

Ce que tout parent doit savoir sur le Ritalin®

Chaque matin, des millions d'enfants commencent leur journée en avalant un stimulant du système nerveux central (« upper » ou « speed ») appelé méthylphénidate ou Ritalin®. Depuis les 20 dernières années, ces petites pilules bleues ou jaunes sont devenues le médicament de choix pour le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA-H), le problème de comportement le plus souvent diagnostiqué chez les enfants, qui se caractérise par l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité (Ritalin: Theory and patient management 1992:45).

Le Ritalin® est prescrit à 90 % des enfants diagnostiqués avec TDA-H (Amer Fam Physician 1997;55:1705-09).

Le nombre d'ordonnances de Ritalin® a grimpé de 450 % de 1991 à 1995. La consommation annuelle du médicament a monté en flèche de 4 000 à 18 000 livres selon le Drug Enforcement Administration (DEA).

Quel est le problème? Plusieurs des jeunes qui avalent ce stimulant n'en ont pas besoin disent les experts. En réalité, un nombre important d'enfants diagnostiqués avec TDA-H souffrent en fait d'autres problèmes ou sont simplement plus actifs que leurs semblables. D'autres réagissent aux horaires surchargés, au surplus de travail et aux horaires stressants. Qui plus est, les effets secondaires potentiellement dangereux du Ritalin® sont nombreux.

Dr. Lajoie est préoccupé au sujet du mauvais usage ou de l'abus de tous les médicaments particulièrement chez les enfants. C'est pourquoi Dr. Lajoie exhorte les patients à lire ce bulletin et à faire part de la vérité sur le Ritalin® à leurs amis et à leurs êtres chers.

Mauvais diagnostic trop répandu

On évalue à des milliers le nombre d'ordonnances non nécessaires de Ritalin® pour un mauvais diagnostic.

Une foule de désordres se font passer pour le TDA-H tels que la dépression, l'anxiété, le syndrome de Tourette, les troubles oppositionnels, les troubles de comportement, l'abus de substances et les difficultés d'apprentissage.

Pratiquement toute carence alimentaire peut mener à une détérioration du fonctionnement du cerveau qui peut imiter le TDA-H. L'empoisonnement aux métaux lourds est un autre coupable (J Learn Disabil 1977;17:418-21).

Peut-être la cause la plus courante d'un mauvais diagnostic est aussi la plus facile à corriger. Selon de récentes recherches, les déficits d'attention sont souvent dus à un manque de sommeil. Par conséquent, plusieurs professionnels en santé mentale recommandent que les parents maintiennent une routine de coucher stricte et une règle de sommeil durant plusieurs mois avant de considérer le Ritalin®. Simplement enlever de la chambre d'un enfant les distractions comme la télévision, le téléphone et les jeux vidéo et adopter une règle stricte de « lumière éteinte » peuvent éliminer les problèmes d'attention, sans les médicaments dangereux.

Pourquoi il y a-t-il tant de mauvais diagnostic? Dr. Lajoie explique que le TDA-H est un désordre à la mode et

que le Ritalin® est mis en marché (à tort) comme une « solution rapide ». La publicité dans les médias convainc plusieurs parents qui manquent d'informations sur la condition dont souffrent leurs enfants. Ces parents insistent donc pour qu'on prescrive du Ritalin® à leurs petits. Dans d'autres cas, le médicament est prescrit par les praticiens qui ne sont pas des spécialistes des problèmes émotifs de l'enfance et sont peu versés dans leur diagnostic différentiel.

La vérité est que le Ritalin® est loin d'être une solution rapide. Dr Lajoie veut que les parents sachent que donner des médicaments à un enfant avec un déficit de l'attention sans connaître les problèmes possibles cachés n'est pas seulement irresponsable mais peut aussi endommager la santé de leurs enfants à long terme.

Le côté caché du Ritalin®

Comme on l'a déjà mentionné, les effets secondaires du Ritalin® sont nombreux. En plus des réactions indésirables habituelles allant des nausées à l'irritabilité, il y a plusieurs autres dangers plus rares et même mortels. Par exemple, des crises peuvent se produire lorsque le Ritalin® empêche la capacité du cerveau à contrôler sa propre activité électrique. Dans de rares cas, le Ritalin® peut aussi supprimer la production de la moelle osseuse.

Effets secondaires courants du Ritalin®

Perte d'appétit, insomnie, douleurs gastriques, nausées, vomissements, diarrhée, maux de tête, augmentation du rythme cardiaque et de la tension artérielle, irritabilité, nervosité, sécheresse de la bouche, perte de cheveux, démangeaisons cutanées, douleurs articulaires, étourdissements.

Une fois que les enfants ont commencé à prendre du Ritalin®, ils doivent continuer à le prendre durant plusieurs années ou même durant toute leur vie, augmentant le risque de réactions indésirables à long terme.

Plusieurs enfants qui prennent du Ritalin® cessent « d'être eux-mêmes » et semblent émotionnellement accablés. Les enfants qui prennent du Ritalin® subissent un phénomène de rebond à la fin de la journée lorsque que la dernière dose a terminé son effet. Le patient devient alors sujet à pleurer ou à des emportements émotionnels avec alternance rapide qu'on appelle les « montagnes russes » du Ritalin®.

Le dosage excessif de Ritalin®, que ce soit intentionnel ou accidentel, est rapporté à un rythme accéléré. Une dose excessive peut causer un comportement hébété, passif, agressif ou bizarre et même la mort.

Ce qu'il y a peut-être de plus effrayant est l'infiltration du « Ritalin® underground » dans les écoles secondaires, les collèges ou les universités à travers le monde. Selon les rapports de la mise en application de la loi, les étudiants (le médicament n'était pas prescrit à plusieurs des étudiants) s'injectent ou inhalent en fait le Ritalin® dans une tentative désespérée d'augmenter la durée de leur énergie et de leur attention pour faire face aux horaires surchargés et aux travaux scolaires (Factline 1995;9:104).

Le TDA-H est-il réel?

En 2000, un groupe de consommateurs a intenté un recours collectif en Californie, au New Jersey et au Texas contre la compagnie pharmaceutique Novartis™. Les poursuites allèguent que Novartis™ a conspiré avec l'American Psychiatric Association pour « imaginer » le TDA-H comme une stratégie de marketing pour le Ritalin® (Novartis™ a réfuté ces accusations). Le diagnostic du

TDA-H est très controversé. Plusieurs spécialistes mettent en garde que la condition est beaucoup trop diagnostiquée. Plusieurs experts présentent d'autres théories, en voici quelques-unes.

Thomas Armstrong, PhD

Dans son livre intitulé *The Myth of the ADD Child* (1995), Dr Armstrong soutient que le diagnostic de TDA-H est utilisé pour forcer les enfants dans des formes particulières de comportement. Il soutient que le diagnostic est posé trop facilement et qu'il est traité avec excès. Dr Armstrong affirme que plutôt que de forcer les enfants à se comporter « normalement » en leur donnant des médicaments, les parents et les éducateurs devraient reconnaître que les jeunes apprennent de façons différentes et ont leurs propres réponses au stress.

Peter Breggin, MD

Dr Breggin est l'auteur de *Toxic Psychiatry* (St. Gélinas's Press, 1995) et de *The War Against Children*. Bien que le Dr Breggin soit un psychiatre, il refuse de prescrire du Ritalin® et croit fermement qu'il n'y a aucune preuve que les symptômes du TDA-H constitue un désordre mental ou un diagnostic spécifique. Il s'inquiète beaucoup des effets dommageables à long terme du Ritalin® (Latitudes 1996;2:1).

Dr Stanley Greenspan

Psychiatre pour enfants et auteur de *The Challenging Child* (Persesus Press, 1996), Dr Greenspan attribue les problèmes d'attention à des troubles moteurs visuels et auditifs et à des difficultés de l'organisation spatiale. Ces derniers mènent fréquemment à un mauvais diagnostic de TDA.

Autres solutions

Votre enfant ne doit jamais cesser de prendre le Ritalin® sans l'avis d'un professionnel en santé mentale. Toutefois, les médicaments ne sont pas toujours la solution pour les problèmes d'attention.

Les études préliminaires indiquent que les ajustements chiropratiques peuvent soulager les symptômes du TDA-H. Par exemple, une étude menée au Mississippi State University a comparé les soins chiropratiques à un traitement placebo. L'étude a trouvé que cinq enfants hyperactifs sur sept sous soins chiropratiques ont démontré une amélioration dans les résultats du comportement. Le rapport a conclu que « la manipulation chiropratique (ajustement) a le pouvoir de devenir une intervention sans médicament pour les enfants hyperactifs » (*J Manipulative Physiol Ther* 1989;12:353-63).

Dans une autre étude, le Psychoeducational and Guidance Services of College Station au Texas a dirigé 12 étudiants avec des problèmes d'apprentissage vers des soins chiropratiques. Comparativement aux sujets témoins sous médication, ceux recevant des soins chiropratiques ont bénéficié d'une plus grande amélioration allant de 20 à 40 % (*Chiropratic First* 1996:86-7).

D'autres solutions efficaces sont l'homéopathie, le biofeedback EEG, le régime alimentaire Feingold (sans additifs alimentaires et sans aliments allergènes), un apport complémentaire de vitamines et de minéraux (particulièrement les vitamines B1, B2 et B6) et la consultation psychologique.

Apprendre à établir des limites appropriées et simplifier le mode de vie de votre famille sont également d'autres moyens préventifs.

Dr Daniel Lajoie

2875, boul. Laurier,
#250 Sainte-Foy
(Québec) G1V 2M2

TEL (418) 653-3030
téléc. : (418) 650-1545