

Pasde0deConduite

20 rue des Martyrs

75009 Paris

Courriel : contact@pasde0deconduite.org

Paris, le 21 juin 2013

Monsieur le Professeur Jean-Luc HAROUSSEAU
Président du Collège de
la Haute Autorité de Santé

Monsieur le Président,

Le collectif « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans » a pris note avec inquiétude du projet de la Haute Autorité de Santé de proposer des recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant les enfants et les adolescents présentant « un déficit de l'attention et/ou un problème d'agitation ».

Ce collectif, qui regroupe la plus grande partie des professionnels de la petite enfance, de même que de nombreux parents, tient à vous rappeler plusieurs points essentiels concernant la prévention psychologique auprès des enfants et adolescents, afin que votre projet final n'utilise pas une méthodologie dont nous avons démontré les erreurs, et qui conduit à des dérives très négatives pour la santé psychique des enfants et adolescents.

Cette méthodologie erronée est celle que l'INSERM avait utilisé en 2005, dans son rapport concernant le dépistage précoce du trouble des conduites chez l'enfant. Notre mouvement s'est créé dans la critique de cette méthodologie et dans la dénonciation de ses graves risques pour les enfants et adolescents. Suite à la démonstration, solidement argumentée, à partir de multiples points d'entrée scientifiques et cliniques que nous avons alors développés, l'Inserm avait d'ailleurs fait amende honorable lors du colloque du 14 novembre 2006 sous la présidence du ministre de la santé. L'Inserm s'était alors engagée à modifier ses méthodes d'expertises en santé mentale.

Il est très regrettable que la méthodologie alors utilisée par l'INSERM, dont nous avons pourtant démontré les limites, ait malgré tout été réutilisée pour justifier des recommandations de la HAS sur la prise en charge des enfants et des adolescents présentant des « troubles envahissants du développement », conduisant aux mêmes dérives.

Cette approche consiste à prétendre traiter un problème de santé psychologique (ou santé mentale) comme s'il s'agissait d'un problème de santé somatique et en le simplifiant : là où tout démontre qu'une approche multidisciplinaire est nécessaire, l'erreur est de ne porter qu'un regard essentiellement médicalisé, orienté par la dimension biologique, et réducteur. L'autre erreur est de travailler sans le recours à l'expérience accumulée par les professionnels de terrain, sans tenir compte ni de l'organisation de la prévention et des soins psychiques en France ni de la politique de santé mentale infanto-juvénile, certes toujours perfectible, mise en place depuis plusieurs décennies dans notre pays et pourtant bien mal défendue ces dernières années.

Nous en appelons donc au discernement du collège de la HAS sur des recommandations concernant les enfants présentant des difficultés dans le domaine de l'attention et de la psychomotricité. Alors que l'agitation, les difficultés de concentration chez l'enfant peuvent relever de causes multiples, et doivent susciter des réponses variées, la HAS dans son projet actuel, rabat cette multiplicité sur un syndrome beaucoup moins fréquent, le « trouble déficit de l'attention/hyperactivité ».

Or, comme vous le savez, les définitions de ce trouble retenues dans la classification DSM V et l'utilisation de ce diagnostic sont de plus en plus contestées. Aux Etats-Unis et dans d'autres pays, il a entraîné une inflation quasi automatique et inquiétante des prescriptions médicamenteuses de produits type méthylphénidate (un amphétaminique) ou autres. L'alignement de la HAS sur une position qui, même aux Etats-Unis, est loin d'être consensuelle mais qui prédomine dans la littérature internationale dédiée à ce thème pour des raisons probablement davantage liées au marché qu'à l'état des connaissances scientifiques disponibles, serait extrêmement dommageable (*voir l'article de F. Gonon, directeur de recherche au CNRS, "La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?" - Revue Esprit, Nov. 2011*).

Le collectif *Pas de 0 de conduite* rappelle donc plusieurs points, sur lesquels porteront sa vigilance et sa réactivité.

1) Les procédures diagnostiques recommandées doivent s'effectuer en établissant des liens avec l'enfant et les parents d'une part et les médecins, généralistes et spécialistes, d'autre part. Les difficultés de l'attention et de la psychomotricité chez l'enfant et l'adolescent concernent une population très hétérogène. Chaque situation clinique doit être envisagée de manière spécifique, en tenant compte de l'organisation psychologique d'ensemble du sujet, de son équipement somatique, des difficultés existentielles qu'il peut rencontrer du fait des contraintes personnelles qui pèsent sur lui, mais aussi des facteurs environnementaux, sociaux et familiaux. Une évaluation clinique ouverte à cette diversité des facteurs, respectueuse de la sensibilité particulière de chaque enfant, ne saurait être remplacée par des mesures quantifiantes issues de questionnaires qui ne retiennent que les aspects symptomatiques ou comportementaux les plus évidents. Les systématiser ne saurait se substituer à une médecine et à une psychologie de la personne, a fortiori à une prise en charge raisonnée et globale.

2) Reconnaître les difficultés d'un enfant est essentiel, mais d'une façon telle que ce ne soit pas préjudiciable à la trajectoire de l'enfant concerné.

Cette reconnaissance ouvre à la réflexion sur la nature et la fonction des difficultés. Mais elle ne doit aboutir ni à la stigmatisation des enfants concernés, ni à une psychiatisation d'un mal être en réponse à un environnement institutionnel inadapté, ni à la croissance exponentielle du nombre d'enfants dits handicapés, notamment par l'inclusion de situations pour lesquelles la reconnaissance d'un supposé handicap risquerait d'être préjudiciable à la trajectoire développementale ou au projet de vie de l'enfant concerné.

3) La prescription de médicaments psychotropes doit être limitée.

La réponse à donner à un problème aussi complexe n'est pas de proposer une extension de la prescription de Méthylphénidate ou d'autres produits. Ce médicament peut, certes, avoir son intérêt pour certains enfants très démunis et envahis, placés dans certaines situations, à certains moments. Mais son administration ne constitue en aucun cas une réponse suffisante : elle doit être encadrée par un soutien psychologique cohérent de l'enfant, comme de sa famille et accompagnée par d'autres mesures thérapeutiques corporelles, artistiques,

socialisantes... Aucune disposition tendant à faire abandonner les mesures de précaution actuelles quant à la prescription de ces produits ne peut être approuvée.

L'argument d'une « sous-prescription » de Méthylphénidate en France pour justifier une extension de la prescription médicamenteuse est un artifice. Une telle affirmation pose problème tant au niveau de ce qui la fonde que de ses conséquences. Aucune étude n'a montré à ce jour que le taux de prescription de psychotropes, dans un pays donné, avait montré ses avantages, à long terme, dans l'évolution globale de la santé mentale des enfants et adolescents.

4) Le partenariat des familles et des équipes de soins avec les autres professionnels impliqués dans la vie de l'enfant, notamment ceux de l'éducation nationale, ne doit avoir aucun caractère imposé voire coercitif.

Ce partenariat peut ponctuellement s'avérer nécessaire. Mais il ne peut avoir d'efficacité réelle que s'il est proposé et individualisé. Un maillage imposé, des dépistages et des diagnostics trop hâtifs, des injonctions de soins, à propos d'enfants exprimant une difficulté, consisteraient à dévier l'école de ses missions.

5) L'accès à des soins de qualité pour tout enfant doit être simple.

Ceci nécessite une politique de santé en direction des enfants et des adolescents qui préserve l'existant, améliore les défaillances et les insuffisances, évite de proposer des mesures compliquant les trajectoires des soins ou de multiplier les centres experts au détriment des dispositifs de proximité et pluridisciplinaires.

Nous sommes sensibles au désarroi des familles qui ne trouvent pas de réponse aux problèmes de santé concernant un ou plusieurs de leurs enfants. Il conviendrait de prendre la mesure de l'absence de soutien et de l'abandon dans lequel sont laissées certaines zones géographiques ou des populations particulièrement en difficulté, en ce qui concerne l'information, le soutien des familles, la prévention et l'accès aux soins. Plutôt que les invalider et de les exclure, il serait plus productif de mobiliser et de renforcer le réseau d'information, de prévention et de soins constitué par les secteurs de pédopsychiatrie et les CMPP.

6) Nous préconisons une valorisation des services et des initiatives de prévention prévenante.

Nous proposons que le travail de la HAS, qui concerne les enfants de 6 ans, intègre une réflexion sur les mesures préventives, dans le sens d'une prévention prévenante et non prédictive, pour des enfants plus jeunes présentant des signes de souffrance ou de mal-être.

Nous sommes vigilants face à une dérive qui viserait à l'adaptation à tout prix des enfants sans porter attention aux enjeux concernant la construction de leur subjectivité, qui peut parfois prendre des formes originales et éventuellement non-conformes à celles arrêtées plus ou moins arbitrairement par quelque instance officielle.

Nous souhaitons que les recommandations de la H.A.S sachent prendre en compte la dimension non linéaire du parcours de chaque enfant et reconnaissent la singularité, la variabilité et la liberté des processus du développement.

Enfin, il nous paraît important que ces recommandations ne soient pas une énième dénonciation d'un nouveau « scandale français » concernant les « soit-disant » retards de diagnostic et insuffisances de traitement. La méconnaissance imputée aux professionnels de santé concernant les problèmes d'attention ou les troubles de la psychomotricité, dont la clinique est décrite depuis plus d'un siècle, nous semble plutôt être une méconnaissance du travail accompli par des professionnels d'expérience, reconnu et qui inspire de multiples pays. Les professionnels de santé ont besoin du soutien de leurs autorités de tutelles pour améliorer et poursuivre leurs pratiques au service de la population.

Les parents ont besoin de professionnels formés, compétents et indépendants, présents et à proximité.

Les enfants qui expriment une souffrance, un problème, un mal être, à travers des tensions, de l'agitation, ont besoin que les adultes qui les entourent cherchent, pour chaque enfant, ensemble et dans la sérénité et la confiance les réponses à lui apporter.

Nous vous remercions, Monsieur le Président, de bien vouloir prendre en considération les remarques du collectif « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans » et de veiller à ce que les recommandations ne favorisent pas des intérêts particuliers, autres que ceux des enfants et de leurs familles, au détriment de l'intérêt général.

Nous vous prions d'accepter, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.



Pr Bernard GOLSE
Chef de service de
pédopsychiatrie
CHU Necker Enfants-Malades



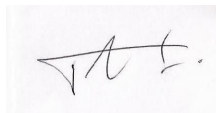
Pr Pierre DELION
Chef de service de
pédopsychiatrie
CHRU de Lille



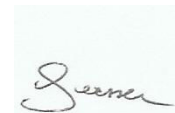
Pr Roland GORI
Psychanalyste
Professeur d'Université



Dominique RATIA-ARMENGOL
Présidente de l'Association
Nationale des Psychologues
pour la petite enfance
(ANAPSY-pe)



Dr Roger TEBOUL
Président de l'Association des
psychiatres de secteur infanto-
juvénile (API)



Dr Pierre SUESSER
Président du Syndicat national des
médecins de PMI