soin - laisser à l'enfant le bénéfice de l'enfance ;
- ▶ Le travail au cas par cas, qui tienne compte de la singularité de l'enfant tout autant que ses inventions et ses trouvailles ;
- ▶ La prise en compte du symptôme de l'enfant comme mode de dire, et comme production sensible au travail de soin proposé à l'enfant ;
- ▶ La prise en compte du contexte familial, social et culturel;
- ▶ La nécessité de la pratique à plusieurs, du travail interprofessionnel-interdisciplinaire, afin de multiplier les regards, les discours et les modalités d'accueil au bénéfice de l'enfant et de sa famille.



Remerciements

- ▶ Contacts :
- ▶ @ : sebastien.ponnou-delaffon@univ-rouen.fr
- ▶ Tel : 0627871728



Matériel supplémentaire



Les apports de la psychiatrie biologique à la clinique sont particulièrement limités

Steven Hyman, directeur du Centre Stanley pour la recherche en psychiatrie, et professeur et membre du *Broad Institute* du MIT et de Harvard :

« Même si les neurosciences ont progressé durant ces dernières décennies, les difficultés sont telles que la recherche des causes biologiques des troubles mentaux a largement échoué » (Steven Hyman, 2018).

De même, Thomas Insel, dans son ouvrage *Healing: Our Path from Mental Illness to Mental Health* :

« J'ai lutté contre la maladie mentale en tant que parent, scientifique et médecin pendant près d'un demi-siècle. Psychiatre de formation et chercheur en neurosciences, j'ai passé les quatre dernières décennies à assister à des percées dans le domaine de la recherche sur le fonctionnement du cerveau, tant dans la santé que dans la maladie. J'ai fini par devenir, pendant plus de dix ans, le "psychiatre de la nation", directeur du National Institute of Mental Health (NIMH), supervisant plus de 20 milliards de dollars pour la recherche en santé mentale. J'ai aidé le président George W. Bush à répondre aux fusillades dans les écoles et j'ai codirigé la Brain Initiative du président Barack Obama. J'ai conseillé les membres du Congrès sur les soins de santé mentale et travaillé avec les dirigeants du Pentagone sur le suicide dans l'armée. En bref, c'était mon travail de faire une différence pour les Américains atteints de maladie mentale. J'aurais dû être en mesure de nous aider à infléchir les courbes de la mort et de l'invalidité. Mais je ne l'ai pas fait. Parce que j'ai mal compris le problème. Ou peut-être est-il plus exact de dire que le problème que je résolvais en soutenant de brillants scientifiques et des cliniciens dévoués n'était pas le problème auquel étaient confrontés près de quinze millions d'Américains atteints de maladies mentales graves » (Insel, 2022).



Les apports de la psychiatrie biologique à la clinique sont particulièrement limités

Ou encore, du même Thomas Insel, dans une récente interview accordée au New-York Times :

« Les recherches en neuroscience n'ont, pour l'essentiel, toujours pas bénéficié aux patients » (Insel, New-York Times, 22 février 2022).

Enfin, dans un article intitulé « Medicine and the mind: the consequences of psychiatry's identity crisis », paru dans la prestigieuse revue The New England Journal of Medicine, Gardner et Kleinman écrivaient :

« Paradoxalement, bien que les limitations des traitements biologiques soient largement reconnues par les experts en la matière, le message qui prévaut pour le grand public et le reste de la médecine, est encore que la solution aux troubles mentaux consiste à faire correspondre le bon diagnostic au bon médicament. Par conséquent, les diagnostics psychiatriques et les médicaments psychotropes prolifèrent sous la bannière de la médecine scientifique, bien qu'il n'existe aucune compréhension biologique approfondie des causes des troubles psychiatriques ou de leurs traitements. Le problème n'est pas simplement une question d'intégrité scientifique et intellectuelle. Cet état de fait influence la formation des soignants et le remboursement des soins. Il nuit gravement aux patients et aux praticiens » (Gardner et Kleinman, 2019).

