

<b>Zeitschrift:</b>	Traverse : Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire
<b>Herausgeber:</b>	[s.n.]
<b>Band:</b>	10 (2003)
<b>Heft:</b>	1
<b>Artikel:</b>	Pistes sociologiques pour une histoire des prescriptions de Ritaline aux enfants hyperactifs
<b>Autor:</b>	Dupanloup, Anne
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-23620">https://doi.org/10.5169/seals-23620</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 07.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

---

## **PISTES SOCIOLOGIQUES POUR UNE HISTOIRE DES PRESCRIPTIONS DE RITALINE AUX ENFANTS HYPERACTIFS**

**ANNE DUPANLOUP**

Depuis quelques années en Suisse, l'hyperactivité infantile fait l'objet d'une polémique massivement relayée par les médias, au cœur de laquelle se trouve la Ritaline: un traitement médicamenteux indiqué pour ce trouble psychiatrique, mais largement controversé. Issu d'une recherche menée dans le cadre d'une thèse en sociologie sur *La prise en charge médicamenteuse des enfants diagnostiqués hyperactifs*, cet article présente quelques hypothèses concernant la médicalisation de plus en plus fréquente des troubles de comportements infantiles.

Pour comprendre la dynamique de la construction des savoirs et des techniques psychiatriques, il importe de ne pas limiter l'analyse au seul champ des spécialistes de la maladie mentale. La problématique de l'hyperactivité infantile va dès lors nous plonger au cœur de l'articulation du champ pédopsychiatrique et du champ social, dans le but de saisir quelques facteurs explicatifs des changements récents qui les affectent.

Sans entrer dans les détails de la définition progressive de ce syndrome depuis un demi-siècle, évoquons les principaux symptômes retenus dans le fameux *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* (DSM)<sup>1</sup> produit par l'Association de Psychiatrie Américaine (APA). En effet, le DSM fait généralement office de référence pour qui parle d'hyperactivité aujourd'hui.<sup>2</sup> La symptomatologie de cette catégorie psychiatrique, appelée officiellement *Trouble du Déficit de l'Attention / Hyperactivité* (TDAH), fait état de 3 types d'instabilité: le déficit d'attention (instabilité mentale ou cognitive), l'hyperactivité (instabilité motrice), l'impulsivité (instabilité émotionnelle).

Notre point de départ est le suivant. Au-delà de sa recension formelle dans la classification diagnostique susmentionnée, ce syndrome, qui émerge sur les frontières mouvantes de la normalité et de la pathologie, révèle de multiples incertitudes: des interrogations sur la validité de l'entité diagnostique, des méconnaissances étiologiques, des incertitudes pronostiques, des fluctuations épidémiologiques notables, etc. Cet ensemble d'incertitudes n'empêchent pas que des décisions thérapeutiques pour le moins radicales et déterminantes ■ 93

soient prises vis-à-vis de ces enfants *instables*. Au-delà des alternatives psychothérapeutiques qui se sont instituées autour de l'hyperactivité, il existe en effet un psychostimulant, le *Méthylphénidate* – dérivé d'amphétamine commercialisé sous le nom de Ritaline – qui est, selon le Compendium Suisse des médicaments, particulièrement indiqué pour ce syndrome. Même si ce produit ne constitue pas la seule réponse thérapeutique, et que la majorité des spécialistes prônent une intervention *multimodale* (thérapies associées), cette chimiothérapie s'impose de plus en plus – en témoigne l'augmentation des ventes de Ritaline – et son efficacité tend à supplanter ou à rendre secondaires les alternatives psychothérapeutiques au profit de la solution médicamenteuse. C'est pourquoi, décidant d'aborder par la molécule prescrite ce trouble aux contours flous – et de suivre ainsi la voie initiée par A. Ehrenberg dans son étude sur la dépression<sup>3</sup> – nous focaliserons notre regard sur l'évolution de l'administration de la Ritaline.

L'objectif poursuivi est donc de comprendre comment et à quel escient ce psychostimulant tend à s'imposer comme solution première aux problèmes comportementaux des enfants dits hyperactifs. Pourquoi les prescriptions de ce médicament ont-elles massivement augmenté depuis quelques années alors que la majorité des spécialistes reconnaissent que la Ritaline constitue un traitement palliatif et non curatif et que ses effets à long terme sur les cerveaux en développement des enfants restent mal connus? Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité lorsque l'on sait que dans les 2/3 des cas, les symptômes diminuent *naturellement* avec l'âge.

Pour saisir les enjeux de cette controverse socio-médicale,<sup>4</sup> notre propos sera divisé en deux parties: la première, axée sur l'analyse du champ médical et le rôle de la psychopharmacologie dans l'évolution des pratiques pédopsychiatriques, retracera brièvement l'histoire de la Ritaline et la détermination progressive de son indication pour le traitement du TDAH. Dans la seconde partie, nous partirons de l'analyse de la configuration genevoise, dans le but de dégager quelques éléments contextuels qui dépassent le champ psychiatrique, mais qui constituent des facteurs fondamentaux pour expliquer l'augmentation récente des traitements médicamenteux qu'engendre un diagnostic en termes d'hyperactivité.<sup>5</sup>

## EMERGENCE D'UNE INDICATION ET SUCCES D'UNE MOLECULE

C'est en 1944 que le Dr Panizzon, du laboratoire suisse Ciba, synthétise le *Méthylphénidate* considéré alors comme une innovation chimique située entre

94 ■ la caféine (mais plus efficace que celle-ci) et les amphétamines (mais sans

entraîner l'accoutumance qui a conduit à leur interdiction après la Deuxième Guerre mondiale). La publicité de l'époque auprès des médecins et des pharmaciens le présente comme un psychotonique de l'humeur qui «réconforte et stimule avec mesure», indiqué en cas de fatigabilité accrue, d'états dépressifs, de convalescence, voire comme coupe-faim. En tant que léger stimulant central qui «améliore l'humeur psychique et augmente les performances – sans rendre euphorique et tout en présentant une excellente tolérance», il était alors admis que son usage pouvait également profiter aux sujets sains «quand vous voulez être pleinement performant le lendemain d'une nuit blanche passée à réfléchir».⁶ Cette molécule a connu une extension non linéaire de son indication et de fortes différences internationales, comme le révèlent les dates suivantes de mise sur les marchés nationaux: en 1954, en Suisse (classée alors comme psychostimulant léger) et en Allemagne (où elle était délivrée sans ordonnance); deux ans après aux USA; en 1979 au Canada et en 1996 en France. L'usage comme *stimulant de l'humeur* – qui brouille les frontières entre drogue et médication – a rapidement disparu, au profit d'une prescription en cas de narcolepsie⁷ et, pendant un temps aux USA, d'une indication pour les régimes amaigrissants. Depuis les années 60, la molécule connaît un succès massif outre-atlantique et c'est d'ailleurs dans ce pays que Novartis (ex-Ciba) effectue la grande majorité des ventes de Ritaline. Ainsi, les Etats-Unis constituent un terrain privilégié pour qui cherche à expliquer la sociogenèse de ce traitement médicamenteux.

La prescription aux enfants présentant des problèmes de comportements (*Behavior Disorder*) du Méthylphénidate n'est pas nouvelle: à la fin des années 50, un certain nombre d'articles américains en font déjà état. Le «syndrome hyperkinétique»⁸ était alors évoqué, mais il ne constituait pas encore l'indication par excellence de ce médicament. Par ailleurs, à cette époque, l'usage médical d'un tel produit auprès des enfants était exceptionnel, d'ordre expérimental et réservé aux «cas graves» (des enfants placés en institution). Cette assertion, valable pour les milieux cliniques, se doit toutefois d'être nuancée, car il est vrai que les publicités de Ciba de l'époque paraissaient beaucoup moins scrupuleuses. En 1956, la Société Suisse de Psychiatrie et le Comité National Suisse d'Hygiène Mentale ont d'ailleurs dû intervenir, arguant de la dangerosité du produit, pour faire retirer les indications contestables de cette industrie pharmaceutique qui conseillait une médication à base de Ritaline (le *Serpatonil*) pour traiter la «libilité affective des écoliers».<sup>9</sup>

Au-delà des raisons *effectives* pour lesquelles ce produit a pu être prescrit, force est de constater qu'aux Etats-Unis, l'administration de cette molécule aux jeunes enfants n'a cessé d'augmenter depuis les années 60. L'élargissement de la population concernée, que l'on estime aujourd'hui s'élever – selon ■ 95

les sources – entre 5 et 20 pour cent des enfants américains scolarisés (intégrés dans un cursus ordinaire), est en effet indéniable. Si l'Europe paraissait, jusque dans les années 90, moins adepte de consommation de psychostimulants à l'intention des enfants, aujourd'hui certains pays comme l'Allemagne, l'Angleterre et la Suisse cherchent, semble-t-il, à «ratrapper le retard américain».<sup>10</sup> Une récente étude de Swissmedic estime qu'actuellement dans le Canton de Neuchâtel, la Ritaline est prescrite à près de 3 pour cent des garçons<sup>11</sup> de 6 à 15 ans, et qu'entre 1996 et 2000, le nombre de patients ayant reçu au moins une fois une ordonnance de ce produit a augmenté de 470 pour cent.<sup>12</sup>

Le consensus semble être actuellement établi autour de la définition du diagnostic sur laquelle se basent les prescripteurs de Ritaline: dans leur grande majorité, ceux-ci se réfèrent à la définition symptomatique du syndrome issue de la classification américaine (le DSM-IV). Or il faut savoir qu'avant de s'imposer comme référence première sur la scène psychiatrique mondiale, ce manuel a été profondément remanié au cours des années 80. Ainsi, alors qu'on assistait aux USA à une explosion des prescriptions de Ritaline aux enfants entre les années 60 et 80, le trouble pour lequel ce produit est aujourd'hui indiqué, était alors tout à fait secondaire dans les classifications psychiatriques. Par conséquent, contrairement à la représentation courante de la logique expérimentale qui voudrait que l'on recherche un traitement pour soigner une pathologie *donnée*, dans le cas du TDAH, il y a tout lieu de penser que c'est l'entité diagnostique – ou plutôt sa définition *critérisée* du DSM – qui a progressivement été remaniée pour correspondre à l'effet thérapeutique de ce psychotrope. De fait, lorsqu'on met en parallèle l'histoire de cette molécule, celle des indications pour lesquelles elle a été administrée et la définition du syndrome pour lequel elle est aujourd'hui prescrite, il apparaît que les effets de ce médicament et l'explication de son mode d'action ont participé à la genèse de ce trouble infantile – ou plus exactement au regroupement singulier des symptômes qui le constituent – et à son autonomisation progressive aujourd'hui cristallisée dans le DSM-IV (1994) sous le terme de TDAH.<sup>13</sup>

Alors que la majorité des spécialistes admettent encore aujourd'hui que les causes du TDAH ne sont pas connues et que l'on ne peut dissocier les éléments biogénétiques des facteurs psychosociaux, l'efficacité de cette substance et la connaissance que nous avons de son action sur les neurotransmetteurs semblent entériner l'imputation d'une cause essentiellement neurobiologique à ce trouble infantile. De plus, comme la Ritaline améliore la concentration, permet un meilleur contrôle de l'impulsivité, diminue l'agitation motrice et favorise les capacités d'apprentissage et les performances scolaires, son action – rapidement visible et massivement reconnue – sur les symptômes jugés

96 ■ problématiques est bien souvent évoquée comme preuve de la présence du

syndrome, alors qu'en réalité des études ont montré que cette molécule avait également un effet chez les sujets *normaux*.

Ainsi, l'efficacité de ce psychotrope a non seulement contribué à sceller la validité diagnostique de l'entité TDAH, mais elle a également favorisé l'ancrage d'une vision essentiellement neurophysiologique des comportements socialement inadaptés. Cette *naturalisation* du problème, dotée d'un label scientifique et médical, vient certifier en retour la légitimité des chimiothérapies qui se généralisent en dépit de l'incertitude concernant leurs effets secondaires, au point de supplanter parfois les approches psychothérapeutiques ou éducatives dont les effets à court terme sont moins perceptibles et le coût plus élevé.

Dans ce processus de médicalisation de l'inadaptation comportementale, l'industrie pharmaceutique est évidemment partie prenante. La Ritaline, qui fait partie des 20 produits phare de Novartis, rapporte à cette dernière plus de 240 millions de francs suisses par an et il y a tout lieu de penser que ce marché a un bel avenir devant lui.<sup>14</sup> Sachant que cette firme finance non seulement l'American Psychiatry Association (auteur du DSM et détentrice de la plupart des revues spécialisées, mondialement reconnues dans le domaine), mais également certaines associations actives dans la promotion de cette molécule, nous ne pouvons nier le rôle fondamental joué par l'industrie pharmaceutique dans la diffusion et la publicité de cette solution thérapeutique.<sup>15</sup>

Les facteurs pharmaceutiques et économiques ne sont toutefois pas suffisants pour comprendre l'augmentation des prescriptions de Ritaline aux enfants diagnostiqués hyperactifs, d'autant que, dans le même temps, la méfiance à l'égard des amphétamines et les appels à la vigilance ne se sont pas amoindris. Il est donc nécessaire de considérer les conditions sociales qui permettent à cette conception thérapeutique de s'imposer de plus en plus dans les milieux éducatifs. Car si la thérapie chimique est médicalement efficace, nous allons voir, à partir de l'analyse d'une situation locale (Genève), qu'elle l'est aussi socialement, dans la mesure où elle répond à de multiples attentes. Son succès peut être considéré comme le résultat d'une convergence d'intérêts divers.

## LES RAISONS SOCIALES D'UN SUCCÈS MEDICAL

Pour interroger les raisons et les enjeux sociaux de ce succès, nous examinerons les arguments de celles et ceux<sup>16</sup> qui se disent favorables à cette solution médicamenteuse, en partant des différents acteurs intervenant dans le processus de décision thérapeutique: les parents, qui constituent l'instance de décision officielle en matière thérapeutique (que nous aborderons ici par l'intermédiaire des associations regroupant ceux d'entre eux qui entendent ■ 97

faire valoir leur point de vue dans l'espace public); les agents scolaires, qui sont bien souvent à l'origine de la plainte ou de la demande d'intervention; les professionnels de la pédopsychiatrie, psychologues et pédiatres, qui sont plus ou moins habilités à intervenir (un groupe traversé, comme l'ensemble du champ du champ de la santé mentale par la polarisation entre les adeptes d'une approche psychodynamique et les tenants d'une conception neurobiologique); les médias, qui diffusent l'information, affûtent les regards, enjoignent à la vigilance et constituent un outil de pression non négligeable.

Il faut savoir tout d'abord que le principal motif évoqué pour justifier un traitement médicamenteux en cas de troubles comportementaux a trait au risque d'échec scolaire et d'exclusion sociale. L'école constitue un acteur central dans le repérage et le signalement des enfants hyperactifs, et ce pour deux raisons. La première, c'est que la majorité des critères diagnostiques qui constituent ce syndrome sont étroitement liés aux normes scolaires. La seconde, c'est que, bien souvent, ce sont les enseignants qui, enjoins au dépistage précoce des enfants présentant des signes d'inadaptation, sont à l'origine de la plainte (arguant le caractère *ingérable* de ces enfants au sein du groupe-classe) et suggèrent aux parents la nécessité d'une prise en charge psycho-médicale. Actuellement à Genève, c'est le Service Médico-Pédagogique (SMP) – instance placée sous l'autorité du Département de l'Instruction Publique – qui constitue la ressource première pour la prise en charge des enfants présentant des difficultés scolaires.<sup>17</sup> Sans être habilités à poser un diagnostic, les enseignants sont néanmoins susceptibles d'exiger un bilan psychologique, d'orienter les parents vers tel ou tel service de consultation, voire de suggérer l'existence de ce syndrome psychiatrique. Lorsque les parents acceptent de consulter le SMP, des prises en charge ambulatoires sont alors négociées et, pour les cas graves, un placement en classe ou en institution spécialisées (gérées par le SMP) est proposé. Compte-tenu des affinités théoriques et pratiques que le SMP entretient avec le courant psycho-dynamique – d'obédience psychanalytique – son approche de l'hyperactivité infantile s'éloigne quelque peu de la définition du DSM au profit d'une conception plus globale de la personnalité de l'enfant qui se réfère plutôt à la classification française des troubles mentaux, dans laquelle «l'hyperkinésie» constitue un diagnostic secondaire. Cette perspective théorique conduit généralement à une prise en charge globale de l'enfant, voire de la famille, qui s'inscrit plutôt dans la durée. Disons, de manière un peu sommaire, que même si le SMP affirme prescrire de la Ritaline depuis presque 30 ans, cette pratique reste marginale dans l'ensemble des thérapies qu'il dispense. Pour donner un ordre de comparaison actuel: alors que le SMP prescrit des traitements médicamenteux dans 20 pour cent des

de Genève – service spécialisé en neuropédiatrie, dont les conceptions théoriques et pratiques se réfèrent à un célèbre hôpital américain – conduisent dans 50 pour cent des cas à l'administration de psychotropes, la Ritaline constituant le premier choix.<sup>18</sup> Au-delà des collaborations que ces deux instances affirment entretenir, force est de constater que leur prise de position médiatique respective au sujet de la Ritaline n'ont pas le même ton. Face à la polémique qui a émergé à Genève ces dernières années, d'éminents spécialistes en neuropédiatrie de l'Hôpital de Genève se sont montrés plutôt favorables à la prescription médicamenteuse, alors que les responsables du SMP affichent de nombreuses réserves devant l'engouement pour cette solution chimique.

C'est dans ce contexte que, portées par leur succès médiatique,<sup>19</sup> des associations de parents d'enfants hyperactifs sont montées au créneau contre le SMP, par voie de presse et interpellations des autorités politiques, se plaignant de sa politique insatisfaisante en matière de prise en charge des enfants hyperactifs. Ces associations accusent cette instance d'éducation spécialisée de faire des erreurs diagnostiques (en utilisant avec trop de parcimonie la classification américaine), d'être bornée à une unité de doctrine dépassée (la psychanalyse), de préférer la mise à l'écart des enfants différents (placés en éducation spécialisée) plutôt que leur intégration, de proposer des thérapies longues, coûteuses et inefficaces, d'avoir le quasi-monopole du partenariat avec les responsables scolaires, de faire preuve d'immobilisme, de manque de souplesse dans la négociation avec les familles, voire de non-assistance à personne en danger.<sup>20</sup> Arguant du progressisme américain dans ce domaine, ces associations cherchent à promouvoir une conception essentiellement neurobiologique du problème et prônent le traitement médicamenteux comme solution première à l'inadaptation scolaire. Dans le but de favoriser un repérage précoce de leur enfant et un étiquetage psychiatrique de leur différence, ces groupes de parents veulent sensibiliser l'opinion publique en faisant connaître ce trouble et les signes qui permettent de le déceler. Pour ce faire, ils diffusent une information avertie mais facilement accessible par le biais de leur site Web, organisent des conférences et offrent des groupes de soutien aux parents démunis ou insatisfaits des pratiques du SMP.

Ces associations ont compris qu'au vu de l'importance du regard des enseignants ainsi que de leur rôle, la maîtrise de l'information dispensée à ces derniers sur le sujet constitue un enjeu majeur pour qui cherche à instaurer comme légitime et approprié un certain type de thérapie. Depuis deux ou trois ans, elles s'attellent à interpeller tant les autorités scolaires que les milieux médicaux pour qu'une information ciblée soit systématiquement fournie aux psychologues, pédiatres, enseignants et pour que ces derniers soient habilités ■ 99

à remplir des tests de dépistage servant à poser le diagnostic TDAH. En l'espace de quelques années, l'activité de ces groupes de parents sur la scène médiatique leur a conféré un pouvoir d'influence indéniable, au point de devenir des interlocuteurs quasi incontournables des milieux spécialisés et une source d'information importante pour qui s'intéresse à ce problème.

Ces associations de parents ne se sont pas constituées en opposition au monde médical, même si elles peuvent se montrer parfois très virulentes et critiques vis-à-vis des pédiatres ou des pédopsychiatres qui se disent sceptiques ou opposés à la prescription de psychotropes. Il est vrai que les détracteurs de la médication existent et que, lorsqu'ils interviennent dans le débat public, c'est pour: brandir le risque d'accoutumance au produit, suggérer la limite ambiguë entre drogue et médication, dénoncer des pratiques de dopage institué, déplorer les abus de prescription américains, ou dire simplement leur méfiance vis-à-vis des effets secondaires d'un tel traitement. Ces contre-positions semblent toutefois avoir, depuis cinq ans, beaucoup moins d'écho dans l'espace médiatique que les arguments des défenseurs d'une conception essentiellement neurobiologique. Il est probable que dans cette controverse, l'Eglise de Scientologie – qui a fait de la psychiatrie un de ses ennemis majeurs – ait depuis quelques années paralysé les positions critiques en se manifestant avec vigueur contre la prescription de Ritaline. Dès lors, toute voix sceptique ou opposée à ce type de pratique est systématiquement soupçonnée d'être porte-parole de la communauté scientologue. Cette mauvaise presse faite aux opposants explique vraisemblablement aussi le fait que la psychopharmacologie infantile ait investi avec autant de force le champ de «la clinique de l'inadaptation»,<sup>21</sup> en suscitant des résistances finalement assez discrètes dans l'opinion publique. Il faut dire que, dans leur travail de promotion de la solution médicamenteuse, les associations de parents ont bénéficié du soutien – donc de la forte crédibilité – de certains neuropsychiatres<sup>22</sup> (notamment de l'Hôpital Universitaire Genevois). C'est également sur le terrain médical et scientifique qu'elles puisent les arguments de leur revendication qui, une fois passés au crible de la vulgarisation, visent à conférer à ces enfants perturbateurs une *biolégitimité*. En d'autres termes, il s'agit de faire reconnaître une différence sociale, en l'occurrence une inadaptation comportementale, comme médicalement (neurobiologiquement) significative.

Lorsqu'on analyse les justifications de leurs actions médiatiques, on comprend que la tendance à médicaliser la déviance (ou volonté d'acquérir une *biolégitimité*) est en fait porteuse de tout un univers symbolique et moral jouant sur l'attribution de la responsabilité des actes de cet enfant qui «ne fait pas société».<sup>23</sup> La représentation neurobiologique des troubles comportementaux

100 ■ défendue par ces associations a par exemple l'avantage de s'accorder avec

L'idéal de l'*innocence infantile* qui a cours dans notre société. Les discours sur l'hyperactivité et le déficit d'attention insistent en effet sur l'idée que les comportements intolérables de l'enfant ne sont pas le résultat d'une conduite délibérée de sa part. Il s'agit de faire admettre que l'enfant n'est pas responsable d'une action consciente ou intentionnelle (ce qui était le cas dans la psychiatrie morale du début du siècle qui considérait ces enfants coupables de *méchanceté*), ni même d'une réaction inconsciente, expression d'un conflit symbolique lié aux expériences de la petite enfance au sein de la famille (idée véhiculée par les approches psychanalytiques). Dès lors, la figure de l'enfant déviant mais innocent, victime d'un dysfonctionnement neuropsychologique, est débarrassée d'une représentation qui fait de lui un sujet agissant, auteur de ses actes (donc punissable). De plus, cette conception désamorce l'accusation ou la peur pour les parents d'être de «mauvais parents». Contrairement aux approches psycho-dynamiques qui mettent en question le contexte familial et interprètent les symptômes de l'enfant comme des réactions symboliques en lien avec une situation affective et relationnelle singulière, le raisonnement en termes de pathologie permet de déculpabiliser des parents qui, par ailleurs, se disent littéralement épuisés par cet enfant *intenable*, et désarçonnés par la situation. En outre, ces associations expriment ouvertement leur aversion farouche pour tout ce qui touche à la psychanalyse et il n'est pas étonnant qu'elles se heurtent aux pratiques du SMP.

En désamorçant le jeu d'imputation de la responsabilité, la médicalisation des difficultés scolaires permet aux parents, mais aussi aux enseignants, de reconnaître le problème comme cliniquement significatif et la nécessité de le prendre en charge, tout en ménageant les susceptibilités interpersonnelles et en évitant les conflits. Cette économie morale épargne le système normatif à l'œuvre et la gestion des contraintes éducatives d'une quelconque remise en question concernant, par exemple, leurs degrés d'exigence et leurs modalités d'action. Plus encore, la traduction médicale des comportements inadéquats réifie cet univers normatif, en créditant l'*état d'inadapté* d'un label scientifique quasi intouchable pour les non-spécialistes.

Il serait toutefois limité de ne voir dans ce processus de médicalisation de la déviance que le renforcement du système normatif, car ce codage psychiatrique, grâce aux moyens chimiques efficaces qui lui sont associés, semble également permettre une négociation plus flexible des conséquences subies par les enfants non conformes, à savoir: le risque d'échec scolaire (effectif ou anticipé). Or, de nos jours, celui-ci a pris une couleur majeure sur la palette des risques d'exclusion sociale encourus par les individus en devenir. La justification par la pathologie des comportements atypiques de l'enfant autorise les parents à revendiquer un espace de tolérance plus grand auprès des agents ■ 101

scolaires. Dans cette négociation école-famille, le traitement médicamenteux du TDAH servirait de monnaie d'échange entre la volonté des parents de préserver l'intégration de leur enfant en cursus scolaire ordinaire et l'incitation qui leur est faite d'une prise en charge extra-scolaire – en l'occurrence médicale – de son inadaptation. Nous postulons que ce coup de pouce psychopharmacologique – qui permet de dépasser l'intransigeance de la sélection scolaire et le risque d'une exclusion déterminante – évite également la mise en question de l'organisation scolaire, des critères d'évaluation à l'œuvre, du seuil de tolérance des enseignants, ou des attentes sociales en général qui s'avèrent, au final, extrêmement exigeantes.

Cette analyse permet de comprendre en partie pourquoi, en dépit des pronostics plutôt optimistes concernant l'évolution de ce trouble censé s'atténuer avec l'âge, certains parents optent finalement et malgré leurs appréhensions pour un traitement médicamenteux dont on évalue mal les risques à long terme. Elle éclaire également les logiques qui les ont conduits à s'organiser collectivement pour promouvoir un étiquetage psychiatrique, déstigmatiser l'usage d'un psychotrope controversé et faciliter son accès.

On ne peut ignorer cependant que ces pratiques médicamenteuses, qui s'instaurent de plus en plus comme solution à la lutte contre l'échec scolaire (mais aussi comme prévention de la déviance et de l'exclusion), s'apparentent aux micro-technologies (on pourrait parler de *chimio-techniques*) du pouvoir disciplinaire que Foucault décrit dans *Surveiller et punir*.<sup>24</sup> Alors que la conquête d'une biolégitimité vise la reconnaissance d'une différence comme cliniquement significative et ouvre un espace de tolérance et d'intégration, le traitement médicamenteux qui s'ensuit est autrement contraignant surtout s'il s'impose comme condition nécessaire à cette possibilité d'intégration. En instituant comme légitime une pratique de normalisation basée sur la modification chimique des comportements de l'enfant, l'administration de cette molécule n'aboutit pas à l'assouplissement des exigences éducatives qui se présentent à l'enfant; elle permet au contraire, par un processus de *naturalisation*, de renforcer le système de contraintes, et surtout, de l'imposer de plus en plus précocement aux enfants.

## CONCLUSION

En réfutant l'idée de l'autonomie du champ psychiatrique et en montrant que le diagnostic psychiatrique, souvent dénoncé comme stigmatisant, peut pourtant servir une certaine intégration, la thèse défendue ici pointe l'insuffisance des 102 ■ thèses désormais classiques de l'antipsychiatrie. En effet, celles-ci insistent

uniquement sur le fait que la psychiatrie trace la frontière entre santé mentale et pathologie en imposant sa propre normativité, et qu'elle opère systématiquement par exclusion ou mise à l'écart de *l'anormal*. Cette lecture disciplinaire et oppressante de l'univers psychiatrique n'est à notre avis que partiellement applicable à la situation actuelle, puisque le rôle aujourd'hui assigné à la psychiatrie n'est plus tant d'exclure que d'intégrer, comme en témoigne l'extension de son champ d'investigation qui ne se limite plus à la *maladie* mentale mais à la *santé* mentale et à la souffrance des exclus (ou risquant de l'être).

Plus que jamais sollicitée par les pouvoirs publics et la pression des représentants de patients, la psychiatrie dispose depuis une cinquantaine d'années de molécules efficaces. Aussi a-t-elle aujourd'hui les moyens d'exercer une modalité singulière de régulation des humains permettant à la fois d'éviter leur exclusion, de désamorcer l'épineuse question de la responsabilité, de diminuer les coûts sociaux d'un encadrement relationnel, tout en donnant une caution médicale et scientifique aux normes sociales qui sont à l'œuvre dans le débat sur l'(in)adaptation.

Il est clair que les progrès psychopharmacologiques ont contribué à élargir le champ d'investigation et le potentiel d'action (donc de contrôle) qui sont impartis aux professionnels de la santé. Néanmoins, même si le facteur pharmacologique peut en partie expliquer l'évolution des catégories psychiatriques et des dispositifs de prise en charge des minorités inadaptées, le champ psychiatrique n'est pas un domaine autonome. Etudier son histoire et les changements qui l'ont affecté implique l'étude des conditions sociales de possibilité de cette évolution. C'est du moins ce que nous avons tenté de montrer, postulant que l'évolution des catégories diagnostiques et les découvertes médicales ne sont pas tant conduites par une logique cognitive ou épistémique pure (une sorte de progressisme naturel des connaissances scientifiques) que par un jeu complexe de rapports de force configurationnels faisant intervenir – en amont et en aval des productions scientifiques – un ensemble d'arguments sociaux, politiques, moraux et économiques que le sociologue des sciences peut s'atteler à dégager.

#### *Notes*

1 American Psychiatric Association, DSM-IV Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux, Paris, 1996 (éd. orig. américaine 1994).

2 Pour plus de détails sur le processus d'autonomisation de ce syndrome et sa recension dans les manuels de diagnostics psychiatriques, voir: Anne Dupanloup, «Le succès médical et social d'une psychopathologie: l'hyperactivité infantile», *Carnets de Bord* 2 (déc. 2001), 23–37. De manière plus générale, on trouve une brillante analyse du triomphe de cette

- entreprise de classification des troubles mentaux menée par l'APA qui a beaucoup œuvré dès le milieu des années 70 pour la refonte complète et la diffusion massive du DSM-III (1980) et ses versions suivantes (DSM-III-R, 1987, DSM-IV, 1994), in: Stuart Kirk, Herb Kutchin, *Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Paris, 1998.
- 3 Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Paris 1998.
- 4 Nous reconnaîtrons, dans cette perspective, l'influence des travaux de Callon et ses collègues, sur les controverses socio-techniques: Michel Callon, Pierre Lascoumes, Yannick Barthes, *Agir dans un monde incertain*, Paris 2001.
- 5 Le matériel empirique à la base de cette analyse est constitué autant d'écrits spécialisés (reconnus comme références en matière d'hyperactivité infantile), de discours médiatiques (articles grand public, émissions TV, radio, sites internet) que d'entretiens avec des responsables d'associations. Dans le cadre restreint de cet article, j'ai dû me limiter à l'essentiel les références à la littérature et aux sources utilisées. Celles-ci figureront de manière détaillée dans ma thèse de doctorat en sociologie (Université de Neuchâtel).
- 6 Renate Weber, «L'histoire de Ritalin», *Life Science (Novartis)* 2 (2000), 8–9.
- 7 Parmi les symptômes de la narcolepsie, on note: accès subits de sommeil incercible durant la journée, tout à fait hors de propos, et perte subite du tonus musculaire volontaire (*Compendium Suisse des médicaments*, Bâle 1994).
- 8 Le «syndrome hyperkinétique» est une des diverses notions employées pour désigner le trouble de l'hyperactivité. Si cette notion est aujourd'hui beaucoup moins courante, elle reste néanmoins toujours d'usage, notamment dans la *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent* (dir.: Roger Misès), Paris 1992.
- 9 Archives Hôpital psychiatrique de Malévoz (Monthey-VS): Correspondance, Hôpital de Cery, Clinique psychiatrique universitaire, VD, 30. 11. 1956.
- 10 Les autorités suisses de santé publique semblent adhérer à l'idée selon laquelle l'expérience américaine constitue un exemple à suivre: en témoigne un entretien à la télévision en avril 2002 avec le chef de la division stupéfiant de Swissmedic qui, sans inquiétude, affirme publiquement au sujet de l'augmentation de la consommation de Ritaline: «Il est vraisemblable que le retard que nous avions par rapport aux Etats-Unis sera rattrapé, il est déjà au point de l'être actuellement et il le sera encore au cours des prochaines années vraisemblablement.»
- 11 L'hyperactivité est diagnostiquée 4 à 9 fois plus souvent chez les garçons que chez les filles. Cette inégalité de prévalence mériterait évidemment d'être approfondie d'un point de vue sociologique, mais le cadre de cet article ne nous permet pas de développer cette question.
- 12 Institut Suisse des produits thérapeutiques, Swissmedic est né de la fusion de l'OICM et de l'Unité Thérapeutique de l'OFSP, en janvier 2001. L'étude mentionnée ici est la suivante: Jean-Blaise Montandon, Laurent Médioni, «Evolution du nombre de prescriptions de RITALINE® (méthylphénidate) dans le canton de Neuchâtel entre 1996 et 2000», *Bulletin 15 de l'OFSP*, 8 avril 2002, 284–290.
- 13 Cette question fait l'objet d'une démonstration plus étendue dans ma thèse de doctorat. Notons toutefois que si le phénomène ici décrit est particulièrement manifeste dans le cas de la Ritaline, la redéfinition des troubles en fonction des effets des psychotropes est un phénomène plus largement observé, voire dénoncé, notamment au sujet des antidépresseurs et des anxiolytiques.
- 14 Sans entrer dans les détails, mentionnons deux tendances récentes: la pérennisation du trouble au-delà de l'adolescence et le débat sur l'*hyperactivité des adultes* qui pourraient également bénéficier d'un tel produit.
- 15 Le rapport annuel 2001 de l'association américaine, CHADD (Children and Adults with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder), fait état du soutien financier de Novartis ([www.chadd.org](http://www.chadd.org)). Cette firme pharmaceutique a par ailleurs créé des pages Web sur le «traitement approprié du TDAH» (en anglais ADHD) et propose un programme de prise

- en charge (S. T. A. R. T = Straight Talk About Responsible Treatment; [www.pharma.us.novartis.com](http://www.pharma.us.novartis.com)).
- 16 Pour alléger le style, nous nous dispenserons dorénavant de la féminisation.
  - 17 Anne Dupanloup, *Un psychologue dans l'école*, Genève, 1998.
  - 18 C. C. Menache, D. K. Urion, Ch. A. Haenggeli, «Hyperactivité avec déficit de l'attention: point de vue du neuropédiatre», *Médecine & Hygiène*, Genève (20 octobre 1999), 1994–2001. L'hôpital américain qui sert de point de comparaison dans cet article est le Children's Hospital of Boston (Dpt. of neurology, Harvard Medical School).
  - 19 Parmi la nuée d'articles parus sur les enfants hyperactifs ces dernières années dans les journaux romands, la plupart font référence aux associations de parents d'enfants hyperactifs comme l'ASPEDAH ou HYPROS qui sont devenues en très peu de temps une source d'information incontournable. Profitons de cette note pour préciser que ces associations de parents ne représentent pas les points de vue de tous les parents concernés par le TDAH. Toutefois, puisque nous cherchons à comprendre le succès de la Ritaline, nous ne pouvons ignorer qu'indépendamment de leur importance quantitative (un peu plus de 300 familles sont membres de l'ASPEDAH, et moins d'une centaine d'HYPROS), ces groupes de parents, défenseurs de la médication, sont particulièrement actifs dans la publicité qui est faite de ce traitement, et qu'ils occupent une position cruciale dans la configuration qui se dessine autour de cette controverse. Il est indéniable que leur écho médiatique va bien au-delà d'une diffusion interne de leurs revendications, puisqu'il constitue aujourd'hui une référence majeure pour qui s'intéresse à ce problème. Une description socio-historique plus précise de ces associations (au nombre de 3 en Suisse Romande) figure dans ma thèse de doctorat.
  - 20 Ces prises de positions se rencontrent dans la presse quotidienne (par exemple *Courrier* (16. 11. 1998), *Tribune de Genève* (10. 11. 1998), sur les sites internet d'Hypros et de l'Aspedah ([www.hypsos.ch](http://www.hypsos.ch); [www.aspedah.ch](http://www.aspedah.ch)), dans le rapport de la commission des pétitions P 1287-A ([www.geneve.ch/grandconseil/1997-2001/Texte/P01287A.pdf](http://www.geneve.ch/grandconseil/1997-2001/Texte/P01287A.pdf)). Elles proviennent également des entretiens effectués avec certains responsables d'associations.
  - 21 Concept emprunté à Patrice Pinell, Markos Zafiropoulos, *Un siècle d'échecs scolaires (1882, 1982)*, Paris 1983.
  - 22 Cette information provient des entretiens effectués avec des responsables de l'ASPEDAH et d'HYPROS. Dans son tout récent ouvrage de vulgarisation, Charles-Antoine Haenggeli, neuropédiatre à l'Hôpital cantonal et universitaire de Genève, réputé pour être un spécialiste de la question, mentionne à la fin de son livre, à l'attention des parents, les coordonnées de ces deux associations (*Toby et Lucy, deux enfants hyperactifs*, Genève 2002, 92).
  - 23 Expression empruntée à Alain Ehrenberg qui parle de l'image de la «victime coupable» associée au toxicomane, «qui n'a pas le souci de l'autre» dans *L'individu incertain*, Paris 1995, 107.
  - 24 Michel Foucault, *Surveiller et Punir*, Paris 1975.

## **ZUSAMMENFASSUNG**

### **SOZIOLOGISCHE ANSÄTZE FÜR EINE GESCHICHTE DES VERSCHREIBENS VON RITALIN AN HYPERAKTIVE KINDER**

Das Problem der Hyperaktivität von Kindern und die medikamentöse Behandlung, die mit dieser psychiatrischen Diagnose verbunden ist, sind Gegenstand einer Kontroverse, die es soziologisch zu untersuchen gilt. Ziel des Beitrags ist es, ausgehend von der Entdeckung eines Moleküls, dessen Anwendung sich zunehmend auf diese psychische Störung konzentriert, zu verstehen, wie sich dieses Psychopharmaka als prioritäre Lösung für die Verhaltensprobleme der betroffenen Kinder etablieren konnte und warum die Verschreibung des Medikaments in den letzten Jahren massiv zugenommen hat. Die eingenommene Perspektive versucht, die Gründe für den medizinischen, aber auch sozialen Erfolg dieser Behandlungsmethode zu eruieren. Es geht im weitesten Sinn darum, Erklärungsansätze für die Entstehung einer Psychopharmakologie für Kinder und die Art und Weise, wie diese den medizinischen Umgang mit unangepasstem Verhalten beeinflusste und veränderte, zu entwickeln. Die Autorin präsentiert in ihrem Beitrag einige Hypothesen einer laufenden Studie, die zugleich ihre Dissertation in Soziologie darstellt.

*(Übersetzung: Urs Germann)*