



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Communiqué de presse La consommation de Rilatine par les enfants est interpellante Annexe

Les plus jeunes d'une même classe scolaire ont un risque plus élevé de diagnostic de TDAH

Lebbe Caroline, Ntahonganyira Rose-Marie, Vandenberg Jan (ANMC R&D - DM)

Résumé

Le déficit d'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité sont les trois composantes du « trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité » (TDAH), une pathologie fréquente. Le traitement du TDAH à l'aide du méthylphénidate existe depuis quelques décennies. Ce médicament est couramment utilisé en Belgique. Au moins la moitié des doses vendues sont prescrites sans remboursement par l'Inami. La consommation semble par ailleurs baisser en été. La MC a examiné l'utilisation de méthylphénidate chez les jeunes de moins de 18 ans. Il est frappant de constater, que les plus jeunes dans leur classe scolaire courent plus de risque de se faire poser un diagnostic de TDAH. Nous concluons que le risque de médicalisation de processus naturels tels que le développement psychomoteur est réel. La MC propose d'enregistrer l'usage du méthylphénidate et de développer des trajets de soins multidisciplinaires.

Mots clés : Déficit d'attention / hyperactivité (TDAH), méthylphénidate, plus jeunes de la classe, médicalisation.

1. Introduction

Le TDAH est bien connu et caractérisé par un manque d'attention, une hyperactivité et une impulsivité (*American Psychiatric Association, 1992*).¹ La prévalence du TDAH est estimée à 2,9 % chez les enfants et à 2,1 % à l'âge adulte.

Les enfants (mais aussi les adultes) confrontés à ce trouble éprouvent des difficultés au niveau de l'attention, de la vigilance, de la résolution et de l'exécution ciblée de tâches, de la concentration et de la mémoire, et d'autres fonctions mentales (Sabbe et al. 2015).

Concernant le traitement médicamenteux, le méthylphénidate (Rilatine®, Equasym®, Concerta®,...) est le médicament le plus utilisé chez les enfants et les adolescents ayant reçu un diagnostic formel de TDAH. Ce médicament est une amphétamine qui limite les comportements hyperactifs et imprévisibles. Il est prescrit couramment et ce, durant plusieurs années, bien que son efficacité à long terme ait été peu étudiée.² La prise de ce médicament n'est pas sans risque. Variations de la tension artérielle, maux de tête, vertiges et maux d'estomac, pertes d'appétit et de poids, mais aussi problèmes de sommeil, changements de comportements et symptômes psychiques ont été décrits. À long terme, il existe un risque accru de retard de croissance, de

¹ American Psychiatric Association, 1992; DSM V. Nussbaum et al. (2014). APA; Pyciatrie (2016). Hengeveld et al., De Tijdstroom.

² BCFI, 2017: 2010, 2014



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

maladies cardio-vasculaires, de problèmes hépatiques, de dépendance et de troubles psychiatriques.³

2. Qu'en est-il de la consommation de ce médicament chez les enfants ?

Parmi les membres de la MC, quelque 12.000 jeunes de 6 à 18 ans⁴ (2 % des jeunes) ont reçu au moins une fois une spécialité remboursée de méthylphénidate en 2016. Ce chiffre est comparable à celui des pays voisins. Il y a toutefois lieu d'apporter une précision majeure. Les chiffres de vente en Belgique révèlent que le méthylphénidate est souvent vendu en dehors du système de remboursement par l'assurance soins de santé obligatoire. En 2016, ces ventes « secondaires » étaient équivalentes au volume des ventes avec remboursement. La consommation réelle du méthylphénidate en Belgique est donc nettement plus élevée que ce que révèlent les données de facturation de la MC.

Nous avons également fait d'autres observations

Environ 59 % des personnes pour lesquelles ce médicament a été prescrit et remboursé sont des jeunes entre 10 et 15 ans, et majoritairement des garçons. 22 % des prescriptions concernent des jeunes de 16 à 18 ans.⁵

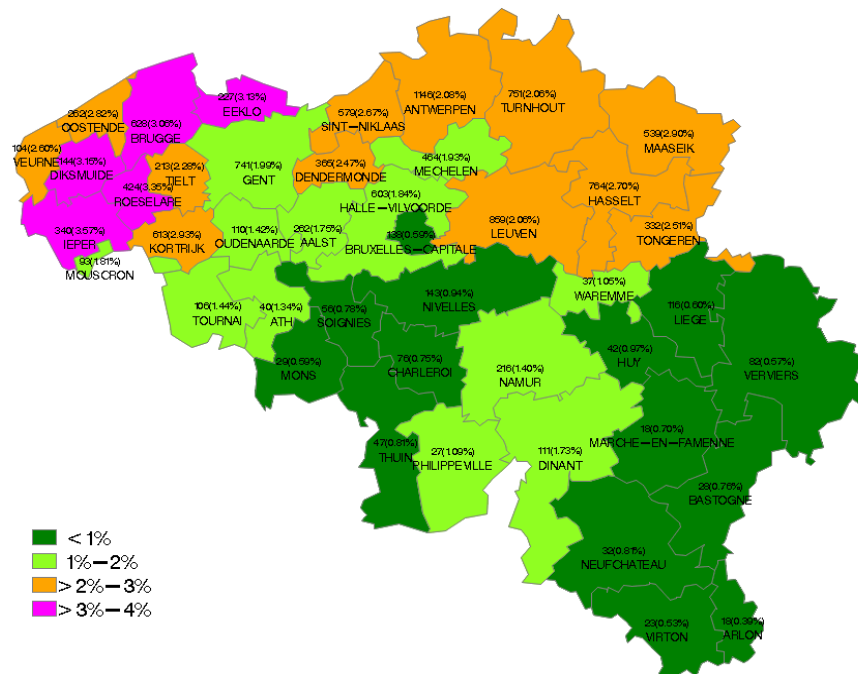
Autre constat : le médicament est davantage prescrit en Flandre (2,4 % contre 0,9 % en Wallonie et 0,6% en Région bruxelloise) (voir figure 1), même si son utilisation augmente en Wallonie.

³ BCFI, 2017: 2010, 2014

⁴ Depuis le 1^{er} septembre 2004, le méthylphénidate est remboursé pour les jeunes de 6 à 17 ans dans le cadre d'un traitement pour TDAH. Le rapport d'un neurologue pédiatrique ou d'un pédopsychiatre doit être présenté au médecin-conseil de la mutualité du patient. Le remboursement est autorisé pour 6 mois maximum. Un renouvellement du remboursement est possible pour 12 mois, moyennant un rapport d'évolution des spécialistes précités, justifiant la poursuite du traitement.

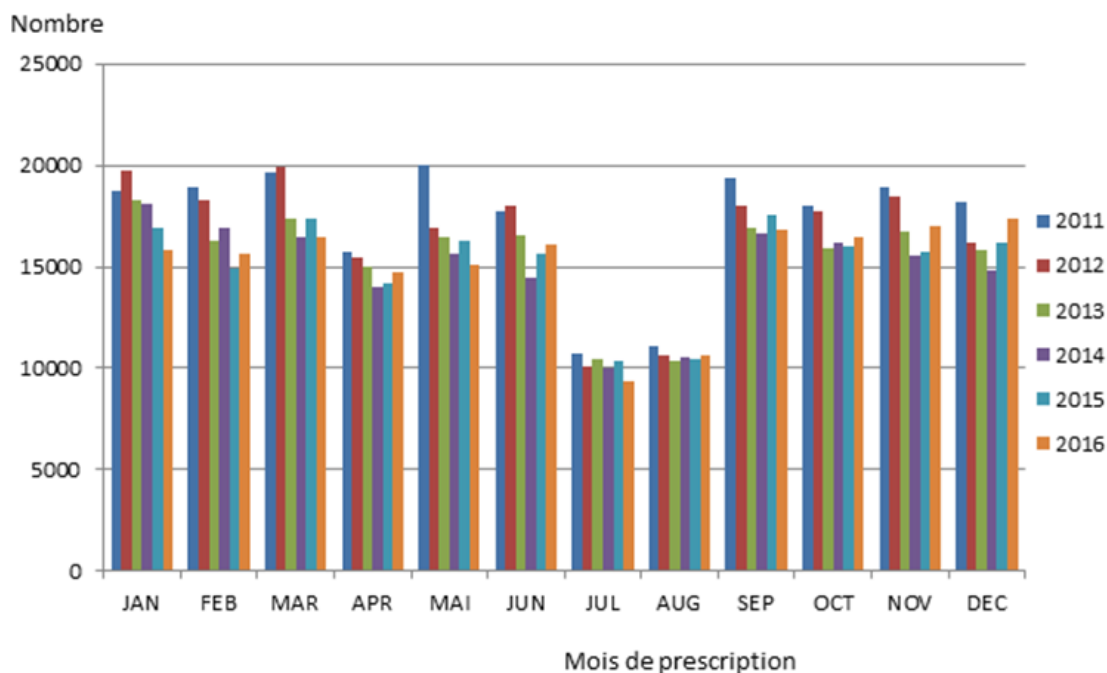
⁵ Il faut tenir compte ici du fait que les bases de données MC ne comportent que des informations relatives à des médicaments prescrits faisant l'objet d'un remboursement.

Figure 1: Pourcentage des patients 6-18 ans ayant bénéficié du remboursement du méthylphénidate par arrondissement (ANMC, 2016).



On note aussi la baisse du nombre de conditionnements de méthylphénidate remboursés durant les mois d'été (figure 2) et ce, quel que soit l'âge de l'enfant.

Figure 2. Nombre de remboursements de méthylphénidate par mois chez les jeunes de 6 à 18 ans - 2011-2016.



La longue durée de la consommation est par ailleurs interpellante : 21 % des patients de 17-18 ans qui consommaient du méthylphénidate en 2016 en consommaient déjà il y a 10 ans.

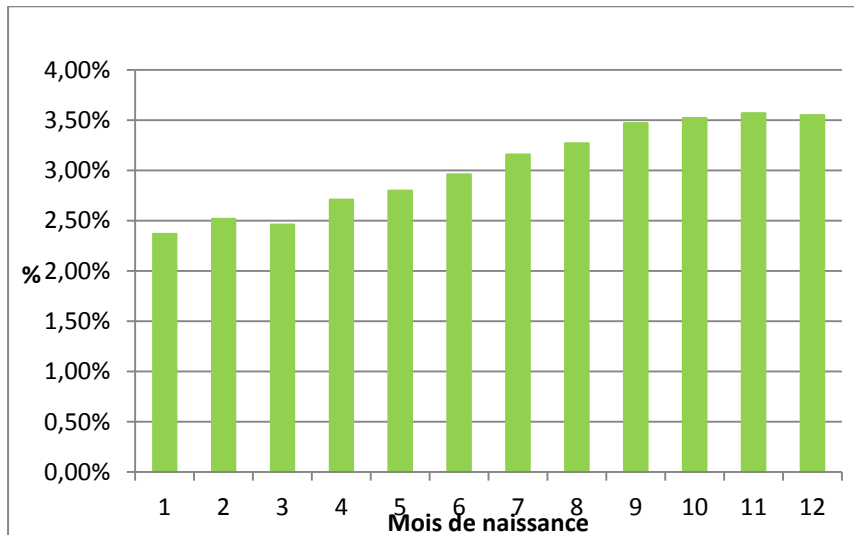
Ces données confirment des tendances précédemment observées de médicalisation des comportements d'agitation et des difficultés de concentration jugés problématiques chez les enfants. Les scientifiques estiment que les parents et les enseignants peuvent jouer un rôle à ce niveau.⁶

3. Les plus jeunes d'une même classe scolaire courent un risque plus élevé d'être traités avec du méthylphénidate

Nous avons fait un autre constat interpellant. En Belgique, les classes scolaires sont organisées par année civile. Dans une même classe scolaire, les plus jeunes semblent courir un risque plus élevé d'être traités au méthylphénidate (voir figure 3). Nous constatons que les enfants nés au cours du dernier trimestre de l'année civile, et donc les plus jeunes de la même classe scolaire, ont environ 50 % de risques supplémentaires de se faire rembourser au moins une fois du méthylphénidate que ceux plus âgés, nés au cours du premier trimestre.

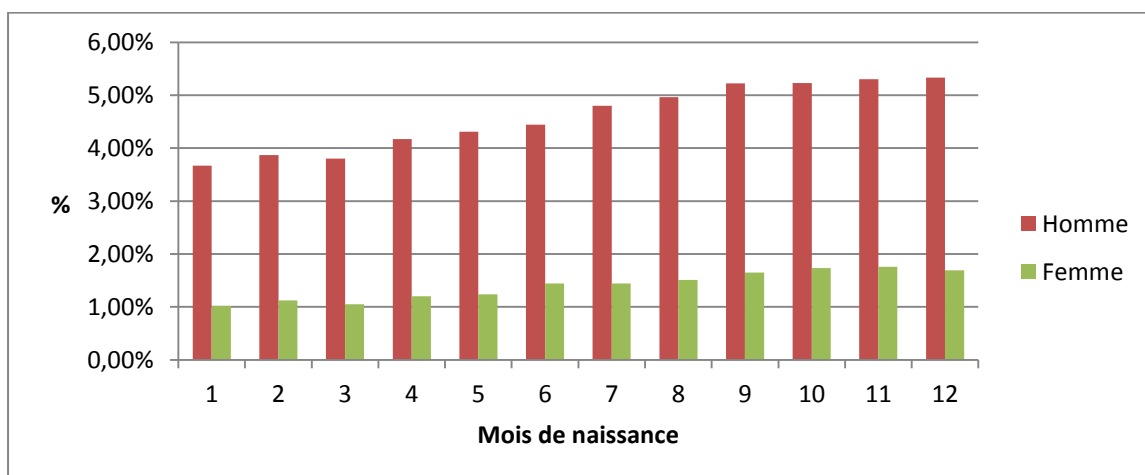
⁶ Philips, C.B. (2006). Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. Plos Medicine, 3, 182. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434504/>

Figure 3 : % des patients 6-18 ans ayant bénéficié du remboursement du méthylphénidate, de 2006 à 2016, par mois de naissance (37.684 patients au total).



L'observation est identique chez les filles et les garçons (figure 4).

Figure 4 : Pourcentage des patients 6-18 ans ayant bénéficié du remboursement du méthylphénidate, de 2006 à 2016, par mois de naissance et par genre (37.684 patients au total)



Nos données confirment une étude précédente.^{7 8} À l'étranger aussi, les plus jeunes d'une même classe scolaire ont un risque plus élevé de se faire prescrire du méthylphénidate.

Whitely M, Lester L, Phillimore J Robinson S. (2017). Influence of birth month on the probability of Western Australian children being treated for ADHD.

https://www.mja.com.au/system/files/issues/206_02/10.5694mja16.00398.pdf,

⁸Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, Maclure M, et al. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. CMAJ.184(7): 755-762.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328520/>



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Comment l'expliquer ? Le développement psychomoteur se caractérise par une combinaison d'aspects moteurs, cognitifs et psycho-affectifs. Il induit des changements de comportements en lien avec l'âge et le contexte psychosocial. Manque d'attention, hyperactivité et impulsivité seraient perçus - à tort - comme des comportements pathologiques, avec le risque de médicalisation et de traitement, sans prise en compte des facteurs contextuels.^{9 10 11}

Cela signifie que l'on traite inutilement des enfants et qu'on les expose à un médicament psychostimulant qui est loin d'être anodin. Cette réalité semble manifestement devenir une habitude. La limite entre TDAH et immaturité semble devenue floue. Le risque de sur-diagnostic et de surconsommation est donc réel. Et nous ne parlons même pas de l'usage inapproprié du méthylphénidate par les étudiants et lors d'événements sportifs.

4. Conclusion et point de vue de la MC

Nos observations suscitent des questions concernant la pose du diagnostic de TDAH, la facilité avec laquelle est délivrée une prescription d'un tel médicament stimulant ainsi que le risque d'usage inadéquat qui en découle chez les jeunes. Ces médicaments sont en effet dangereux à long terme. Ils entraînent un risque accru de maladies cardio-vasculaires et de problèmes psychiques, outre une dégradation de la qualité du sommeil, une perte d'appétit et un retard de croissance. Il convient donc de s'interroger si l'utilisation de ce médicament ne devrait pas être mieux encadrée.

Par ailleurs, les autorités publiques doivent s'atteler à enregistrer tous les conditionnements du méthylphénidate qui sont délivrés (qu'ils soient remboursés ou non).

Concernant une approche à long terme, la MC plaide pour une approche plus tolérante des enfants « turbulents » et le développement de trajets de soins interdisciplinaires pour les jeunes souffrant d'un manque d'attention, d'hyperactivité et d'impulsivité en lien avec leur environnement. Au sein de ces trajets, la structure de soins devrait combiner une approche psychique, comprenant une psychothérapie individuelle ou familiale, un accompagnement éducatif et un traitement médicamenteux si nécessaire. De cette manière, on évitera la médicalisation de comportements jugés problématiques.

⁹Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, Maclure M, et al. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. CMAJ.184(7): 755-762.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328520/>

¹⁰ http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/conclusive-proof-adhd-is-overdiagnosed_b_10107214.html ;

<http://www.eduratio.be/geboortemaand.html>

¹¹ Verhaeghe P. (2002). Over normaliteit en ander afwijkingen. Acco. Gent.