



forumadd

ADD, ADHD, TGD, TEA, TOD, TOC, Bipolaridad...

Cuestionando etiquetas



FUNDACIÓN
Sociedades Complejas
PROYECTOS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Patrocina
N
noveduc

Consensus D'experts du Domaine de la Santé Sur Le Syndrome Dit De « Trouble Par Déficit D'attention Avec Ou Sans Hyperactivité »

Nous soussignés, professionnels de trajectoire reconnue dans les domaines de la psychologie, la psychiatrie, la neurologie, la pédiatrie, la médecine familiale, la psychopédagogie et la psycho-motricité, voulons présenter au Ministère de la Santé, à l'unanimité, la demande suivante:

Nous assistons aujourd'hui à une multiplicité de « diagnostics » psychopathologiques et thérapeutiques qui simplifient les déterminations des troubles infantiles et reviennent à une conception réductionniste des problématiques psychopathologiques et de leur traitement. Cette conception utilise d'une manière particulièrement inappropriée les remarquables progrès réalisés dans le domaine des neurosciences, pour en dériver, illégitimement, un biologie extrême qui n'accorde aucune valeur à la complexité des processus subjectifs de l'être humain. En procédant d'une manière sommaire, schématique et dépourvue de véritable rigueur scientifique, des diagnostics sont faits, voire de nouveaux tableaux cliniques postulés, à partir d'observations et de regroupements arbitraires de traits, souvent basés sur des notions anciennes et confuses. C'est le cas du syndrome dit de « Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité » (ADD/ADHD). (Lasa Zulueta, 2001; Cáceres, L., 2000; Misés, R, 2004; Golse, 2003; B, Armstrong, Th, 2000; Morin, E., 1994; Fournier, P., 2004).

Ce diagnostic se fait généralement sur la base de questionnaires présentés à des parents et/ou à des instituteurs, et le traitement le plus souvent indiqué est : prise de médicaments et modification de la conduite.

Cela aboutit à un traitement médicamenteux très précoce, qui ne guérit pas les enfants (on leur donne les produits selon la situation : par exemple, quand ils vont à l'école). Dans nombre de cas, le traitement retarde l'apparition d'une symptomatologie grave qui fera éclosion a posteriori, ou bien occulte des dégradations qui s'approfondiront tout au long de la vie. Dans d'autres cas, les médicaments permettent une fausse régulation de la conduite, et en même temps laissent l'enfant livré à d'ultérieures impulsions adolescentes, car ils ne produisent pas de modifications de fond sur les motivations qui pourraient les régler. Il faut tenir compte, en effet, que les médicaments, aussi bien que la « modification de la conduite », tendent à étouffer les symptômes, et permettent finalement que personne ne s'interroge sérieusement sur ce qui les détermine, ni dans quel contexte ils se manifestent. La tentation existe donc pour tous les adultes - aussi bien pour les professionnels que pour les parents-, d'arrêter les manifestations de l'enfant sans rien changer dans son entourage et sans plonger dans son psychisme, dans ses angoisses et dans ses craintes. (Bleichmar S, 1998; Gaillard, 2004; Levin, E, 2004; Lasa Zulueta, 2001).

C'est-à-dire : on applique d'abord au patient d'une manière invalidante le diagnostic d'un « déficit » à vie; après quoi, on lui prescrit des médicaments et l'on tente de modifier sa conduite. On procède ainsi à une sorte d'étiquetage, réduisant la complexité de la vie psychique de l'enfant à un paradigme simplificateur. Au lieu d'un psychisme en cours de structuration, en continue croissance, où le conflit est fondateur et où tout effet est complexe, on suppose, exclusivement, un « déficit » neurologique. (Berger, M, 2005; Janin, B, 2004; Rodulfo, R, 1992; Breeding J, 1996)

Nous avons rencontré des enfants chez qui l'on a diagnostiqué ADD (ou ADHD), alors qu'ils



forumadd

ADD, ADHD, TGD, TEA, TOD, TOC, Bipolaridad...

Cuestionando etiquetas



FUNDACIÓN
Sociedades Complejas
PROYECTOS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Patrocina
N
noveduc

présentent des tableaux psychotiques, d'autres qui sont en processus de deuil ou qui ont subi des changements successifs (adoptions, migrations, etc.). Et il est également fréquent de retrouver ce diagnostic chez des enfants qui ont été victimes d'épisodes de violence, y compris l'abus sexuel. (Bleichmar, S., 1998; Touati, B, 2003; Janin, B, 2004.)

En même temps, les médias abordent le sujet, presque comme s'il s'agissait d'une sorte d'épidémie. Ils diffusent ses caractéristiques, ainsi que ses modes de détection et de traitement. Sont ainsi banalisés aussi bien le diagnostic que le recours aux médicaments. À la limite, n'importe quel enfant, du simple fait d'être enfant, et donc inquiet, explorateur et remuant, devient suspect de souffrir un déficit d'attention, même si un très grand nombre de ceux-là montrent une parfaite capacité de concentration lorsqu'il s'agit de quelque chose qui les intéresse vraiment. (Armstrong, 2000)

Nous savons que les problèmes d'apprentissage aboutissent très souvent à une consultation, et qu'ils compliquent d'autant plus la vie de l'enfant qu'ils le montrent en échec là où il se trouve exposé au regard social. « Il est inattentif en classe » apparaît comme une plainte réitérée des adultes, qui englobent dans cette phrase une grande partie des difficultés scolaires. Il y a des écoles primaires où une quantité alarmante d'élèves reçoivent un traitement médicamenteux pour ADD, sans que l'on se pose de questions sur les difficultés que présentent les adultes de l'école à contenir, à transmettre et à éduquer, et sur le type de stimulations que subissent ces enfants à l'intérieur et à l'extérieur de l'école. Autrement dit : l'enfant est supposé l'acteur unique du processus d'apprentissage. (Frizzera, O, Heuser, C, 2004; Untoiglich, G, 2004; Kremenchuzky J, 2004)

À notre idée, les enfants qui n'arrivent pas à soutenir l'attention sur les contenus scolaires, qui ne restent pas assis en classe, ou qui ont l'esprit ailleurs - comme « sur une autre planète » - expriment par ces conduites des conflictuelles diverses. (Bergés, J, 1990; Janin, B, 2004). À une époque où les adultes sont en crise, ce mode de traitement ne tient pas compte de l'incidence du contexte, malgré les recherches qui démontrent l'importance du milieu où évolue l'enfant. (Armstrong Th, 2000; Duché, D, 1996; Berger, M., 2005; Jensen et al, 1997; Harrison, Ch, 2002).

L'être humain étant l'effet d'une histoire et d'un entourage, impossible à concevoir de manière isolée, il nous faut également penser dans quelles situations, à quel moment et avec qui, apparaît ce fonctionnement. La famille, fondamentalement, mais aussi l'école, sont des institutions qui exercent de l'influence sur cette constitution. Des institutions marquées à leur tour par la société à laquelle elles appartiennent. (Armstrong Th, 2000; Winnicott D, 1971; Massie, H.y Rosenthal, J, 1986; Shore, A N, 1994; Bick, E, 1968; Rojas, M.C., 2004; Bleichmar S, 1986).

Les enfants inattentifs et hyperactifs rendent-ils compte de quelque chose qui arrive de nos jours? Les parents débordés, les parents déprimés, les enseignants dépassés par les exigences, un milieu où la parole a progressivement perdu sa valeur, et des normes qui sont souvent confuses : tout cela aurait-il quelque incidence sur la difficulté à écouter en classe? (Duché, D, 1996; Fernández, A, 2000; Golse, B., 2003; Fournoret, P, 2004; Jensen, PS, 1997) Peut-être faudrait-il prendre également en compte – ce qui n'a pas encore été fait- la grande contradiction existante entre les stimulations à durée brève et rapide auxquelles les enfants sont accoutumés très tôt par la télévision et l'ordinateur, dont les messages à prédominance visuelle ne durent souvent que quelques secondes, et les temps plus longs de l'enseignement scolaire, centré sur la lecture et l'écriture, auxquels l'enfant n'est pas du tout habitué. (Golse, B, 2001; Jensen, PS, 1997; Armstrong Th, 2000; Diller L, 2001)



forumadd

ADD, ADHD, TGD, TEA, TOD, TOC, Bipolaridad...

Cuestionando etiquetas



FUNDACIÓN
Sociedades Complejas
PROYECTOS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Patrocina
N
noveduc

Pour tout ce qui vient d'être dit, il est tout à fait inapproprié, du point de vue de la santé publique, d'unifier sous un même diagnostic tous les enfants inattentifs et/ou trop remuants, sans mettre en oeuvre à une recherche clinique détaillée.

Ainsi, il y a dans les écoles des enfants inattentifs qui restent tranquilles et distraits, d'autres qui sont toujours en mouvement, certains qui jouent en classe, d'autres qui réagissent immédiatement à chaque stimulation sans se donner le temps de réfléchir... Un enfant qui n'écoute pas, qui remue de façon désordonnée, écoute en général à sa manière, et prête son attention à des questions différentes de celles auxquelles on pourrait s'attendre. Et il ne peut pas être englobé dans une entité nosographique unique. (Janin, B, 2000a, 2002, Berger, M, 2005; Flavigny, Ch, 2004; Duché, D, 2001; Tustin, 1981; Bleichmar, S, 1998).

Nous ne méconnaissons pas l'importance des troubles neurologiques, des progrès actuels en neurologie et du traitement médicamenteux, privilégié dans certaines pathologies. Mais nous considérons que, dans ce cas particulier, des problèmes très divers sont mis sur le compte d'un déficit neurologique non vérifiable. (Benasayag, L, 2002; Tallis, 2004; Rodulfo, M, 2005; Solter A, 1998)

Il existe un consensus dans la communauté scientifique sur le fait que le trouble désigné comme ADD/ADHD reflète des situations complexes, liées à différentes pathologies. Très souvent, cependant, cela n'est pas pris en compte. (Lasa Zulueta, 2002; Benasayag, L, 2002; Cáceres, L, 2000; Valentin, E, 1996; Daumerie, N, 2004; Gibello, B, 2004; Warren, 1997, Gaillard, 2004)

Nous pensons donc que l'on regroupe sous ce nom de multiples expressions de la souffrance de l'enfant qui méritent d'être considérées dans leur singularité et traitées en tenant compte de leur détermination plurifactorielle.

C'est-à-dire, la différence se présente entre l'idée que: a) une certaine manifestation comporte un tableau psychopathologique et une cause organique, à partir desquels un traitement est proposé, et l'idée que: b) une manifestation peut être l'effet de causes multiples et complexes et qu'il faut déterminer quelles sont ces causes, pour définir le traitement le mieux adapté. Il y a aussi opposition entre l'idée que le diagnostic peut être effectué par des parents et/ou instituteurs, à partir de questionnaires (comme s'ils étaient des observateurs non concernés) et la conviction que tout observateur étant impliqué dans ce qu'il observe et faisant partie de l'observation, les parents et les instituteurs sont absolument concernés dans la problématique de l'enfant, et par conséquent ne peuvent jamais être "objectifs". (Rappelons que dès le début du XXe siècle, le physicien Heisenberg affirmait que l'observateur fait partie du système). En outre, le questionnaire employé est habituellement chargé de mots vagues et imprécis (« inquiet », par exemple, peut avoir des significations différentes pour des personnes différentes, et un enfant « inquiet » pour l'un ne le sera pas pour l'autre). Ceci mène à penser qu'il est impossible de réaliser un diagnostic rapidement et sans tenir compte de la production de l'enfant lors des entretiens. (Cramond, 1995; Duché, 1996; Calmels, D, 2003; Tallis, J, 2004; Farré Riba, 2000).

Dans notre perspective, nous sommes face à un enfant qui souffre, qui présente des difficultés, et que ce sont ces difficultés qui font obstacle à son apprentissage. Et qu'il faut donc investiguer ce qui lui arrive, pour être en mesure de lui venir en aide.

Il est également important de signaler que, très souvent, l'on tient moins compte de cette souffrance, que de la perturbation que le comportement de l'enfant provoque dans son



forumadd

ADD, ADHD, TGD, TEA, TOD, TOC, Bipolaridad...

Cuestionando etiquetas



FUNDACIÓN
Sociedades Complejas
PROYECTOS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Patrocina
N
noveduc

environnement, les médicaments fonctionnant de ce fait comme un recours pour apaiser un enfant qui "n'est pas sage". (Levin, 2003; Keirse, 1998)

Bien que les médias scientifiques parlent des contre-indications des différents médicaments utilisés dans les cas qui nous occupent (Carey, W, 1998, 1999, 2000, 2001; Diller, L, 2003), il est étonnant de constater leur insistance à inviter, par la publicité qu'ils incluent, à la consommation de médicaments comme une indication thérapeutique privilégiée face à l'apparition de ces manifestations. (Clarín, 2004; La Nación, 2004; Safer, D, 1996) Toutes les drogues employées dans le traitement des enfants qui présentent des difficultés à se concentrer, ou qui remuent plus que le milieu ne le tolère, ont des contre-indications et des effets secondaires importants, tels que l'accroissement de la symptomatologie dans le cas des enfants psychotiques, ainsi que des conséquences telles qu'un retard de croissance. (Benasayag, L, 2002; Goodman y Gilman's, 1995; Baughman, 2001; Carey, 2001; Efron et al, 1998; Vademécum Vallory 1999)

Dans différents travaux concernant le méthylphénydate, il est affirmé que:

- Il ne peut pas être administré à des enfants de moins de six ans.
- Il est déconseillé chez les enfants avec des tics (Syndrome de Gilles de la Tourette).
- Il est dangereux chez des enfants psychotiques, parce qu'il accroît leur symptomatologie.
- À long terme, il entraîne un retard de croissance.
- Il peut provoquer l'insomnie et l'anorexie.
- Il peut baisser le seuil convulsif chez des patients subissant des convulsions ou d'EEG anormal sans crises. (Goodman and Gilman's, 1995; Breggin, P, 1998, 1999, 2001; Vademécum Vallory, 1999, Cramer et al, 2002; Schachter et al, 2001)

En ce qui concerne les amphétamines en général, celles-ci ont été interdites dans certains pays (comme le Canada), et leur dépendance potentielle est bien connue. (CADRMP, 2005) Quant à l'atomoxétine, on est arrivé à la conclusion qu'elle produit (d'une manière statistiquement significative):

- une augmentation de la fréquence cardiaque
- une perte de poids, pouvant conduire à un retard de la croissance
- des syndromes grippaux
- des effets sur la tension artérielle
- des vomissements et une diminution de l'appétit.

Signalons aussi qu'il n'existe pas, pour ce médicament, de suivi à long terme. (Baughman, 2005; P R Vademécum, 2005)

On est également en droit de se demander si la prescription de médicaments destinés à produire des effets immédiats (des effets apparaissant d'une manière magique, sans élaboration de la part du sujet), n'entraînerait pas une dépendance psychique, quand elle



ADD, ADHD, TGD, TEA, TOD, TOC, Bipolaridad...

Cuestionando etiquetas



FUNDACIÓN
Sociedades Complejas
PROYECTOS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Patrocina
N
noveduc

donne à un comprimé le rôle de modificateur d'attitudes vitales, de générateur d'un « bon rendement » (Tallis, 2004; Keirse, 1998).

Face au progrès de la diffusion de ce « syndrome » et à la possibilité de voir son traitement médicamenteux inclus dans le PMO (Programme Médical Obligatoire), et en tenant compte de tout ce qui a été dit ci-dessus, les soussignés proposent :

- Que l'évaluation de chaque enfant soit réalisée par des professionnels experts en cette thématique et que la possibilité lui soit accordée d'être traité selon les difficultés spécifiques qu'il présente.
- Que la prescription de médicaments soit le dernier recours (et non le premier) et qu'elle soit consentie par différents professionnels.
- Que le contexte de l'enfant soit pris en compte lors de l'évaluation, attendu que non seulement la famille, mais aussi le groupe social auquel l'enfant appartient, et la société dans son ensemble, peuvent faciliter ou favoriser des fonctionnements disruptifs, des difficultés à se concentrer ou un déploiement de motricité sans but.
- Que soit limitée la diffusion par les médias de l'existence du trouble par déficit d'attention, puisque c'est un trouble sur lequel il n'existe pas d'unanimité des professionnels.
- Et finalement, et surtout, que soit limitée l'utilisation de médicaments comme solution magique face aux difficultés scolaires.

Group of Experts:

Lic. **Beatriz Janin** – Lic en Psicología - Directora de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños de UCES/ APBA (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales en convenio con la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires) – Profesora de Post- grado de la Facultad de Psicología UBA- Directora de la Revista "Cuestiones de Infancia" - DNI : 6053021.

Dra. **Silvia Bleichmar** - Dra. en Psicoanálisis de la Universidad de París VII - Profesora de la Facultad de Psicología de la UBA, Maestría en Psicología Educativa - Profesora de Post-grado de la Universidad Nacional de La Plata.

Prof. Dra. **Marisa P. Rodulfo** - Profesora Clínica de Niños y Adolescentes - Facultad de Psicología UBA - Profesora de Post-grado en la Facultad de Psicología UBA - L.C : 5 204 452.

Dr. **Jaime Tallis** - Neuropediatra - Coordinador del Equipo Interdisciplinario en Aprendizaje y Desarrollo del Hospital Carlos G. Durand - DNI 4.396.886

Dr. **León Benasayag** - Neuropediatra - Especialista en Neurología, Neuropediatría y Electroencefalografía - Profesor Fac de Medicina UBA -

Dra. **María Lucila Pelento** - Médica Psicoanalista Asociación Psicoanalítica Argentina - Profesora de posgrado y asesora en diferentes universidades. LC 2.976.563

Dr. **Mario Ignacio Brotsky** - Médico Pediatra - Profesor de posgrado Facultad de Psicología UBA -

Dr. **Héctor Daniel Vázquez** - Médico Pediatra - Director del Curso de Familia de la SAP - Coordinador de Docencia de Posgrado del Hospital Tornú -

Dr. **José R. Kremenchuzky** – Coordinador del Grupo de Estudio Interdisciplinario de Trastornos en el Desarrollo y el Aprendizaje- Comité de Pediatría Ambulatoria Sociedad Argentina de Pediatría - DNI 5.532.372

Dra. **Mónica Oliver** –Psiquiatra infantil- Secretaria del Comité de Salud Mental y Familia de la Sociedad Argentina de Pediatría. Jefa de Salud Mental del Hospital Alemán.

Prof. Dr. **Ricardo Rodulfo** - Profesor Titular Regular de Clínica de niños y adolescentes y profesor de posgrado de la Facultad de Psicología de la UBA – DNI : 7.725 054

Dr. **Juan Carlos Volnovich** - Médico Psicoanalista - DNI 4.387.810

Prof. **Sara Slapak** – Lic en Psicología - Decana de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires - DNI 4497549



ADD, ADHD, TGD, TEA, TOD, TOC, Bipolaridad...

Cuestionando etiquetas



FUNDACIÓN
Sociedades Complejas
PROYECTOS EN SALUD Y EDUCACIÓN

Patrocina
noveduc

Dr. **Isidoro Gurman** - Miembro Titular de [A.P.A.](#) - Presidente de AGRUPO Institución Psicoanalítica - D.N.I.4 364 535

Lic **Estela S. de Gurman** - Psicóloga - Secretaria Científica de AGRUPO- D.N.I.4207 679

Lic. **María Cristina Rojas** – Psicóloga – Miembro de la Asociación Argentina de Psicoterapia de Grupo – Profesora de la Carrera de Especialización en psicoanálisis con Niños de UCES/APBA.- DNI : 4.582.020

Lic. **Silvia Viviana Pugliese** - Responsable del área de Psicología del Hospital de Niños de San Juan - Coordinadora del Comité de Maltrato Infanto-Juvenil del Hospital de Niños de San Juan - DNI 10.295.206

Lic. **Gisela Untoiglich** - Psicóloga - Investigadora U.B.A. sobre Trastornos de atención e hiperactividad - Jefa trabajos prácticos Cátedra de Psicopedagogía Clínica Fac de Psicología UBA. CI 9.780.348

Lic. **Miguel Tollo** – Lic en Psicología – Ex presidente de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires – Miembro del Foro de Profesionales de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.

Lic **Jorge Garaventa**- Psicólogo - Creador y moderador del foro Psicología y Niñez, Ética y Psicología y otros. DNI 10160097.

Lic. **Isabel Lucioni** - Psicóloga - Profesora titular de la Universidad Argentina Interamericana – Miembro fundador de la Sociedad Psicoanalítica del Sur - DNI : 4718.882

Lic. **Mabel Rodríguez Ponte** - Psicóloga - Docente de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños - APBA / UCES - Investigadora sobre el tema "Trastornos de atención e hiperactividad" en UCES. DNI 13.410.423

Lic. **Rosa Silver** - Psicóloga - Docente de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños APBA / UCES - ATP UBA - Investigadora sobre el tema "Trastornos de atención e hiperactividad" en UCES. DNI 11.534.282

Dr. **Juan Vasen** - Especialista en Psiquiatría Infantil M.N.53.919. Co-fundador del Programa Cuidar cuidando. Ex jefe de sector del Hospital de Día del Hospital Tobar García. Ex-docente de farmacología. DNI 10.141.293