

Marie-Christine Brault

L'accroissement du recours au médicament psychotrope :
le cas du Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

Travail présenté à
Johanne Collin
Claire Durand
Éric Lacourse

Dans le cadre du cours SOL 7120
Examen Général de Synthèse

Université de Montréal
7 septembre 2007

Résumé

Réalisé dans le cadre d'un Examen général de synthèse, ce travail porte sur la consommation de médicaments psychotropes utilisée pour traiter les symptômes associés au Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Deux objectifs généraux sont ciblés. D'abord, le travail dresse un état des lieux de la consommation de médicaments psychotropes associés au TDAH, en plus de la situer dans un contexte et une évolution historique. Ensuite, il aborde plusieurs explications possibles à l'utilisation grandissante des médicaments. Ce travail mettra l'accent principalement, voire uniquement, sur le phénomène de la consommation de médicaments chez les individus ayant un trouble déficit de l'attention/hyperactivité.

Mots-clés : Psychostimulants; Ritalin; Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH); Accroissement; Jeunes; Sociologie;

1. Fait social total	2
2. État des lieux de la consommation de médicaments	3
2.1 <i>Statistiques</i>	4
2.2 <i>Contexte socio-historique de l'émergence des médicaments psychotropes liés à l'hyperkinésie</i>	6
2.3 <i>Synthèse</i>	10
3. Facteurs explicatifs de l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes	10
3.1 <i>Accroissement des problèmes de santé mentale</i>	11
3.2 <i>Meilleure détection des problèmes à travers des outils diagnostiques</i>	14
3.3 <i>Arrivée sur le marché de nouveaux médicaments psychotropes</i>	16
3.4 <i>Diminution de la tolérance face à la souffrance et au dysfonctionnement social</i>	18
3.4.1 <i>Médicalisation des problèmes non-médicaux</i>	19
3.4.2 <i>Démocratisation des médicaments – pour tous et pour tous les problèmes</i>	19
3.4.3 <i>Culture de la performance</i>	20
3.4.4 <i>Synthèse</i>	22
4. Conclusion	22
Références	24

Dans une société où la santé est omniprésente dans les discours médiatiques, politiques, sociaux et individuels et où le bien-être semble être recherché à tout prix, il ne faut pas être surpris de constater une augmentation de la médicalisation des problèmes non-médicaux et par surcroît de leur traitement pharmacologique. Ainsi, les traitements pharmacologiques, qu'ils soient utilisés pour traiter une condition physique chronique, une condition virale, un trouble mental ou une autre condition, ne cessent de prendre de l'ampleur depuis la révolution pharmaceutique survenue au milieu du 20^e siècle.

Cet essor de consommation de médicaments est constaté autant chez les adultes et les personnes âgées, que chez les enfants (Cohen et al. 2001; Collin et al. 2005; Timimi, 2002). Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) est sans aucun doute un des troubles pour lesquels les enfants consomment le plus de médicaments. Les Lignes directrices du Collège des médecins du Québec (2001) recommandent la combinaison de plusieurs modes d'interventions (traitements pharmacologiques et interventions psychosociales) pour traiter l'hyperkinésie¹. Néanmoins, le traitement privilégié est plus souvent le traitement pharmacologique, au détriment des interventions psychosociales : les médecins canadiens prescrivent des médicaments, seuls ou combinés à un traitement multimodal, dans 69% des cas (Santé Canada, 1999) et plus de la moitié des enfants manitobains ayant reçu un diagnostic de TDA/H sont traités avec des médicaments (Brownell & Yogendran, 2000).

Ce travail répondra à la question suivante : *Le phénomène de l'accroissement du recours au médicament psychotrope dans nos sociétés occidentales contemporaines constitue, en quelque sorte, un fait social total au sens où l'entend Mauss. Est-il lié à un accroissement des problèmes de santé mentale? à une meilleure détection de ceux-ci à travers des outils diagnostiques (DSM), à l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments psychotropes?*

¹ Le terme « hyperkinésie » sera privilégié puisqu'il permet, contrairement au terme *hyperactivité*, d'inclure tous les comportements (inattention, hyperactivité, impulsivité) liés au Trouble déficit de l'attention/hyperactivité et à ses sous-types (Conrad & Schneider, [1980] 1992), en plus d'inclure toutes les nomenclatures des diagnostics antérieurs.

à une diminution de la tolérance de notre société face à la souffrance psychique et au dysfonctionnement social? Ou la convergence de tous ces facteurs? En prenant appui, d'une part, sur la réflexion sociologique concernant la médicalisation et d'autre part sur celle qui concerne la centralité des préoccupations concernant la santé mentale dans nos sociétés occidentales contemporaines, situez la question du TDAH.

Le travail comprend trois parties principales. La première section du texte présente brièvement la théorie du fait social total de Mauss, afin de permettre une meilleure compréhension de l'accroissement du recours au médicament comme étant un fait social complexe. La seconde section vise à informer le lecteur au sujet des médicaments psychotropes. On y dresse l'état des lieux de la consommation de médicaments psychotropes, en plus de la situer dans un contexte et une évolution historique. La troisième section aborde une à une les explications possibles de l'utilisation grandissante des médicaments, de manière à démontrer que l'accroissement du recours au médicament est un fait social total. Ce travail mettra l'accent principalement, voire uniquement, sur le phénomène de la consommation de médicaments chez les individus ayant un trouble déficit de l'attention/hyperactivité.

1. Fait social total

A prime abord, le médicament - la pilule, le liquide ou tout autre produit médicamenteux - est un objet concret et il est tangible. Toutefois, une observation sociologique, se situant au-delà du rôle technique du médicament, permet de le concevoir comme étant un objet social (Cohen *et al.* 2001; Collin *et al.* 2005). Dans ce contexte, le médicament est envisagé comme ayant un cycle de vie, dans lequel chaque phase (11 au total) constitue un mini système social ayant son propre contexte social et son propre groupe d'acteurs-clés qui sont en interrelations les uns les autres (Cohen *et al.* 2001 :446). Cette conceptualisation du médicament va au-delà de son simple effet physiologique, elle suggère un effet social, un échange réciproque entre le médicament et la société : d'une part, le médicament a un impact sur la société, il modifie les rapports humains, d'autre part des changements dans la société, tels des changements dans les lois, affectent le

cycle de vie du médicament (Cohen *et al.* 2001). Il existe une multitude d'acteurs qui peuvent influencer la consommation de médicaments psychotropes, notamment le consommateur, le prescripteur, le personnel médical en général, les compagnies pharmaceutiques et l'ensemble de leurs acteurs, les compagnies d'assurances et la totalité de leurs acteurs et le gouvernement (Cohen *et al.* 2001).

Le médicament psychotrope, en tant qu'objet social, voit sa consommation modifiée par l'interaction de plusieurs facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques et culturels (Cohen *et al.* 2001). Ce phénomène peut être caractérisé comme un *fait social total*, décrit par Mauss dans son *Essai sur le don* (Mauss, 1923-1924 :102) comme étant un phénomène « à la fois juridique, économique, religieux et même esthétique, morphologique, etc. ». Ce travail fera la démonstration que l'accroissement du recours au médicament psychotrope dans notre société contemporaine est tributaire de la combinaison de plusieurs facteurs sociaux tels l'augmentation de la prévalence des troubles mentaux, les révisions apportées aux critères diagnostiques des maladies mentales, l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments psychotropes, d'une intolérance face au dysfonctionnement social, ainsi que de facteurs socio-historiques dont des changements dans les lois concernant la publicité médicale et des changements de mentalité concernant la déviance.

2. État des lieux de la consommation de médicaments

Les médicaments psychotropes sont prescrits dans le but de modifier les humeurs, les pensées ou les comportements des individus en agissant sur leur système nerveux central (Cohen *et al.* 2001). Il existe de nombreux psychotropes qui se classent dans l'une des six catégories suivantes : 1) antipsychotiques, 2) régulateurs de l'humeur, 3) antidépresseurs, 4) anxiolytiques ou tranquillisants ou sédatifs, 5) rehausseurs de cognition et 6) psychostimulants (Cohen *et al.* 2001). Cette dernière catégorie regroupe la majorité des médicaments utilisés dans le traitement pharmacologique de l'hyperkinésie. Deux familles de psychostimulants, le méthylphénidate (Ritalin^{MD}, Concerta^{MD}) et les dérivés des amphétamines (Dexédrine^{MD}, Adderall XR^{MD}), et un non-stimulant (Stattera^{MD}) sont

employés pour traiter l'hyperkinésie (Collège des médecins du Québec, 2006). Ces médicaments sont plus souvent prescrits par les médecins spécialistes (Parks Thomas *et al.* 2006; Robison *et al.*, 2002), plus particulièrement par les spécialistes des troubles de l'enfance, dont les pédopsychiatres (Santé Canada, 1999) et les pédiatres (Brownell & Yogendran 2000). Le méthylphénidate est le médicament privilégié dans plus de 50% des cas (Robison *et al.* 2002; Santé Canada, 1999).

2.1 Statistiques

Dans leur rapport de recherche présenté au Conseil de la santé et du bien-être du Québec, Collin *et al.* (2005) accordent une section complète au phénomène de l'accroissement du recours au médicament psychotrope. Ils concluent que le nombre de prescriptions, la consommation, ainsi que les dépenses gouvernementales associés aux médicaments psychotropes affichent une tendance à la hausse dans la plupart des pays occidentaux. Par ailleurs, bien que le phénomène touche tous les groupes d'âge, les enfants et les adolescents consomment de plus en plus de médicaments, particulièrement des antidépresseurs et des stimulants (Collin *et al.* 2005; Parks Thomas *et al.* 2006). Plus du tiers des prescriptions de psychotropes sont associées à un diagnostic d'hyperkinésie (Parks Thomas *et al.* 2006).

La consommation de médicaments psychotropes pour traiter les symptômes de l'hyperkinésie s'est accrue depuis la fin de la révolution pharmaceutique. Safer *et al.* (1996) rapportent qu'aux États-Unis la consommation de psychostimulants, généralement utilisés dans les cas d'hyperkinésie, a augmenté régulièrement de 1971 à 1987 et dans les années 1990. Seule la période 1987-1990 a connu une diminution de la consommation, due principalement à des procès et à de la publicité anti-Ritalin^{MD}. Par ailleurs, une enquête nationale américaine, révèle que près de 60% des jeunes de 5 à 18 ans ayant un TDA/H et ayant consulté un médecin en 1990 consommaient du méthylphénidate, alors que cette proportion a augmenté à 71% en 1998 (Robison *et al.* 2002). Bien que les États-Unis constituent toujours le plus gros marché de stimulants avec une part de marché de 83-90%, elle décline au profit de celle des autres pays : entre 1993 et 2003, le nombre de pays consommateurs de stimulants a augmenté de 31 à 55 et il y a eu une augmentation

de 274% dans au niveau de l'utilisation mondiale de médicaments pour le TDAH, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement (Scheffler *et al.* 2007). La période 2000-2003 a connu une croissance plus rapide que celle 1993-2000, pour le volume mondial de médicaments et les dépenses associées (Scheffler *et al.* 2006).

Le Canada, tout comme l'Australie, est un des grands utilisateurs de stimulants après les États-Unis (Scheffler *et al.* 2006). La consommation de méthylphénidate y a peu changé entre 1983 et 1990 (Brownell & Yogendran, 2001), mais elle a augmenté dans les années 1990 (Brownell & Yogendran, 2001; Romano *et al.* 2002). De manière générale, la prévalence de consommation de méthylphénidate chez les enfants de 2-11 ans représentatifs de la population canadienne est faible : en 1994-1995 elle variait selon l'âge de 0,09% à 0,87% chez les filles et de 0,42% à 3,89% chez les garçons; deux années plus tard, cette prévalence avait augmenté de 36% (Romano *et al.* 2002). Brownell & Yogendran (2000) rapportent des chiffres similaires pour la période 1995-1996 au Manitoba : âge et sexe confondus, la moyenne générale de consommation de psychostimulants est de 0,89%, alors qu'elle est de 0,3% chez les filles et de 1,45% chez les garçons. Ces études démontrent que l'âge et le genre sont des déterminants importants de la consommation de stimulants chez les enfants : les garçons prennent de 4 à 5 fois plus de médicaments que les filles et la consommation est la plus forte entre 7 et 9 ans (Brownell & Yogendran, 2001; Romano *et al.* 2002). Par exemple, au Manitoba, 0,67% des filles âgées entre 7 et 9 ans consomment des médicaments pour traiter l'hyperkinésie alors que cette proportion est de 3,26% chez les garçons du même âge.

L'augmentation de la consommation de stimulants et d'autres médicaments pour traiter les symptômes de l'hyperkinésie est un phénomène qui touche particulièrement les enfants et les adolescents, notamment à cause de la nature du trouble. Toutefois, l'expansion du diagnostic de TDAH aux adultes a sans aucun doute favorisé une augmentation de la consommation de stimulants chez ce groupe.

2.2 Contexte socio-historique de l'émergence des médicaments psychotropes liés à l'hyperkinésie

L'utilisation courante de stimulants pour traiter les comportements problématiques des enfants ayant une hyperkinésie est relativement nouvelle, datant d'au plus d'un demi-siècle. Certains événements sociaux et historiques permettent d'expliquer l'émergence de la consommation de ce type de médicament, en plus de suggérer des pistes pour mieux comprendre pourquoi l'on assiste à une augmentation des taux de consommation. Ils sont présentés ici.

La découverte pharmacologique la plus importante pour l'hyperkinésie est sans aucun doute celle faite par Charles Bradley en 1937. Ce médecin a découvert que la benzédrine, un psychostimulant à base d'amphétamines existant depuis une dizaine d'années principalement utilisé chez les adultes, améliorait plusieurs problèmes de comportements, ainsi que la performance scolaire chez les enfants (Conrad & Schneider, [1980] 1992; Singh 2002; 2006). Bien que Bradley ait continué ses recherches, ce n'est que 20 ans plus tard que son successeur à la direction du premier hôpital psychiatrique américain pour enfants, Maurice Lauffer, a d'une part, nommé les symptômes de l'hyperkinésie « dysfonction cérébrale légère » [minimal brain dysfunction] (Conrad & Schneider, [1980] 1992; Singh 2002; 2006) et d'autre part, a fait le lien entre les traitements pharmacologiques et le trouble en indiquant : « a favorable response to amphetamine is supportive evidence for a diagnosis of the hyperkinetic syndrome » (Singh, 2006 :442).

Cette affirmation a été faite au tout début de la révolution pharmaceutique. Cette période, initiée au milieu des années 1950, a favorisé l'essor de la médication en tant qu'élément essentiel du traitement psychiatrique (Conrad & Schneider [1980] 1992). C'est à cette époque, que les médicaments sont devenus un traitement en soi, indépendant du traitement psychosocial et des interventions multimodales (Singh, 2006). Cela n'a fait que renforcer la médicalisation des comportements déviants, puisqu'en ayant un impact au niveau biologique, les médicaments ont renforcé la cause biologique de l'hyperkinésie, qui a donc pu être considérée comme une maladie mentale nécessitant une intervention pharmacologique (Conrad & Schneider [1980] 1992).

Cette révolution a également encouragé le développement du trouble de l'hyperkinésie. Les années subséquentes à l'affirmation de Lauffer ont été propices à la création de nouveaux médicaments, notamment du Ritalin^{MD}, médicament le plus utilisé actuellement pour traiter l'hyperkinésie. Créé en 1955 pour traiter la narcolepsie et la dépression légère, le Ritalin^{MD} est prescrit hors indication principale chez les enfants, lorsque l'on s'aperçoit que ce psychostimulant a le même impact sur les comportements que la benzédrine, effets secondaires en moins (Conrad & Schneider [1980] 1992; Singh, 2002; 2006). Quelques années plus tard, en 1961, la *Food and Drug Association* (FDA) américaine accepte officiellement le Ritalin^{MD} pour améliorer les comportements des enfants (Conrad & Schneider [1980] 1992; Singh, 2002;2006). L'abondance et la variété des médicaments disponibles font en sorte que le milieu pharmaceutique devient très compétitif (Singh, 2002). Pour réussir à vendre leurs produits, les compagnies pharmaceutiques n'ont d'autres choix que de faire de la publicité et de trouver des moyens efficaces pour faire connaître leur produit, ce qui est facilité par le retrait d'une loi interdisant la publicité des médicaments (Conrad & Schneider, [1980] 1992). Les compagnies pharmaceutiques financent alors de nombreux projets de recherches sur les médicaments, publicisent les médicaments dans les journaux médicaux accessibles aux médecins et psychiatres, en plus de faire de la publicité directe à la population (Singh 2002). La publicité directe cible plus souvent les mères, qui sont bombardées d'informations concernant l'hyperkinésie et son traitement via la publicité et les articles parus dans les magazines féminins de 1945 à 1965 (Singh, 2002). Par conséquent, la publicité et la grande disponibilité des médicaments pour traiter les comportements hyperactifs des enfants, ne donnent d'autres choix aux médecins que d'être très sensibilisés par les symptômes liés à ce trouble. Bref, le contrôle social médical et la médicalisation de l'hyperkinésie ont été initialisés par les compagnies pharmaceutiques (Conrad & Schneider, [1980] 1992) et comme fait remarquer Conrad & Schneider ([1980] 1992) le mécanisme de contrôle social, i.e. le traitement pharmacologique, a précédé la conceptualisation claire du trouble pour lequel il était destiné.

Deux autres événements, survenus à la fin des années 1980, sont importants pour comprendre les changements survenus dans la consommation de médicaments

psychotropes. Tout d'abord il y a eu une vague de publicité négatives et de procès concernant le Ritalin^{MD}. Cela a eu un impact négatif sur la consommation de stimulants pendant quelques années (Safer *et al.* 1996). Ensuite, l'arrivée du Prozac (antidépresseur) dans le marché pharmaceutique américain a permis de «démocratiser» l'utilisation des médicaments : autant les individus aux prises avec des problèmes mineurs, que ceux ayant des problèmes plus sévères, peuvent maintenant bénéficier des médicaments pour améliorer leur vie (Conrad & Potter, 2000)². Cette mentalité a sans aucun doute favorisé la prise de stimulants chez les adultes récemment diagnostiqués TDA/H (Conrad & Potter, 2000). Le milieu des années 1990 a marqué le retour en force du Ritalin^{MD} et de son image positive (Safer *et al.* 1996) et aussi le retour de la publicité pharmaceutique directement chez le patient qui avait été interdite en 1971 (Singh 2002).

Les événements présentés ci-dessus se situent dans un contexte plus global qui a permis l'émergence des médicaments psychotropes pour traiter l'hyperkinésie, l'accroissement des problèmes mentaux, ainsi que l'accroissement du recours au médicament. D'une part, la médicalisation de la déviance et d'autre par la médicalisation de l'éducation sont des éléments contextuels essentiels à la problématique du travail et sont abordés ici.

Selon la théorie de la médicalisation³, les comportements déviants, i.e. qui ne correspondent pas aux normes comportementales établies par un groupe influant, ne sont plus identifiés comme étant un péché, ni comme étant un crime, mais sont maintenant conceptualisés en terme de maladie et sont soumis au contrôle social médical (Conrad & Schneider, [1980] 1992). Le contrôle social médical est le moyen par lequel la médecine sécurise l'adhérence aux normes sociales, notamment par des traitements pharmacologique. La médicalisation de la déviance est apparue au début du XX^e siècle, au même moment où la médecine commençait à avoir de plus en plus de pouvoir. Cette ascension a permis à la médecine d'étendre ses champs d'expertises à des domaines non-médicaux (Conrad & Schneider, [1980] 1992), tels la déviance et l'éducation.

² Cet événement est précisé à la section 3.4 du présent travail.

³ L'explication de cette théorie se base sur le livre « Deviance and Medicalization, from badness to sickness » de Conrad et Schneider, ([1980] 1992).

L'apparition de l'éducation obligatoire pour tous les enfants à la fin du 19^e et le pouvoir du mouvement d'hygiène mentale dès le début du 20^e siècle ont mis en place un contexte qui a permis la médicalisation de l'éducation (Cohen, 1983) et par extension la création de l'hyperkinésie (Brancaccio, 2000). D'une part, l'entrée en vigueur de l'éducation massive a obligé les enfants à se soumettre à une routine et à une discipline stricte, par conséquent, les enfants devaient désormais manifester des comportements précis pour ne pas nuire à l'ordre et à la discipline de la classe (Brancaccio, 2000). Ce n'est qu'une fois l'éducation obligatoire pour tous mise en place que les problèmes d'indiscipline des enfants a été identifiés comme étant déviants (Brancaccio, 2000). D'autre part, l'éducation massive, en permettant l'observation d'un grand bassin d'enfants, puisqu'ils étaient tous à la même place au même moment et donc facilement accessibles (Brancaccio, 2000), a facilité la tâche des hygiénistes mentaux. Selon ce mouvement, l'école avait le devoir de former la personnalité de l'enfant dans le but ultime de prévenir la maladie mentale en intervenant le plus tôt possible (Cohen, 1983). Grâce aux programmes de prévention de la délinquance mis en place aux États-Unis dans les années 1920, les hygiénistes mentaux ont pu avoir accès à l'école et graduellement y imposer leurs normes, leurs concepts et leurs catégories psychiatriques (Cohen, 1983). En permettant l'accès de l'école aux infirmières, psychologues, éducateurs spécialisés et autres spécialistes de la santé, l'école est devenue une mini-clinique médicale (Singh, 2002; 2006). Même les mêmes les enseignants ont été mis à contribution en devant identifier les enfants potentiellement atteints de problèmes mentaux (Cohen, 1983; Singh, 2006). C'est ainsi que l'éducation est devenue médicalisée (Cohen, 1983).

Ainsi, les comportements d'hyperactivité, d'inattention et d'impulsivité des enfants, lorsqu'ils sont manifestés à une certaine intensité, sont considérés déviants (Conrad [1975] 2006), car ils dérogent aux normes établies d'un système donné, notamment l'école et la maison. Dans un contexte de médicalisation, les enfants qui manifestent ces comportements ne sont pas considérés « méchants », mais sont plutôt perçus comme étant malades (Cohen 1983; Conrad & Schneider, [1980] 1992). Le traitement pharmaceutique de ces enfants est alors renforcé, puisqu'il s'agit du principal mécanisme de contrôle social qui a été choisi pour réguler ces comportements déviants.

2.3 Synthèse

L'état des lieux de la consommation de médicaments psychotropes permet de constater que l'on assiste effectivement à un accroissement de la consommation de médicaments psychotropes de manière générale, et de manière spécifique chez les patients ayant un diagnostic d'hyperkinésie. Le contexte socio-historique dans lequel se situe cet accroissement, notamment la médicalisation des comportements déviants et de l'éducation en plus de la révolution pharmaceutique et des stratégies de marketing utilisés par les compagnies pharmaceutiques, est important pour mieux comprendre le phénomène et y trouver quelques explications.

3. Facteurs explicatifs de l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes

La section précédente a démontré que la consommation de stimulants a réellement augmenté ces dernières années. La majorité des médecins, pédiatres, pédopsychiatres et autres professionnels médicaux, sondés dans le cadre de l'enquête de Santé Canada (1999), avaient vu juste, puisqu'ils étaient 68% à croire à une augmentation de l'utilisation de méthylphénidate depuis 1990. Au sujet des explications possibles de l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes, ces médecins se sont avérés en accord avec les énoncés suivants: la population est plus sensibilisée à la problématique de l'hyperkinésie; les médecins reçoivent plus de pressions de la part des parents et des enseignants pour prescrire des stimulants aux enfants hyperkinétiques; la médication est un traitement de plus en plus accepté par le public dans les cas d'hyperkinésie; et le manque de ressources pour d'autres types d'interventions agit en faveur des traitements pharmacologiques (Santé Canada, 1999 :4). Par ailleurs, il est reconnu que les États-Unis sont sans contredit les plus grands consommateurs de méthylphénidate (Scheffler *et al.* 2007; Singh, 2006), cela pouvant s'expliquer par les campagnes publicitaires pharmaceutiques, par le nombre et la disponibilité des médecins spécialistes aptes à diagnostiquer le TDA/H, par les politiques d'achat de médicaments et par le type de système de santé en place (Scheffler *et al.* 2007 :455).

Ces raisons ne sont que quelques-unes des explications possibles à l'accroissement du recours aux médicaments dans le cas de l'hyperkinésie, il en existe plusieurs autres (Parks Thomas *et al.* 2006). Cette section mettra l'accent sur 4 explications principales soit 1) un accroissement des problèmes de santé mentale; 2) une meilleure détection du trouble grâce à de meilleurs outils diagnostiques; 3) l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments psychotropes; et 4) une intolérance face au dysfonctionnement social.

3.1 Accroissement des problèmes de santé mentale

La première explication est simple. Elle stipule que le nombre de consommateurs de médicaments psychotropes est directement lié au nombre d'individu ayant un trouble mental. Par conséquent, un accroissement des problèmes de santé mentale expliquerait un accroissement du recours au médicament.

Il est réputé difficile d'évaluer la prévalence annuelle de l'hyperkinésie⁴ (Buitelaar, 2002), mais il est encore plus difficile de tenter d'estimer les changements s'étalant sur plusieurs années (Collishaw *et al.*, 2004; Maughan *et al.*, 2005). Les études qui ont conclu à une tendance à la hausse de la prévalence des problèmes de santé mentale depuis la Seconde guerre mondiale ont trop souvent des limites méthodologiques importantes, dues notamment à des changements survenus dans les critères diagnostiques, à la diversification des instruments de mesures utilisés par les études et à des variations culturelles ou légales sur lesquelles se basent les problèmes observés (Collishaw *et al.* 2004). Maughan *et al.* (2005) ont tout de même procédé à une revue de littérature afin d'examiner les tendances en santé mentale survenues ces 25 dernières années. Ils concluent que si la prévalence de certains troubles - tels l'autisme, le suicide, la boulimie et l'automutilation - a continuellement augmenté, les tendances de prévalence pour d'autres troubles - tels les problèmes émotionnels, la consommation d'alcool et de drogue, les troubles de conduites et l'hyperkinésie - sont plus difficiles à évaluer, car elles fluctuent constamment. Dans le cas spécifique de l'hyperkinésie, les auteurs mentionnent

⁴ Cet aspect a été abordé dans la réponse à la question doctorale de Claire Durand.

que le type d'échantillon utilisé a un impact sur les tendances observées : les études ayant un échantillon clinique concluent que l'hyperkinésie a triplé, voire quadruplé, depuis la fin des années 1980, alors que les études utilisant un échantillon populationnel révèlent qu'il n'y a eu que très peu de changements (Maughan *et al.*, 2005).

Afin de combler les lacunes méthodologiques nommées plus haut, l'étude de Collishaw *et al.* (2004) a utilisé les données de trois études britanniques ayant des échantillons représentatifs de cette population (deux études longitudinales et une étude transversale). Les instruments de mesure utilisés pour obtenir les scores de trouble de conduite, d'hyperactivité et de problèmes émotionnels étaient identiques d'une année à l'autre et similaires d'un instrument à l'autre. Les résultats indiquent que la prévalence des troubles de conduites, chez les adolescents âgés de 15 ans, n'ont jamais cessé d'augmenter pour la période 1974-1999 et qu'il existe des différences significatives dans les taux des 3 périodes observées (1974, 1986 et 1999). Par ailleurs, il y a une stabilité de la prévalence des problèmes émotionnels pour la même période. Au sujet de l'hyperactivité, les constatations sont moins évidentes : la prévalence a augmenté entre 1974 et 1999, passant de 8.9% à 12%, mais ce changement n'est pas significatif. Il n'y a pas de différences significative pour la période 1974-1986, malgré que l'on constate une diminution de la prévalence (de 8.9% à 7%), ni pour la période 1986-1999, où l'on constate une augmentation (de 7% à 12%). Des changements significatifs ont toutefois été remarqués chez les garçons sur le plan de la sévérité des symptômes (mesurée par le score sur l'échelle d'hyperactivité) : il y a une diminution de la sévérité des symptômes entre 1974 et 1986, et une augmentation pour la période 1986-1999 (Collishaw *et al.* 2004). Ces changements au niveau de la sévérité des symptômes peuvent entre autre s'expliquer par un changement dans la conceptualisation médicale du trouble (du DSM-II au DSM-III, puis du DSM-III au DSM-III-R). Par ailleurs les auteurs expliquent l'absence de changements significatifs par la nature des comportements d'hyperactivité : ceux-ci sont moins apparents chez les adolescents qu'ils ne le sont chez les enfants (Collishaw *et al.* 2004).

Des analyses effectuées sur des données d'une enquête nationale américaine de nature transversale entre 1990 et 1998 révèlent eux aussi des changements non-linéaires dans la prévalence de l'hyperkinésie (Robison *et al.*, 2002). Parmi les patients âgés de 5 à 18 ans, le nombre de visites chez le médecin, qui ont mené à un diagnostic de TDAH, a plus que triplé entre 1990 et 1998. Toutefois, bien que le nombre absolu de diagnostic ait augmenté pour la période, l'examen de la proportion du nombre de visite ayant mené à un diagnostic de TDAH (sur le nombre total de visite chez le médecin) n'indique pas toujours une croissance de la prévalence : 1,1% en 1990; 3,5% en 1993, 2,8% en 1995 et 3.2% en 1998 (Robison *et al.*, 2002).

Bref, la prévalence de l'hyperkinésie augmente avec les années, mais cette augmentation n'est pas nécessairement significativement différente de ce qu'elle était les années précédentes et la tendance n'est pas toujours croissante, ni linéaire. L'augmentation du nombre d'individus ayant une hyperkinésie n'explique pas à elle seule l'augmentation de la consommation de psychostimulants, puisque ce ne sont pas tous les enfants atteints d'un trouble mental, qui consomment des médicaments. De manière générale, plus de 55% des jeunes ayant un TDAH consomment des médicaments pour améliorer leur condition (Santé Canada, 1999; Visser *et al.* 2007). Cette proportion tend à augmenter avec les années : près de 60% des jeunes ayant un TDAH consommaient des psychostimulants en 1990, alors qu'ils étaient 71% de consommateurs en 1998 (Robison *et al.*, 2002). Par contre, les enfants qui prennent ces médicaments en consomment généralement sur une plus longue période qu'avant (Robison *et al.* 2002; Safer *et al.* 1996). Cette tendance relativement nouvelle peut faire gonfler le nombre de consommateurs de stimulants rapporté années après années, alors qu'en réalité le nombre de nouveaux consommateurs est faible, c'est la durée de consommation des consommateurs de psychotropes qui allonge. Dans le même ordre d'idées, le fait que le trouble persiste jusqu'à l'âge adulte (Conrad & Potter, 2000) fait sans aucun doute augmenter les taux de prévalence globaux du TDA/H et par conséquent peut aussi expliquer l'essor de la consommation de médicament.

3.2 Meilleure détection des problèmes à travers des outils diagnostiques

L'augmentation de la prévalence de l'hyperkinésie est-elle liée à des changements survenus au niveau des critères diagnostiques? Les modifications apportées aux outils diagnostiques peuvent-elles expliquer l'augmentation de la consommation de psychostimulants? Il est vrai que les critères diagnostiques de l'hyperkinésie présentés dans le *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* ont grandement évolué dans les 30 dernières années⁵. On rapporte que chacune des révisions apportées aux critères diagnostiques ont eu un impact sur la prévalence de l'hyperkinésie. À cet effet, il semble y avoir eu un accroissement dans les taux de prévalence avec chaque nouvelle version du DSM faite par l'*American Psychiatric Association (APA)* : en passant du DSM-III au DSM-III-R, la prévalence a doublé, alors que du DSM-III-R au DSM-IV la prévalence a augmenté du deux tiers (Timimi, 2002). De plus, en utilisant différentes classifications, l'on obtient des taux différents de prévalence. À cet effet, les critères diagnostiques de l'hyperkinésie, tels que présentés dans le DSM, identifient toujours plus d'individus que ceux présents dans la CIM-10 (Buitelaar, 2002; McBurnett *et al.*, 1999; Tripp *et al.*, 1999). Il est donc possible que les changements apportés aux critères diagnostiques de l'hyperkinésie soient liés aux changements survenus dans la prévalence du trouble.

Dans le cas de l'hyperkinésie, les critères diagnostiques ne sont pas nécessairement «meilleurs» d'une version à l'autre ou d'un outil à l'autre: certaines versions (par exemple le DSM-IV) permettent tout simplement d'identifier un plus grand nombre de personnes, car leurs critères sont plus inclusifs que ceux des versions précédentes (Parks Thomas *et al.* 2006; Schachar & Sergeant, 2002), ou parce qu'ils n'obligent pas à faire la distinction entre des troubles comorbides (par exemple, les troubles de conduite) et l'hyperkinésie (Buitelaar, 2002). Par ailleurs, les changements apportés aux critères diagnostiques peuvent permettre de mieux identifier certains groupes, notamment les individus ayant une inattention prédominante, les filles et les adultes.

⁵ L'évolution de la conceptualisation médicale de l'hyperkinésie, incluant les changements apportés aux critères diagnostiques, est présentée en détails dans la réponse à la question de Claire Durand.

Les critères diagnostiques du DSM-IV sont réputés mieux identifier les sous-types de l'hyperkinésie (Buitelaar, 2002), ce qui peut expliquer l'augmentation de la consommation de médicaments chez les enfants ayant une Inattention prédominante : alors que 7% des enfants sans comportement d'hyperactivité (mais ayant de l'inattention) consommaient du méthylphénidate dans les années 1970, cette proportion a grimpé à 18% dans les années 1980 (Safer *et al.* 1996). Il est possible de croire que la situation n'est pas différente pour les années 1990. Les filles sont également plus nombreuses qu'avant à consommer des stimulants (Safer *et al.* 1996), leur consommation ayant presque triplé entre 1991-1992 et 1997-1998 (Robison *et al.* 2002). L'expansion des catégories du DSM et la meilleure identification des comportements inattentifs, peut sans aucun doute avoir contribué au fait que la prévalence de TDAH chez les filles a triplé pendant la même période (Robison *et al.* 2002). Par ailleurs, le fait que les critères diagnostiques de l'hyperkinésie aient été modifiés dans le DSM-IV pour permettre l'identification des adultes, la prévalence d'adulte ayant un TDAH a augmenté, tout comme leur consommation de stimulants (Conrad & Potter, 2000).

Malgré le fait que les lignes directrices du Collège des médecins du Québec (2001) recommandent l'utilisation des critères diagnostiques du DSM-IV (APA, [1994]1996) pour identifier les enfants ayant un TDA/H, Romano *et al.* (2002) sont d'avis que le changement de version du DSM n'explique pas l'augmentation de consommation de méthylphénidate, puisque les médecins ne se baseraient pas sur les critères formels du DSM dans leur pratique. Cette affirmation est à la fois confirmée et infirmée par l'enquête de Santé Canada (1999). Les médecins interrogés dans le cadre de l'enquête rapportent qu'ils se basent principalement sur les critères du DSM-IV ou sur des critères standards (l'enquête ne précise pas lesquels). Par conséquent, les changements apportés aux critères diagnostiques liés à l'hyperkinésie peuvent affecter la pratique des médecins, particulièrement ceux qui disent se baser sur les critères officiels.

Bref, il est clair que les modifications apportées au DSM lors des différentes révisions ont eu un impact sur la prévalence de l'hyperkinésie. Les versions les plus récentes permettent une plus grande identification des individus ayant un TDAH, notamment des

inattentifs, des filles et des adultes. Par conséquent, plus grande est la prévalence, plus grandes sont les chances qu'un individu soit traité à l'aide de psychostimulants, puisque c'est le traitement de choix dans les cas d'hyperkinésie.

3.3 Arrivée sur le marché de nouveaux médicaments psychotropes

Conrad & Leiter (2004) démontrent que l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements pharmacologiques (Paxil, Viagra, hormones de croissance et fécondation in vitro) peut favoriser la médicalisation de nouvelles problématiques (anxiété, dysfonctions érectiles, petite taille et infertilité), ce qui a pour impact d'augmenter la consommation de médicaments. Dans le cas de l'hyperkinésie, l'arrivée de nouveaux médicaments peut venir renforcer la nécessité d'avoir un diagnostic, et par le fait même d'utiliser un traitement pharmacologique.

De nouveaux médicaments psychotropes principalement utilisés pour traiter les symptômes de l'hyperkinésie sont apparus récemment sur le marché. Trois nouveaux médicaments ont été acceptés par Santé Canada depuis 2003. Ces nouveaux psychotropes, deux stimulants – Concerta^{MD} et Adderall XR^{MD} - et un non-stimulant – Strattera^{MD}-, ont deux avantages majeurs : ils s'administrent en dose unique quotidienne et ils ont une longue durée d'action (de 12 à 24 heures). Ces avantages permettent une meilleure répartition du médicament tout au long de la journée et une consommation à la maison, plutôt qu'à l'école (Collège des médecins du Québec, 2006). Les désavantages sont sensiblement les mêmes que ceux des médicaments plus anciens, i.e. la possibilité d'avoir une perte d'appétit, un trouble du sommeil, une perte de poids et un ralentissement de croissance (Collège des médecins du Québec, 2006).

La popularité du méthylphénidate est en diminution depuis l'arrivée sur le marché de ces nouveaux médicaments psychotropes. Des analyses effectuées par Robison *et al.* (2002), à partir des données d'une enquête nationale américaine sur les soins de santé, indiquent qu'alors que le méthylphénidate comptait pour près de 90% des prescriptions de psychostimulants chez les enfants ayant un TDAH entre 1990 et 1996, cette proportion

n'était plus que de 66% entre 1997 et 1998. Toutefois, de plus en plus d'adultes consomment du méthylphénidate, depuis que ce médicament est utilisé hors indication principale chez les adultes (Conrad & Leiter, 2004) et il est fort possible que la consommation « illégale » ou hors indication principale de stimulants est également en hausse chez les étudiants collégiaux et universitaires, qui en prennent pour améliorer leur capacité d'apprentissage et leur performance scolaire.

Encore plus importante que l'arrivée de nouveaux médicaments sur le marché, une modification majeure dans les lois américaines concernant les médicaments (Parks Thomas *et al.* 2006) peut sans doute expliquer, du moins partiellement, l'accroissement du recours au médicament. Voté en 1997, mais appliqué en 1999, le *Federal Drug Administration Modernization Act* a réduit les restrictions concernant les prescriptions hors indication principale et a donné la possibilité aux compagnies pharmaceutiques de faire de la publicité directe aux consommateurs (Conrad & Leiter, 2004; Parks Thomas *et al.* 2006). Parmi les techniques utilisées par les compagnies pharmaceutiques pour faire connaître leurs produits, il y a celles qui ciblent les spécialistes de la santé à l'aide de publicités dans les journaux médicaux, de visites au cabinet du médecin, de séminaires et de symposiums toutes dépenses payées; et celles qui visent directement les consommateurs par des slogans accrocheurs, des publicités télévisées et des campagnes de sensibilisation et d'éducation aux bienfaits des médicaments (Cohen *et al.* 2001). Depuis la modification de la loi américaine, l'industrie pharmaceutique a, entre 1996 et 2000, triplé ses dépenses annuelles de publicités, principalement des pubs télévisées ciblant directement les consommateurs (Conrad & Leiter, 2004; Parks Thomas *et al.* 2006), les plus grandes dépenses ayant eu lieu après 1997 (Parks Thomas *et al.* 2006). Il est également rapporté que le budget des compagnies pharmaceutiques alloué à la publicité est plus grand que celui alloué à la recherche (Cohen *et al.* 2001) : il est connu que la publicité directe aux consommateurs est efficace pour faire augmenter la demande d'un traitement médical, principalement pharmacologique (Conrad & Leiter, 2004).

L'avènement de la publicité et du marketing des médicaments par les compagnies pharmaceutiques, des années 1950 à nos jours, mène d'une part à une utilisation

grandissante de psychostimulants pour traiter les problèmes de santé mentale, et d'autre part, cela permet de développer l'intérêt grandissant pour la santé mentale des enfants et pour la pédopsychiatrie (Conrad & Schneider, [1980] 1992). Les médecins ayant été sensibilisés aux comportements hyperactifs des enfants, ils auront davantage tendance à diagnostiquer un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et ils auront également plus recours au traitement pharmacologique pour traiter les symptômes de ces enfants (Conrad & Schneider, [1980]1992).

Nouveaux médicaments et nouvelles lois publicitaires aidant, la médication est un traitement de plus en plus accepté par le public dans les cas d'hyperkinésie (Santé Canada, 1999; Parks Thomas *et al.* 2006; Safer *et al.* 1996), les médecins sont de moins en moins réticents à prescrire des médicaments aux enfants et aux adolescents (Parks Thomas *et al.* 2006) et le manque de ressources pour d'autres types d'interventions agit en faveur des traitements pharmacologiques (Santé Canada, 1999; Maughan *et al.* 2005). De plus, les médecins canadiens, interviewés dans le cadre de l'enquête de Santé Canada (1999), perçoivent que les parents préfèrent les traitements pharmacologiques de l'hyperkinésie, car cette solution est plus facile, demande moins de temps et est moins coûteuse que plusieurs interventions psychologiques. Toutes ces raisons peuvent également expliquer l'augmentation de la consommation de médicament pour traiter les symptômes de l'hyperkinésie.

3.4 Diminution de la tolérance face à la souffrance et au dysfonctionnement social

La diminution de la tolérance face à la souffrance et au dysfonctionnement social peut également jouer un rôle dans le phénomène de l'accroissement du recours au médicament psychotrope. Trois phénomènes permettant d'établir ce fait sont présentées ici: la médicalisation des comportements déviants et autres problèmes non-médicaux; la démocratisation des médicaments et la société de la performance.

3.4.1 Médicalisation des problèmes non-médicaux

L'accroissement de la prise en charge par la médecine de problèmes non-médicaux (par exemple, la déviance) suggère que la société tolère de moins en moins les dysfonctions sociales et leurs cherche des explications et des solutions. Le changement dans la conceptualisation de la déviance a amené un changement dans la part de responsabilité individuelle. Auparavant considérés comme péchés ou criminels, et par conséquent incombant à la totale responsabilité à l'individu, les comportements désignés comme étant déviants sont maintenant plus souvent conceptualisés comme étant une maladie, ce qui amène une déresponsabilisation de l'individu (Conrad & Schneider, [1980], 1992). La médicalisation permet d'enlever le blâme de l'individu, alors que la consommation de médicaments légitimise le statut de maladie, par conséquent tout cela permet de réduire l'inconfort personnel et le sentiment d'être dysfonctionnel. L'accroissement de la médicalisation a peut-être favorisé l'opinion selon laquelle les médicaments permettent de résoudre des problèmes autres que des problèmes physiques.

3.4.2 Démocratisation des médicaments – pour tous et pour tous les problèmes

L'arrivée en 1987 du Prozac^{MD}, un antidépresseur, a joué en faveur d'une consommation accrue de médicament pour traiter toutes sortes de problèmes (Conrad & Potter, 2000). Ce médicament a été publicisé comme étant un médicament « énergisant la psyché » (Conrad & Potter, 2000 : 571) qui permettait l'amélioration du bien-être des individus. Le Prozac^{MD} n'était plus seulement destiné aux gens ayant un trouble grave, il était désormais popularisé auprès des gens ayant des troubles et des souffrances légères. L'impact de l'arrivée de ce médicament a été de démocratiser la consommation de médicaments : l'idée que le médicament pouvait avoir des effets bénéfiques pour tout le monde et pour toutes sortes de problèmes a commencé à être de plus en plus acceptée, par conséquent le médicament de plus en plus utilisé. D'autres médicaments, dont le Paxil^{MD}, ont suivi la vague. Ce médicament initialement utilisé pour traiter la dépression est maintenant employé dans le traitement des symptômes de l'anxiété généralisée et de l'anxiété sociale (Conrad & Leiter, 2004). Des problèmes non-médicaux, tels la gêne et l'inquiétude, ont été indirectement médicalisés par l'introduction du Paxil^{MD} sur le marché pharmaceutique (Conrad & Leiter, 2004). C'est également à cette époque que le

diagnostic de TDA/H et les prescriptions de Ritalin^{MD} sont devenus plus fréquents chez les adultes (Conrad & Potter, 2000). Ceux qui étaient désormais diagnostiqués et qui manifestaient les comportements de l'hyperkinésie depuis leur enfance, avaient maintenant la chance d'identifier et de nommer leur condition dérangeante, mais surtout de régler à l'aide d'un médicament certaines difficultés de leur vie.

La consommation de psychostimulants est de moins en moins liée à une cause psychologique, mais plutôt à un événement concret (deuil) ou à un sentiment (peur, isolement) (Collin *et al.* 2005). Les comportements qui constituaient autrefois une réponse à un événement difficile, tels un deuil, sont maintenant atténués par un traitement pharmacologique (Timimi, 2006). Ce recours au médicament pour améliorer certains aspects de la vie est en quelque sorte accepté par la culture américaine qui valorise le bonheur et le succès et qui par conséquent tolère plusieurs moyens pris pour les atteindre, notamment la consommation de médicaments (Cohen, 2006).

3.4.3 Culture de la performance

La « société de la performance », caractéristique des sociétés occidentales contemporaines, est une thématique souvent abordée dans les médias contemporains et par les sciences sociales. Le besoin, le désir et l'obligation de performance touche plusieurs domaines de la vie personnelle, les plus connus étant l'éducation, le travail, la sexualité et le sport. Dans ce contexte de productivité, une diminution de la performance peut être perçue comme une dysfonction sociale qu'il faille à tout prix cacher ou régler. Présentant la théorie de Lawrence Diller concernant l'utilisation de psychotropes pour régler les problèmes de sous-performance, Cohen (2006) rapporte que l'amélioration de la performance, notamment par le recours au médicament, est politiquement correcte, mais encore taboue.

L'expansion du diagnostic de l'hyperkinésie aux adultes est souvent associée à un problème de sous-performance (Conrad & Potter 2000). Les adultes ayant de la difficulté à se concentrer ou à travailler de longues heures se perçoivent comme moins productifs, moins performants et cherchent alors une explication et une solution à leur dysfonction.

Plus souvent qu'autrement, ce sont les patients adultes eux-mêmes qui suggèrent le diagnostic d'hyperkinésie au médecin (Conrad & Potter, 2000). Le diagnostic leur permet alors de fournir une explication au problème de sous-performance et de diminuer leur part de responsabilité personnelle, alors que la prise de médicament leur permet de revenir au niveau de performance souhaité (Conrad & Potter, 2000). Le diagnostic de TDA/H chez les adultes et son traitement pharmacologique permet de créer une « excuse médicale » (Conrad & Potter, 2000: 573) aux comportements déviants.

Cette tendance de performance n'épargne malheureusement pas les enfants et les jeunes. L'école s'attend des enfants qu'ils soient performants, en ce sens qu'ils manifestent des comportements facilitant l'apprentissage et qu'ils réussissent au-delà d'un certain niveau (Brancaccio, 2000; Singh, 2006). Lorsque les enfants ne répondent pas à ces exigences, ils sont immédiatement identifiés par leurs enseignants comme étant sous-performant et, à l'instar des adultes, le diagnostic d'hyperkinésie et le traitement pharmacologique vise à corriger le problème.

Le cas des enfants est toutefois particulier, puisque comme le mentionne Singh (2002 :599) « [...] children do not ask for Ritalin; adults do. ». De plus, les enfants ne se désignent pas eux-mêmes comme ayant un TDAH (ou un problème de performance), ce sont les adultes, plus souvent les parents et les enseignants, qui les étiquettent (Conrad [1975] 2006; Conrad & Schneider, [1980] 1992). Ce phénomène laisse peut-être entrevoir que le problème est plutôt associé à la dysfonction des parents (de leur pratiques parentales ou de leur tolérance) et à la sous-performance des enseignants. D'une part, il a été suggéré que la pose d'un diagnostic chez l'enfant minimise la faute des parents (Conrad & Schneider, [1980] 1992). C'est donc la propre dysfonction des parents qui est soulagée par l'action médicale. D'autre part, les comportements identifiés comme étant déviants dans le cadre scolaire sont principalement ceux qui représentent à la fois un défi et une frustration pour les enseignants (Neufeld & Fox, 2006). Ces derniers ont donc plus de difficulté à gérer leur classe et à y maintenir l'ordre, par conséquent, l'apprentissage est plus difficile et les enfants réussissent moins bien. Les enseignants peuvent être blâmés, leurs compétences remises en question ou cela peut représenter un problème de

performance. Neufeld & Fox (2006) rappellent que la punition corporelle n'est plus admise à l'école : le nouvel outil de management pour la classe est maintenant le Ritalin^{MD}. L'identification et la médicalisation des comportements déviants des enfants, en plus du traitement pharmacologique qui s'ensuit, ont un impact positif sur le travail de l'enseignant, lui permettant de revenir à une performance plus acceptable.

3.4.4 Synthèse

Bref, la dysfonction sociale est de moins en moins tolérée et cela est constaté par l'accroissement de la médicalisation des problèmes non-médicaux. Par ailleurs, l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments psychotropes, dont le Prozac^{MD} et le Paxil^{MD}, a permis d'accroître l'utilisation de médicaments à des problèmes de la vie courante. Finalement, la société de performance, qui est une caractéristique contemporaine de la société, met une pression sur la performance et ceux qui ne peuvent l'atteindre sont traités pharmacologiquement.

4. Conclusion

L'objectif de ce travail était d'expliquer l'augmentation de la consommation de médicaments utilisés dans le traitement de l'hyperkinésie en répondant à la question suivante : *Le phénomène de l'accroissement du recours au médicament psychotrope dans nos sociétés occidentales contemporaines constitue, en quelque sorte, un fait social total au sens où l'entend Mauss. Est-il lié à un accroissement des problèmes de santé mentale? à une meilleure détection de ceux-ci à travers des outils diagnostiques (DSM), à l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments psychotropes? à une diminution de la tolérance de notre société face à la souffrance psychique et au dysfonctionnement social? Ou la convergence de tous ces facteurs? En prenant appui, d'une part, sur la réflexion sociologique concernant la médicalisation et d'autre part sur celle qui concerne la centralité des préoccupations concernant la santé mentale dans nos sociétés occidentales contemporaines, situez la question du TDAH.*

Le travail a tout d'abord permis de vérifier que l'on assiste effectivement à une augmentation de la consommation de médicaments psychotropes, notamment de psychostimulants, depuis quelques années. Il a ensuite été possible de constater que l'accroissement du recours au médicament psychotrope, spécifique à la problématique de l'hyperkinésie, est dû à la combinaison de plusieurs facteurs et peut donc être considéré comme un fait social total.

Ainsi, le contexte socio-historique dans lequel se situe cet accroissement, notamment la médicalisation des comportements déviants, la médicalisation de l'éducation, la révolution pharmaceutique et les campagnes publicitaires employées par les compagnies pharmaceutiques, combiné à des changements de mentalité chez les acteurs principaux (médecins, patients) ont joué un rôle dans les tendances de consommation de psychostimulants.

Par ailleurs, bien que ce ne soient pas tous les enfants ayant une hyperkinésie qui consomment des médicaments, l'augmentation du nombre d'individu ayant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité peut tout de même amener une augmentation de la consommation de psychostimulants. La plus grande inclusion des critères diagnostiques récents, l'augmentation de la proportion de ces individus à être traité à l'aide d'interventions pharmacologiques, l'arrivée sur le marché de plusieurs nouveaux médicaments pour traiter l'hyperkinésie et les changements survenus dans les lois concernant la publicité médicale ont également contribué au phénomène. De même, le fait que la société contemporaine soit caractérisée comme étant une société de performance, où de plus en plus de problèmes sont médicalisés et où, par conséquent, la tolérance à la dysfonction sociale est réduite influence sans aucun doute la de consommation de médicaments à la hausse.

Pour toutes ces raisons, il semble très probable que l'accroissement du recours au médicament psychotrope est un phénomène qui ne cessera pas de sitôt.

Références

American Psychiatric Association [1994] (1996), Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e version, Traduction française, Paris, Masson.

Brancaccio, M.T. (2000). Educational hyperactivity: the historical emergence of a concept, *Intercultural education*, 11(2): 165-177

Brownell, M.D. & Yogendran, M.S. (2001). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Manitoba children: Medical diagnosis and psychostimulant treatment rates, *Canadian Journal of Psychiatry*, 46:264-272.

Buitelaar, J.K. (2002). Epidemiological aspects: what we have learned over the last decade? In Sandberg, S. (editor) *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood*, Second Edition, Cambridge University Press.

Cohen, D. (2006). How does the decision to medicate children arise in cases of “ADHD”? Views of parents and professionals in Canada, In Lloyd, G., Stead, J. & Cohen, D. (2006) *Critical New Perspectives on ADHD*. Routledge.

Cohen, D., McCubbin, M., Collin, J. & Pérodeau, G. (2001). Medications as social phenomena, *Health*, 5(4):441-469.

Cohen, S. (1983). The mental hygiene movement, the development of personality and the school: the medicalization of American education, *History of Education Quarterly*, 23(2):123-149.

Collège des médecins du Québec (2006). *Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Traitement pharmacologique (Mise à jour)*. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec. Disponible au : <http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Lignes-TDAH-mise-a-jour-pharmaco-2006.pdf>

Collège des médecins du Québec (2001). *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central*. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec. Disponible au : <http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Lignes%20TDAH%20et%20ritalin%20FR%2001.pdf>

Collin, J., Doucet, H., Lafortune, D., Monnais, L., Otero, M., Blanc, M.-E. & Proulx, M. (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*. Rapport de recherche présenté au Conseil de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec.

Collinshaw, S., Maughan, B., Goodman, R. & Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8):1350-1362.

Conrad, P. [1975] (2006). *Identifying Hyperactive Children. The Medicalization of Deviant Behavior*. Expanded edition, Ashgate Classics in Sociology.

Conrad, P. & Leiter, V. (2004). Medicalization, markets and consumers, *Journal of Health and Social Behavior*, 45(extra issue): 158-176.

Conrad, P. & Potter, D. (2000). From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories, *Social Problems*, 47(4), 559-582.

Conrad, P. & Schneider, J.W. [1980] (1992) *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Expanded edition, with a new afterword. Temple University Press, Philadelphia.

Maughan, B., Iervolino, A.C. & Collishaw, S. (2005). Time trends in child and adolescent mental disorders, *Current Opinion in Psychiatry*, 18:381-385.

Mauss, M. (1923-1924). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives*. L'Année sociologique, seconde série. Disponible sur Internet : http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/2_essai_sur_le_don/essai_sur_le_don.html

McBurnett *et al.* (1999). Experimental Cross-Validation of DSM-IV Types of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(1), 17-24.

Neufeld, P. & Fox, M. (2006). Historical reflections on the ascendancy of ADHD in North America, c.1980 - c.2005, *British Journal of Educational Studies*, 54(4):449-470.

Parks Thomas, C., Conrad, P., Casler, R. & Goodman, E. (2006). Trends in the use of psychotropic medications among adolescents, 1994-2001, *Psychiatrics Services*, 57(1):63-69.

Robison, L.M., Skaer, T.L., Sclar, D.A. & Galin, R.S. (2002). Is Attention Deficit Hyperactivity Disorder increasing among girls in the US? Trends in diagnosis and the prescribing of stimulants, *CNS Drugs*, 16(2):129-137.

Romano, E., Baillargeon, R.H., Wu, H.-X., Robaey, P. & Tremblay, R.E. (2002). Prevalence of methylphenidate use and change over a two-year period: A nationwide study of 2- to 11-year-old Canadian children, *The Journal of Pediatrics*, 141(1):71-75.

Safer, D. J., Zito, J.M. & Fine, E.M. (1996). Increased methylphenidate usage for Attention Deficit Disorder in the 1990s, *Pediatrics*, 98(6):1084-1088

Santé Canada (1999). Enquête sur le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA). Diagnostic et traitement au méthylphénidate chez les médecins canadiens. Rapport Final. Disponible au :

http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/pubs/medeff/_res-rec/1999-methylphenidate_adhd-thada/index-fra.php

Schachar, R. & Sergeant, J.A. (2002) Classification Issues. In Sandberg, S. (editor) *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood*, Second Edition, Cambridge University Press.

Scheffler, R.M., Hinshaw, S.P., Modrek, S. & Levine, P. (2007). The global market for ADHD medication, *Health Affairs*, 26(2): 450-457

Singh, I. (2006). A framework for understanding trends in ADHD diagnoses and stimulant drug treatment: schools and schooling as a case study, *BioSocieties*, 1: 439-452.

Singh, I. (2002). Bad boys, good mothers and the “miracle” of Ritalin, *Science in Context*, 15(4):577-603.

Timimi, S. (2006). Children's mental health. The role of culture, markets and prescribed drugs, *Public Policy Research*, March-May 2006: 35-42.

Timimi, S. (2002). *Pathological Child Psychiatry and the medicalization of Childhood*. Brunner-Routledge:UK.

Tripp, G., Luk, S.L., Schaughency, E.A & Singh, R. (1999). DSM-IV and ICD-10: A Comparison of the Correlates of ADHD and Hyperkinetic Disorder, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(2), 157-164.