

« Outil thérapeutique », « Advil® scolaire » ou « doping » ?

Ambivalence des professionnels de la santé face aux usages et à la prescription des médicaments spécifiques au TDAH¹

MARIE-CHRISTINE BRAULT ET GUILLAUME BEAULIEU

Résumé

L'ampleur de la consommation de médicaments spécifiques au Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants québécois préoccupe. Alors que des professionnels de la santé dénoncent la situation, ils se retrouvent également au cœur des revendications en tant que prescripteurs. Notre analyse qualitative suivant les principes de la théorisation enracinée révèle que les professionnels de la santé sont très critiques de la société de performance, mais sensibles à la pression exercée par les parents, l'école et les autres professionnels de la santé. Ils se montrent aussi ambivalents à l'égard du diagnostic et des médicaments spécifiques au TDAH. Par conséquent, leurs pratiques de prescription sont hétérogènes. Trois cas de figure émergent de l'analyse et mettent en valeur que certaines de leurs pratiques renforcent la pharmaceuticalisation, alors que d'autres lui offrent une résistance.

Mots-clés : pratique de prescription, professionnel de la santé, ambivalence, résistance, pharmaceuticalisation, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), médicament

Abstract

In Québec, the prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) medication consumption by children is of concern. While health professionals condemn the situation, they also find themselves at the heart of the claims as prescribers. Our qualitative analysis, following the principles of grounded theory, reports that health professionals are very critical of the performance society, but sensitive to pressure from parents, school and other health professionals. They are also ambivalent about the diagnosis of ADHD and its specific medications and therefore their prescribing practices are heterogeneous. Three cases emerge from the analysis and show that some of their practices reinforce pharmaceuticalization, while others offer resistance.

Keywords: prescribing practice, health professional, ambivalence, resistance, pharmaceuticalization, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), medication

¹ Cette recherche a été soutenue par le Conseil de recherche en sciences humaines et sociales (430-2017-00926) et le Fonds de recherche québécois sur la société et la culture (FRQSC) (2018-NP-204941).

Nous aimerions remercier les participants au projet de recherche TDAH (Rôle de l'environnement scolaire dans l'identification des élèves) pour leur temps, et les réviseurs pour leurs commentaires pertinents qui ont permis d'améliorer l'article.

Inquiétudes des médecins québécois au sujet des médicaments spécifiques au TDAH

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un diagnostic psychiatrique fréquent chez les jeunes, avec une prévalence mondiale oscillant entre 5 et 7 % (Willcutt, 2012). Les garçons, les jeunes de milieux socioéconomiques défavorisés et les plus jeunes de la classe sont toutefois les plus à risque d'être diagnostiqués TDAH (Brault et Lacourse, 2012 ; Brault *et al.*, soumis). Ces constatations suggèrent la présence de faux diagnostics, voire d'un surdiagnostic, qui, en plus de faire exploser les dépenses gouvernementales relatives à la santé, ont des répercussions négatives sur le développement des enfants, sur leurs expériences sociales et scolaires et sur leur parcours de vie (Batstra *et al.*, 2012 ; O'Connor *et al.*, 2018).

Au Canada, cette crainte du surdiagnostic est renforcée par de fortes disparités spatiales et un accroissement de la prévalence du diagnostic qui s'observe depuis le début des années 2000, surtout chez les enfants d'âge scolaire (Brault et Lacourse, 2012 ; Vasiliadis *et al.*, 2017). Le Québec figure parmi les provinces les plus touchées par le phénomène (Vasiliadis *et al.*, 2017). La prévalence à vie du diagnostic de TDAH chez les jeunes québécois est de 11,3 %, mais oscille entre 6,9 % et 16,6 % selon les régions (Diallo *et al.*, 2019). La situation empire lorsque les jeunes rapportent eux-mêmes leur diagnostic : la prévalence moyenne augmente à 23% et peut atteindre 29% dans certaines régions (Traoré *et al.*, 2018). Cette situation se reflète dans la consommation de médicaments spécifiques au TDAH, qui constituent le traitement le plus utilisé. Un rapport, d'une série produite par l'Institut national d'excellence en santé et services Sociaux (2017), montre que le Québec est la province canadienne championne de la consommation de ces médicaments chez les moins de 25 ans, avec trois fois plus d'utilisateurs que dans les autres provinces.

Cette consommation accrue de médicaments spécifiques au TDAH soulève des inquiétudes et mobilise des acteurs de tous les secteurs (santé, éducation, famille, etc.). Pour preuve, la Commission de la santé et des services sociaux (CSSS) du gouvernement du Québec a tenu une commission parlementaire sur le sujet à l'automne 2019

(CSSS, 2020). Les médecins eux-mêmes ont qualifié la situation de troublante et en titrant leurs lettres ouvertes « Sommes-nous allés trop loin ? » (Poulin *et al.*, 2019a ; 2019b), ils suggèrent que leurs pratiques diagnostiques et prescriptives se trouvent au cœur du problème.

Le cas du diagnostic de TDAH est un exemple frappant du processus de médicalisation, où plusieurs comportements (par exemple agitation, immaturité, sous-performance et difficultés scolaires) sont pris en charge par la médecine dans une série d'actions auxquelles participent divers acteurs œuvrant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du champ médical (école, famille, médias, etc.) (Conrad, 2007). Le recours aux médicaments spécifiques pour le TDAH met en évidence cette médicalisation, en plus de l'inscrire comme processus clé de la pharmaceuticalisation, avec la molécularisation et la biosocialisation. Produite par l'interaction de ces trois processus sociaux, la pharmaceuticalisation reconnaît aux médicaments un spectre d'action qui s'étend au-delà de leur simple rôle thérapeutique (Collin, 2016). D'une part, en améliorant les capacités attentionnelles, les médicaments spécifiques au TDAH favorisent un usage détourné des médicaments au bénéfice des performances cognitives et académiques. D'autre part, en modifiant la sociabilité des enfants, le médicament contribue à leur inclusion ou à leur exclusion sociale.

Dans ce contexte, que se passe-t-il réellement dans la pratique privée des médecins ? Ils font des choix, disposent de moyens d'action, mais le médicament reste le principal traitement qu'ils ont à offrir et la prescription valide leur légitimité professionnelle (Vega, 2012). Depuis longtemps déjà, les sciences sociales étudient les pratiques prescriptives des médecins (Collin *et al.*, 1999). Elles ont démontré que la neutralité, la standardisation et les fondements scientifiques des décisions de prescrire cohabitent avec des facteurs subjectifs, socioculturels et non cliniques, parmi lesquels : a) des caractéristiques sociodémographiques, culturelles et psychologiques des médecins (et des patients), ainsi que de leurs connaissances, attitudes et croyances ; b) des caractéristiques de la relation soignant-patient ; c) des contraintes liées à l'activité professionnelle (par exemple temps de consultation) ; d) des attentes et des influences externes et e) des facteurs contextuels et macrosociaux, tels que l'organisation des soins de santé (Collin *et al.*, 1999 ; De Alencastro *et al.*, 2017 ; Vega, 2012 ; Lohr *et al.*, 2018). Ces raisons s'appliquent aux pratiques prescriptives en général. Mais comment se produisent-elles dans le contexte où le surdiagnostic et la surprescription sont envisagés ? L'objectif général de cet article est d'examiner de manière qualitative et exploratoire les expériences des professionnels de la santé québécois au sujet de la prescription et de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH chez les enfants.

Contexte de l'étude

Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche qui portait sur le rôle de l'environnement scolaire dans la médicalisation associée au diagnostic de TDAH (Brault *et al.*, soumis). Suite à des entretiens qualitatifs menés avec des enseignants pour comprendre pourquoi et comment les élèves sont étiquetés « TDAH », il est vite apparu essentiel de rencontrer des psychologues et des médecins² : d'abord pour investiguer leur expérience du processus diagnostique du TDAH, ensuite, pour comprendre les relations qu'ils entretiennent avec les acteurs scolaires et finalement pour donner une perspective plus complète du problème de la médicalisation des comportements associés au TDAH (hyperactivité, impulsivité et inattention). Ce volet était de nature exploratoire et visait un objectif secondaire au projet de recherche initial. Ainsi, l'échantillon des professionnels de la santé est de petite taille et les participants ne sont pas représentatifs de toutes les spécialités médicales qui sont interpellées dans le cas du TDAH. Pour cette raison, il n'est pas certain que la saturation théorique ait été atteinte (Urquhart, 2012), mais nous croyons néanmoins que ce bref aperçu démontre l'importance pour les études futures de sonder en profondeur l'expérience de ces acteurs à l'égard des usages et de la prescription de médicaments pour le TDAH.

Six professionnels de la santé (quatre médecins spécialistes et deux psychologues scolaires) ont été recrutés à l'hiver 2018 par le biais de la méthode boule de neige. Sollicités pour leur expertise auprès des enfants, ils ont accepté de témoigner de leur expérience à l'égard du TDAH et des médicaments associés. Les entretiens, d'une durée de 60 à 120 minutes, ont été enregistrés puis retranscrits sous forme de verbatims. La collecte de données a été menée en deux temps. D'abord, trois médecins ont participé à un groupe de discussion, puis trois autres professionnels à un entretien individuel. Le groupe de discussion est réputé favoriser davantage la divulgation d'éléments sensibles que l'entretien individuel (Guest *et al.*, 2017). Cette combinaison de méthodes a ainsi permis de collecter une plus grande diversité d'expériences, tout en corroborant, nuancant et contextualisant certains éléments des discours. Le projet de recherche a obtenu une certification éthique de l'université du Québec à Chicoutimi et tous les participants ont donné leur consentement à l'utilisation de leurs propos pour des fins de recherche.

L'analyse des verbatims a suivi les pratiques de la théorisation enracinée (Urquhart, 2012). La première étape a été de procéder à un codage ouvert de chacune des phrases contenues dans les verbatims.

² À noter qu'au Québec, les (neuro)psychologues sont autorisés à formuler une conclusion clinique de TDAH (Gouvernement du Québec, 2009). Toutefois, seuls les médecins sont habilités à prescrire des médicaments spécifiques au TDAH.

Cette étape a généré une multitude de codes, qui ont ensuite été regroupés sous six catégories principales (contexte, pressions, représentations, raisonnement clinique, décisions et raisons) lors de l'étape du codage sélectif. Les propriétés de chacune des catégories ont été précisées grâce à une comparaison constante avec le matériau empirique. L'analyse s'est conclue par l'étape du codage théorique qui a permis de proposer un système de relations entre ces catégories. Les résultats de cette analyse sont présentés dans la prochaine section, organisée en trois grands segments : le premier porte sur le contexte et les pressions vécues par les professionnels de la santé ; le deuxième sur les représentations du TDAH et le troisième, sur les pratiques prescriptives et les raisons qui les sous-tendent.

Pression sociétale et responsabilité des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé rencontrés dans le cadre de l'étude sont conscients de l'ampleur du phénomène TDAH au Québec et s'en préoccupent. Alors que les psychologues le reconnaissent du bout des lèvres – « oui, peut-être un surdiagnostic » –, les médecins l'admettent d'emblée : « on surdiagnostique et on surmédique ». L'un d'eux avoue même que la situation chez les garçons le « terrorise ». Contrairement aux psychologues, les médecins reconnaissent ouvertement que leurs pratiques prescriptives contribuent à la situation alarmante que l'on observe au Québec (« j'en prescrit trop »). Et certains démontrent même une volonté d'agir : « depuis trois-quatre ans je me suis dit que j'allais diminuer d'à peu près 15 % mes prescriptions par année ». Bien qu'ils ne prescrivent pas, les psychologues scolaires prennent aussi des précautions pour limiter les évaluations inutiles, en précisant même des stratégies pour réduire la pression et les attentes des enseignants : « Moi je dis souvent à mes profs de maternelle, avant janvier, tu m'en réfères pas. Donne-toi quatre mois. J'éduque mes profs. »

Bien que les médecins acceptent une part de responsabilité, tout comme les psychologues, ils rejettent l'entière responsabilité du blâme. D'abord, tous dénoncent une forte pression à diagnostiquer, mais surtout à prescrire des médicaments spécifiques au TDAH. Cette pression directe ou indirecte provient à la fois des parents, des enseignants, de l'école et des autres professionnels de la santé (neuropsychologue, omnipraticien, pharmacien, etc.). Sans surprise, cette pression a déjà été répertoriée par le passé dans le cas de problèmes de santé variés et pour plusieurs types de médicaments (Collin *et al.*, 1999 ; Collin, 2003 ; Vega, 2012 ; Yates *et al.*, 2018). Dans le cas du TDAH, on la documente depuis une vingtaine d'années, même au Québec (Lohr *et al.*, 2018 ; Doré et Cohen, 1997). Finalement, les professionnels

de la santé accusent la société de performance, le rythme effréné de la vie contemporaine et la culture de l'instantanéité qui renforcent l'usage des médicaments. La métaphore suivante, exprimée par un psychologue scolaire, reflète bien le contexte sociétal :

Et moi je trouve que la société, on est vraiment axé dans la performance... j'appelle ça le syndrome de la machine à Coke®. Tu mets ta pièce, tu pèses sur le pignon, le Coke® va tomber, ça prend un résultat immédiat. Tu donnes la pilule, mon enfant va performer, ça va bien aller à l'école, c'est immédiat.

Ambivalence face au diagnostic de TDAH

Tous les professionnels de la santé rencontrés rapportent diagnostiquer le TDAH chez les enfants dans le cadre de leur pratique, bien qu'ils expriment une ambivalence face au trouble et à son évaluation. Contrairement aux psychologues scolaires qui mettent l'accent principalement sur la conceptualisation biomédicale du trouble – « je cherche beaucoup le facteur héréditaire » –, les médecins soulèvent des causes multiples (génétiques, héréditaires, épigénétiques et psychosociales). Similairement, leur conceptualisation du TDAH est diversifiée. Les médecins rappellent l'importance de distinguer entre traits, symptômes et trouble. Ils précisent aussi que le TDAH n'est « pas une maladie » ou « pas psychiatrique », mais davantage un trouble du comportement ou une « problématique maturationale ». L'un d'eux va même jusqu'à affirmer que le « TDAH, c'est un mot », dénonçant l'absence de meilleures étiquettes à offrir aux manifestations observées, mais renforçant du même coup l'idée de la construction sociale du diagnostic (Graham, 2008).

Tous critiquent l'évaluation diagnostique du TDAH pour sa subjectivité, en mettant en doute la validité et la fiabilité des outils diagnostiques. L'ambivalence des psychologues est palpable : alors qu'ils trouvent que les « outils sont corrects » et les « questionnaires beaucoup plus précis », ils déplorent qu'il n'y ait « pas une façon uniforme de voir le problème [du TDAH] », car chaque psychologue, selon ses caractéristiques et ses méthodes d'évaluation, peut voir la situation d'une certaine manière. Ils contribuent néanmoins à cette hétérogénéité des pratiques, car ils n'hésitent pas à recourir à des « critères qui [ne] sont pas nécessairement copié-collés dans le DSM³ ». Les médecins sont aussi critiques du DSM, qu'ils perçoivent davantage comme un outil de communication pour avoir un langage commun avec les parents. Ils commentent aussi sa normativité sociale et culturelle qui

³ *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*, de l'Association américaine de psychiatrie, est, au Québec, la référence au sujet des diagnostics psychiatriques.

sous-tend les critères diagnostiques – « mais c'est quoi la normalité ? Ça dépend de ce qu'on voit comme société » – et trouvent trop simpliste son modèle de classification des diagnostics qui ne sont « pas représentatifs du cerveau ». Finalement, ils dénoncent sa récupération politique et économique : « Alors les gens le voient comme un modèle, un outil, une vérité clinique, ça l'est pas. Et moi ce qui me choque beaucoup comme clinicienne, c'est que c'est récupéré par le système scolaire, par le ministère et par aussi le système des impôts pour aller avec le financement. » Les médecins sont particulièrement acerbes envers les tests d'évaluation du TDAH. Au sujet du questionnaire de Conners (2008), un médecin du groupe de discussion précise : « pour moi, un Conners, c'est comme mettre sa main dehors pis dire je pense qui fait frette. Tsé, il fait tu 25 dans ta maison, pis finalement il fait juste – 2 dehors ? » L'espoir d'une bonne évaluation clinique du TDAH reste possible selon les médecins, mais prend du temps et exige de dresser un profil clinique détaillé à l'aide d'informations médicales, développementales, (neuro)psychologiques et contextuelles. Parallèlement, l'ambivalence persiste, car au final, il est très rare de trouver un cas « d'enfant qui est tout à fait pur, ils ont toujours un petit peu de ci, de ça ».

Raisonnement clinique, pratiques de prescription et ambivalence face aux médicaments spécifiques au TDAH

Tous les médecins interrogés prescrivent des médicaments spécifiques au TDAH et les psychologues questionnés rapportent vanter aux parents l'efficacité des médicaments. Néanmoins, tel qu'attendu (Collin *et al.*, 1999 ; Vega, 2012 ; De Alencastro *et al.*, 2017 ; Lohr *et al.*, 2018), des raisons non médicales motivent parfois leurs pratiques prescriptives et une ambivalence est palpable. Afin de mieux comprendre cette ambivalence, il nous semble important d'étudier l'arrimage entre le raisonnement clinique, d'une part et la décision de prescrire, d'autre part. Les expériences des participants démontrent que ces processus ne sont pas toujours en adéquation. Le raisonnement clinique se définit comme étant « les processus de pensée et de prise de décision⁴ » qui mènent le médecin à proposer un traitement. Nous y référons ici comme le fait de juger essentiel ou non essentiel le médicament dans la prise en charge du patient. Nous avons identifié trois cas de figure qui se distinguent principalement par leur arrimage entre le raisonnement clinique et la décision. Chacun de ces cas de figure est soutenu par des raisons diverses, auxquelles sont associées des stratégies d'actions et des conséquences. En retour, chaque cas est associé à certaines représentations sociales des médicaments

4 De Alencastro L. *et al.* (2017), « Raisonnement clinique : de la théorie à la pratique... et retour », *Revue médicale suisse*, 13, p. 986.

spécifiques au TDAH, qui, influencent à leur tour les pratiques prescriptives. Au final, ces trois cas de figure s'associent pour dresser un portrait de l'ambivalence des professionnels de la santé à l'égard de l'usage et de la prescription des médicaments spécifiques au TDAH.

Cas de figure 1 : adéquation en faveur de la prescription

Le premier cas de figure relève de l'adéquation entre le raisonnement et la décision : les médecins jugent de la nécessité du médicament et le prescrivent. Il n'y a aucune ambiguïté, l'enfant a un TDAH et les médecins reconnaissent le médicament comme étant le meilleur outil thérapeutique, et ce, pour deux raisons. D'abord, il sert à « apaiser » l'enfant qui « butine, est dissipé » et « dans [la] tête [de qui.] ça doit être l'enfer ». Le médicament est perçu très favorablement dans ce contexte, comme le précise un médecin : « la médication fait très bien la job qu'elle peut faire [...] ça stimule le lobe frontal, donc ça stimule le stop du cerveau ». Ensuite, le médicament agit comme une clé, ouvrant la porte à des interventions non pharmacologiques qui permettent de « travailler sur autre chose » ou « aux stratégies d'être efficaces ». Pour y arriver, les médecins prescrivent « une petite dose qui fait du bien », qui favorise une meilleure réponse de l'enfant aux interventions psychopédagogiques. Comme le précise un psychologue : « La médication, elle aide à les mobiliser, à focaliser. »

Cas de figure 2 : non-prescription contestée

Le deuxième cas de figure regroupe les décisions de ne pas prescrire, qu'elles relèvent d'une adéquation ou d'une inadéquation avec le raisonnement clinique. Nous avons fait ce choix car les conséquences de la non-prescription mènent, dans les deux cas, à créer une tension dans la relation thérapeutique, ce qui permet de mettre en évidence des pratiques de prescription qui relèvent de la réticence, voire de la résistance à l'égard des médicaments. Deux raisons principales de ces refus sont identifiées. D'abord, les professionnels souhaitent laisser le temps à la situation de s'améliorer d'elle-même, surtout lorsque la maturité semble être au cœur du problème. L'enfant, surtout en maternelle, doit avoir la chance de continuer à se développer, à mûrir, à s'adapter. Le psychologue affirme aux parents que l'école « est capable de le gérer autrement » et qu'il faut faire attention à ne pas prescrire trop rapidement. Ensuite, bien qu'un TDAH soit constaté, le médecin refuse la prescription dans l'intérêt de l'enfant, avec l'espoir de maintenir, ou d'amorcer, une mobilisation des ressources non médicales (scolaires, psychosociales et parentales) parce que « dès que tu mets une pilule, tout le monde arrête de faire, le monde s'arrête pis y regarde. Y a plus rien qui est mis en place ». Le médicament est reconnu ici pour son utilité thérapeutique, mais contrairement au

cas de figure 1, il ne se présente pas ici comme supérieur aux autres approches, encore moins comme une pilule magique (Yates *et al.*, 2018). En ne le prescrivant qu'en dernier recours, les médecins affichent une vision mitigée des médicaments, contraire aux visions positives généralement attribuées (par exemple Vega, 2012). Il serait donc possible dans le cas du TDAH que les médecins soient interpellés par le contexte social.

Ces refus de prescrire ne sont pas sans créer de tensions dans la relation thérapeutique, mais les professionnels de la santé sont préparés à négocier et parmi les stratégies utilisées, ils mettent « l'accent sur les effets secondaires, pour tenter de convaincre les parents de [les] laisser tranquilles ». Ils sont aussi « capables d'asseoir, entre guillemets, [leur] autorité professionnelle » et font partager aux parents leur vision à long terme : « l'objectif, c'est de le rendre autonome à 20 ans, il nous reste douze ans ». Il arrive que la négociation soit plus intense et que les médecins justifient vigoureusement leurs décisions, certains rapportant se battre, voire « fighter ». Quand ils réussissent, les médecins du groupe de discussion s'encourageant entre eux, fiers : « Yes ! J'ai dit non. Heille go, tape là ! Mais c'est une bataille... je trouve... » Ces situations façonnent négativement les représentations des médicaments. Ce psychologue scolaire, bien qu'il ne prescrive pas, se retrouve en première ligne face aux parents et il refuse d'encourager la médication quand elle semble davantage jouer le rôle de drogue pour qu'un enfant atteigne son plein potentiel. « Non monsieur, ça c'est pas fait pour mieux réussir, c'est fait pour permettre à votre enfant de réussir. [...] à ce compte-là, on va mettre un distributeur à bonbons à l'entrée... tout le monde va mettre la pièce pour ramasser sa pilule en rentrant à l'école le matin. »

Cas de figure 3 : inadéquation en faveur de la prescription

Le troisième cas de figure relève d'une inadéquation entre le raisonnement et la décision : les médecins jugent que le médicament n'est pas essentiel, qu'il est même parfois inutile, mais ils le prescrivent malgré tout. Parmi les raisons invoquées par les médecins, certaines révèlent une capitulation (Collin *et al.*, 1999) – « ben, on finit par arrêter de se battre avec le système, pis on embarque dedans », d'autres, un constat d'impuissance (Collin *et al.*, 1999 ; Vega, 2012) – « il y a certaines urgences où on est obligé de traiter quand même, on travaille avec la médication pour essayer de les apaiser ».

D'abord, les médecins sont conscients qu'ils capitulent (Collin *et al.*, 1999) face : a) au retard accumulé et au « manque de temps » pour mener une évaluation en profondeur – « y a 20 minutes pour évaluer l'enfant, écouter le parent » ; b) à la pression qu'ils ressentent à prendre une décision rapide et positive – « on se fait appeler en urgence, y a des pharmaciens qui nous appellent, des fax urgents,

parce que les parents disent que c'est urgent, le prof a dit que c'était urgent, OK ! Wô là. Y a personne qui va mourir ! » ; c) à leur niveau de fatigue – « moi honnêtement, ça dépend de mon énergie cette journée-là. Tsé, comme c'est subjectif, ça dépend un peu de mon humeur » ; d) à leur envie de diminuer leur incertitude ou de se rassurer sur leur « peur de pas traiter, ou de pas considérer l'enfant qui en aurait réellement besoin ou qui en souffre réellement ». La prescription permet ici à la fois de gagner du temps de consultation et d'épargner la santé des médecins, épuisés par l'écoute des plaintes répétitives des patients (Vega, 2012). Le médicament s'inscrit ici sous la forme du médicament-concession (Collin, 2003), où un renoncement est fait pour maintenir la relation thérapeutique. Les médecins n'en sont pas fiers : « tu es conscient, que dans ton for intérieur, que c'était pas la bonne affaire à faire ». Pour tenter de renverser la vapeur et refléter sa désapprobation envers la pression à prescrire qu'il ressent, un médecin du groupe de discussion rapporte dire aux parents : « Aujourd'hui, je vais vous prescrire l'Advil®⁵ scolaire de votre enfant. C'est-à-dire, ça va faire du bien. Mais ça ne réglera pas le problème. » Cette métaphore reflète une représentation négative des médicaments spécifiques au TDAH, qui n'apportent qu'une solution temporaire au problème de l'enfant. Ce médecin emploie aussi l'expression « café des enfants » pour dénoncer une frontière poreuse entre les médicaments spécifiques au TDAH et les drogues stimulantes. Tous, sauf un psychologue, abondent dans ce sens et réfèrent aux médicaments spécifiques au TDAH comme à deux types de drogues : douces pour « apaiser l'enfant » ; de performance pour « majorer les performances cognitives et académiques ».

Les médecins font aussi un constat d'impuissance devant certaines situations et justifient leur prescription par un désir de sauver l'enfant, car il n'existe pas d'autres solutions (selon eux). D'abord, sauver l'enfant de lui-même, de ses « crises d'enfer à l'école » et de sa « désorganisation ». On utilisera le médicament pour « apaiser » l'enfant, mais aussi pour « débroussailler » la situation, en l'utilisant comme un test thérapeutique qui cible des symptômes (Collin, 2015), dans l'espoir de trouver la « vraie » source des difficultés de l'enfant. Bien que le médicament ne soit pas « diagnostique » et qu'il « altère le fonctionnement, chez la majorité des gens qui en prennent, avec ou sans TDAH ». On souhaite ensuite le sauver de son contexte familial et de la mauvaise organisation des services psychosociaux. « En même temps, je me dis, c'est la seule chose que je peux améliorer. Parce que ce parent-là, je sais pas s'il va se mobiliser. » Les médecins jugent négativement les pratiques parentales (Lohr *et al.*, 2018) et rapportent des idéaux salvateurs (Vega, 2012), où les psychotropes « guérissent » les

déviances sociales, telles le décrochage et le manque de responsabilité familiale. « Des fois, tu les écoutes, tu regardes comment la personne se comporte avec l'enfant, comment elle fait sa discipline... » Face à leur propre impuissance à aider l'enfant, les médecins choisissent la réponse pharmacologique, qui reste le principal outil à leur disposition. Le médicament devient ici le médicament-compassion (Collin, 2003) « pour pallier des détresses⁶ ».

Pratiques de prescription et pharmaceuticalisation

D'un côté, les professionnels de la santé admettent d'emblée que les médicaments spécifiques au TDAH sont, dans certaines situations, un outil thérapeutique positif à utiliser en première instance. De l'autre, ils le relèguent à un outil de dernier recours, questionnent ses frontières floues avec les drogues et décrivent sa banalisation en utilisant les termes « café des enfants » et « bonbons ». Cette hétérogénéité des représentations des médicaments spécifiques au TDAH est associée à une diversité de pratiques de prescription, qui ont été mises en lumière par le biais de trois cas de figure. Le premier montre une pratique de prescription qui correspond à ce qui est généralement attendu des médecins : une prescription découlant d'un raisonnement clinique qui donne une place centrale au médicament dans le traitement médical (Vega, 2012). Les deux autres cas de figure laissent toutefois entrevoir une situation beaucoup plus complexe où la décision de prescrire un médicament ne relève pas toujours d'une nécessité ou d'un raisonnement clinique cohérent. Le deuxième cas de figure montre une réalité plus surprenante, lorsque les professionnels de la santé refusent de prescrire des médicaments, même dans les cas où ils jugent qu'ils sont essentiels. Nous interprétons cette décision comme une résistance à l'égard de la pharmaceuticalisation (Collin, 2016), principalement à l'endroit du processus de moléculisation qui viendrait brouiller la frontière entre la maturité naturelle de l'enfant et l'artificielle créée par le médicament. Le troisième cas de figure, au contraire, montre plutôt qu'en capitulant devant l'insistance des parents ou encore face à un constat d'impuissance devant la situation vécue par l'enfant, les médecins démissionnent des approches alternatives et renforcent la pharmaceuticalisation. Ces trois cas sont chacun justifiés par plusieurs raisons, qui, comme l'ont montré d'autres avant nous, font une large part aux éléments subjectifs (Collin *et al.*, 1999 ; Vega, 2012 ; De Alencastro *et al.*, 2017 ; Lohr *et al.*, 2018).

⁶ Vega A. (2012), « Prescription du médicament en médecine générale. Première partie : déterminants culturels de la prescription chez les médecins français », *Médecine*, 4, p. 81.

Ces trois cas de figure, ainsi que les représentations sociales du TDAH et de ses médicaments spécifiques témoignent de l'ambivalence des professionnels de la santé à l'égard des usages et de la prescription des médicaments spécifiques au TDAH. Cette ambivalence montre que les pratiques de prescription jouent un rôle complexe à l'égard de la pharmaceuticalisation, que parfois elles renforcent, d'autre fois limitent. Nous avons constaté que cette ambivalence était présente, à divers degrés, chez tous les professionnels de la santé interrogés. Ainsi, dans leur pratique privée, médecins et psychologues font parfois preuve de résistance, comme parfois de capitulation face au médicament, soulèvent à la fois les effets positifs et délétères des médicaments et se questionnent au sujet de la frontière en drogue et médication.

En tant que revendicateurs et prescripteurs, les médecins (et les psychologues) sont en bonne position pour mettre un frein à l'accroissement de l'utilisation de psychostimulants chez les jeunes Québécois. La mise en lumière d'une certaine forme de résistance face à la pharmaceuticalisation offre une lueur d'espoir. Cependant, sans l'appui d'une politique claire du ministère de la Santé et des services sociaux, des établissements de santé ou des ordres professionnels, elle restera une résistance individuelle. Une telle action privée, non coordonnée, ne semble pas avoir la portée suffisante pour infléchir la courbe de la médication et des diagnostics, puisque cette ambivalence et cette résistance existent depuis déjà plusieurs dizaines d'années au Québec (Doré et Cohen, 1997).

Bibliographie

- Batstra L., Hadders-Algra M., Nieweg E., Van Tol D., Jan Pijl S., Frances A. (2012), « Childhood Emotional and Behavioral Problems: Reducing Overdiagnosis Without Risking Undertreatment », *Developmental Medicine and Child Neurology*, 54, p. 492-494. DOI : 10.1111/j.1469-8749.2011.04176.x
- Brault M.-C., Degroote E., Van Houtte M., Jean M. (soumis), « Relative Age Effect in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder at Different Stages of the Medicalization Process ».
- Brault M.-C., Lacourse É. (2012), « Prevalence of Prescribed Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Medications and Diagnosis Among Canadian Preschoolers and School-Age Children: 1994-2007 », *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, p. 93-101. DOI : 10.1177/070674371205700206
- Collin J. (2003), « Médicament et vieillesse : trois cas de figure », *Anthropologie et sociétés*, 27, p. 119-138. DOI : 10.7202/007449ar
- Collin J. (2015), « Universal Cures for Idiosyncratic Illnesses : A Genealogy of Therapeutic Reasoning in the Mental Health Field », *Health*, 19, p. 245-262. DOI : 10.1177%2F1363459314545695

- Collin J. (2016), « On Social Plasticity: the Transformative Power of Pharmaceuticals on Health, Nature and Identity », *Sociology of Health and Illness*, 38/1, p. 73-89. DOI : 10.1111%2F1467-9566.12342
- Collin J., Damestoy N., Lalande R. (1999), « La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées », *Sciences sociales et santé*, 17, p. 31-52. DOI : 10.3406/sosan.1999.1458
- Commission de la santé et des services sociaux (2020), *Mandat d'initiative sur l'augmentation préoccupante de la consommation de psychostimulants chez les enfants et les jeunes en lien avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)*, Assemblée nationale du Québec.
- Conners, C. K. (2008), *Conners Third Edition Manual*, Toronto, Multi-Health Systems.
- Conrad P. (2007), *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore (MD), Johns Hopkins University Press.
- De Alencastro L., Clair C., Locatelli I., Ebell M. H., Senn N. (2017), « Raisonnement clinique : de la théorie à la pratique... et retour », *Revue médicale suisse*, 13, p. 986-989. En ligne : revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-562/Raisonnement-clinique-de-la-theorie-a-la-pratique-et-retour
- Diallo, F. B., et al. (2019), *Surveillance du TDAH au Québec : Bureau d'information et d'études en santé des populations*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2019, 38 p. En ligne : inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2535_surveillance_deficit_attention_hyperactivite.pdf
- Doré C., Cohen D. (1997), « La prescription de stimulants aux enfants hyperactifs : une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants », *Santé Mentale au Québec*, 22, p. 216-238. DOI : 10.7202/502104ar
- Gouvernement du Québec (2009), Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. En ligne : assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html
- Graham L. J. (2008), « From ABCs to ADHD: The Role of Schooling in the Construction of Behaviour Disorder and Production of Disorderly Objects », *International Journal of Inclusive Education*, 12, p. 7-33. DOI : 10.1080/13603110701683311
- Guest G., Namey E., Taylor J., Eley N., McKenna K. (2017), « Comparing Focus Groups and Individual Interviews: Findings from a Randomized Study », *International Journal of Social Research Methodology*, 20, p. 693-708. DOI : 10.1080/13645579.2017.1281601
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) (2017), *Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins. Rapport rédigé par Mélanie Turgeon*, Québec, INESSS. En ligne : inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS-Rapport_TDAH_Qc.pdf

- Lohr W. D., Brothers K. B., Winder Davis D., Rich C. A., Ryan L., Smith M., Stevenson M., Feygin Y., Woods C., Myers J., Liu G. C. (2018), « Providers' Behaviors and Beliefs on Prescribing Antipsychotic Medication to Children: A Qualitative Study », *Community Mental Health Journal*, 54, p. 17-26. DOI : 10.1007/s10597-017-0125-8
- O'Connor C., Kadianaki I., Maunder K., McNicholas F. (2018), « How Does Psychiatric Diagnosis Affect Young People's Self-Concept and Social Identity? A Systematic Review and Synthesis of the Qualitative Literature », *Social Science & Medicine*, 212, p. 94-119. DOI : 10.1016/j.socscimed.2018.07.011
- Poulin Pierre-C. et autres signataires (2019a), « TDAH et médicaments : si nous sommes allés trop loin, quoi faire ? », *Journal de Québec*, 18 février. En ligne : journaldequebec.com/2019/02/18/tdah-et-medicaments-si-nous-sommes-alles-trop-loin-quoi-faire
- Poulin, Pierre-C. et autres signataires (2019b), « TDAH et médicaments : sommes-nous allés trop loin ? » *Journal de Québec*, 31 janvier. En ligne : journaldequebec.com/2019/01/31/tdah-et-medicaments-sommes-nous-alles-trop-loin
- Traoré I., Julien D., Camirand H., Street M.C., Flores J. (2018), *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes*, Québec, Institut de la statistique du Québec, t. 2, 189p. En ligne : bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PBo167oFR_EQSJS_2016_2017HooFoz.pdf
- Urquhart C. (2012), *Grounded Theory for Qualitative Research: A Practical Guide*, Londres, Sage.
- Vasiliadis H.-M. et al. (2017), « Temporal Trends in the Prevalence and Incidence of Diagnosed ADHD in Children and Young Adults between 1999 and 2012 in Canada: A Data Linkage Study », *Canadian Journal of Psychiatry*, 62, p. 818-826. DOI : 10.1177/02F0706743717714468
- Vega A. (2012), « Prescription du médicament en médecine générale. Première partie : déterminants culturels de la prescription chez les médecins français », *Médecine*, 4, p. 169-173. En ligne : unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/856_Déterminants_Prescription.pdf
- Willcutt E. G. (2012), « The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review », *Neurotherapeutics*, 9, p. 490-499.
- Yates T. D., Davis M. E., Taylor Y. J., Davidson L., Connor C. D., Buehler K., Spencer M. D. (2018), « Not a Magic Pill: A Qualitative Exploration of Provider Perspectives on Antibiotic Prescribing in the Outpatient Setting », *BMC Family Practice*, 19, p. 1-9.