

# La prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique

Svetlana Sholokhova & Koen Cornelis — Service d'études

*Remerciements à Clara Noirhomme*

## Résumé

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble psychiatrique. Ce diagnostic est posé par un·e psychiatre suivant les critères établis dans un *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) développé aux États-Unis. En Belgique, suivant les recommandations internationales, la prise en charge de ce trouble consiste d'abord dans une approche non-médicamenteuse, notamment la psycho-éducation et le suivi psychologique. En cas d'absence d'amélioration, un médicament psychostimulant peut être prescrit. Une approche médicamenteuse peut être envisagée dès le début du diagnostic si le·la spécialiste considère que le trouble est sévère.

Le méthylphénidate est le médicament le plus souvent utilisé dans le cas du TDAH. Il est souvent connu sous le nom de la Rilatine® (ou Ritalin® dans le monde anglo-saxon), une des marques les plus vendues dans le monde. Malgré son usage très répandu, dans le monde scientifique, l'efficacité du méthylphénidate pour le traitement du TDAH demeure l'objet de discussion notamment en raison de peu d'études fiables disponibles. Il existe pourtant des effets secondaires fréquents comme la perte de sommeil et de l'appétit qui apparaissent très rapidement et sont à leur tour parfois traités avec d'autres médicaments. Plus interpellant encore est le manque de connaissance des effets de la prise des médicaments psychostimulants à long terme. Or le public cible de ce type de médicaments est les très jeunes enfants dont le corps et le cerveau sont en plein développement.

Dans cette étude, nous dressons un état des lieux de la prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique. Quelle est la prévalence du recours au méthylphénidate, quelle est la durée moyenne de la prise en charge médicamenteuse, s'accompagne-t-elle d'un traitement non médicamenteux ? Est-ce que ces indicateurs sont comparables à ceux d'autres pays, suivent-ils les recommandations internationales et les dernières recherches scientifiques ? Nous

visons également à comprendre mieux les profils des enfants à qui on prescrit le plus souvent le méthylphénidate : y a-t-il des facteurs qui augmentent le risque que le TDAH soit traité à l'aide d'un psychostimulant ? Comment interpréter la présence de ces facteurs ? S'agit-il toujours des risques biologiques ou aussi socio-économiques et donc de la présence des différences injustifiables et injustes et donc évitables entre différents groupes ?

Nos analyses des données de la Mutualité chrétienne à la lumière de la revue de littérature scientifique permettent de tirer des conclusions alarmantes concernant la situation en Belgique et son évolution durant les dernières années. C'est pourquoi nous faisons une série de recommandations à destination des responsables politiques, des responsables du secteur de la santé, du secteur de l'enseignement ainsi que de la recherche scientifique.

*Mots-clés : Santé mentale, TDAH, médicaments, méthylphénidate, enfants et adolescents, étude quantitative*

## Introduction

Selon une étude de la MC publiée en 2017, le méthylphénidate, le médicament le plus souvent utilisé lors de la prise en charge médicamenteuse du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), a été délivré et remboursé à 2% des jeunes membres de la MC de 6 à 17 ans en 2016 (Lebbe, Ntahonganyira, & Vandenberg, 2017). L'efficacité de ce traitement pharmacologique pour ce trouble fait pourtant toujours l'objet de discussions. Tout récemment, en mars 2023, la prestigieuse *Cochrane Database of Systematic Reviews* a publié une analyse de plus de 200 études sur les effets du méthylphénidate sur le comportement des jeunes affectés par le TDAH. Les auteur-es concluent que « la certitude des preuves [de l'efficacité] pour tous les résultats [des études qui ont été analysées] est très faible et, par conséquent, l'ampleur réelle des effets [thérapeutiques du méthylphénidate] reste incertaine » (Storebø, et al., 2023, notre traduction). Autrement dit, il est possible que le méthylphénidate puisse améliorer les symptômes du TDAH chez les jeunes, mais il est impossible de l'affirmer avec un degré de scientificité suffisant. Les conclusions de la *Cochrane Review* remettent donc en question l'opinion partagée par de nombreuses études et revues de littérature ainsi que différentes guidelines internationales, telles que la *NICE guideline NG87* (National Institut for Health and Care Excellence, 2018) ou le *Zorgstandaard* (Standaarden, 2019).

C'est d'ailleurs en s'appuyant sur ces *guidelines* que l'avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) belge sur la prise en charge médicamenteuse du TDAH, paru en 2021, propose le méthylphénidate comme traitement éventuel (Conseil Supérieur de la Santé, 2021). L'avis souligne toutefois que ce traitement ne devrait être mis qu'en deuxième ligne et que « le trajet de soins doit, à tous les âges, commencer par une offre psycho-éducative pour le patient lui-même et son entourage (parents, enseignants...), afin de fournir des informations sur le développement et l'évolution des symptômes du TDAH, l'impact des symptômes sur le fonctionnement, le rôle de l'environnement et les options de traitement » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021, pp. 1-2).

Les controverses autour de l'efficacité du méthylphénidate s'accompagnent d'observations sur des tendances à utiliser le méthylphénidate qui ne semblent pas s'expliquer uniquement par des raisons médicales et posent plusieurs questions, notamment sur le risque de pathologisation de certains comportements et sur l'accessibilité du suivi non médicamenteux du TDAH. L'étude de la MC a ainsi démontré que, les enfants les plus jeunes de leur classe à l'école (nés au cours du dernier trimestre de l'année) sont ceux chez qui le risque d'avoir recours au méthylphénidate est le plus grand (50% de plus par rapport aux enfants nés au cours du premier trimestre). De la même façon, il existe des différences géographiques importantes entre les régions (2,4% des jeunes en Flandre bénéficient du remboursement du méthylphénidate, contre 0,9% en Wallonie et 0,6% en Région bruxelloise) qui sont peu explicables du point de vue médical. Sur base de ces observations, les auteur-es considèrent que « le risque de surdiagnostic et de surconsommation [en Belgique] est donc réel » (Lebbe, Ntahonganyira, & Vandenberg, 2017).

L'objectif de la présente étude est d'analyser l'évolution du recours au méthylphénidate par les enfants et les adolescent-es en Belgique depuis l'étude de la MC de 2017. Deux questions guident notre recherche : (1) *Quelles sont les caractéristiques de la prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique aujourd'hui et quelles évolutions observe-t-on ces dernières années?* Quelle est la prévalence du recours au méthylphénidate, quelle est la durée moyenne de la prise en charge médicamenteuse, s'accompagne-t-elle d'un traitement non médicamenteux ? (2) *Quel est le profil des enfants qui sont le plus à risque d'avoir recours au méthylphénidate ?* S'agit-il toujours des enfants nés au cours du dernier trimestre de l'année ? Quelles autres caractéristiques de ce profil pourraient nous aider à comprendre mieux la situation en Belgique ? Qu'en est-il des différences entre les régions belges ?

Pour répondre à ces questions, nous commençons notre article avec un état des lieux de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse du TDAH en Belgique (point 1). Nous présentons ensuite la méthode de

notre travail (point 2) et les résultats de notre analyse quantitative sur base de données de la MC (point 3). Ensuite nous discutons des interprétations possibles de ces résultats (point 4). Nous clôturons notre étude avec une série de recommandations à destination des responsables politiques, des responsables du secteur de la santé, de l'enseignement fondamental et secondaire et de la recherche scientifique (point 6).

## 1. Revue de littérature et état des lieux en Belgique

### 1.1. Le TDAH et sa prise en charge médicamenteuse

#### 1.1.1. Le trajet officiel en Belgique

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) belge définit le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) comme « un trouble neurodéveloppemental qui peut se manifester à différents stades de la vie et dont la caractéristique essentielle est un schéma persistant de déficit élevé de l'attention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui entraîne des problèmes de fonctionnement scolaire, professionnel ou social et relationnel » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021, p. 1). Plus précisément, « les personnes atteintes de TDAH présentent des difficultés au niveau des fonctions attentionnelles et cognitives, notamment la résolution de problèmes, la planification, le maintien de la flexibilité et de l'orientation, l'orientation, le maintien de l'attention, l'inhibition des réponses et le maintien de la mémoire de travail. Ils éprouvent également des difficultés dans la gestion des affects, par exemple un retard de motivation et la dysrégulation de l'humeur » (Storebø, et al., 2023, p. 6, notre traduction). Le diagnostic de ce trouble se fait sur base du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* publié par l'Association américaine de psychiatrie et dont la 5<sup>ème</sup> version est parue en 2013 (DSM-5) ou sur base de la *Classification internationale des maladies* publiée par l'OMS, dont la plus récente 11<sup>ème</sup> version date de 2022 (CIM-11).

En Belgique, le trajet de soins du TDAH, développé sous la tutelle du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, prévoit d'abord une pose du diagnostic par un-e médecin spécialiste, (pédo)psychiatre ou pédiatre spécialisé dans le sujet<sup>1</sup>. Ce diagnostic est souvent précédé par un bilan psychologique effectué par un-e (neuro)psychologue. Ensuite, une prise en charge non médicamenteuse devrait être proposée. Elle consiste dans la psychoéducation qui vise à aider toutes les personnes impliquées (les enfants ou les adolescent-es, les parents, les enseignant-es et d'autres tiers importants) à « mieux comprendre les symptômes et leurs causes, comprendre ce qui est et n'est pas approprié comme réaction, adapter les attentes à ce qui est possible, faire un choix correct des options de traitement et connaître le déroulement naturel et la variabilité du tableau »<sup>2</sup>. La psychoéducation peut faire l'objet d'une séance individuelle ou de groupe. Elle est mise en œuvre par le(s) professionnel(les) de deuxième ligne qui participe(nt) au diagnostic ou au traitement ou par les travailleurs et travailleuses des centres psycho-médico-sociaux (PMS) actifs au sein des écoles avec l'accord des parents. Les informations fournies par le SPF Santé publique indiquent bien que le plan de la prise en charge doit être toujours personnalisé : « Les interventions doivent être adaptées à chaque enfant/jeune, en fonction de son âge et de niveau de développement, de son niveau fonctionnel dans les différents domaines de développement, de ses forces et faiblesses, de sa famille et du contexte de vie »<sup>3</sup>.

Si la psychoéducation s'avère insuffisante ou dès le début de la prise en charge dans le cas où les symptômes sont sévères, le trajet de soins du TDAH prévoit l'usage des médicaments. Cet usage ne vise pas à guérir l'enfant, car aucune cure définitive médicamenteuse n'existe pour ce trouble. Le traitement médicamenteux vise à soulager les symptômes liés aux difficultés de concentration et/ou l'impulsivité et le comportement perturbateur. Depuis

---

<sup>1</sup> <https://www.adhd-traject.be/fr/a-propos-du-projet>

<sup>2</sup> <https://www.adhd-traject.be/fr/page/psychoeducation>

<sup>3</sup> <https://www.adhd-traject.be/fr/page/plan-de-prise-en-charge>

presque 50 ans, la prise en charge médicamenteuse du TDAH consiste dans le recours aux médicaments psychostimulants. Il s'agit « des médicaments qui influencent de manière substantielle le fonctionnement cognitif et affectif et les comportements », et ceci en mobilisant de façon accrue « la réaction normale de lutte/fuite/effroi qui est médiée par les amines biogènes comme l'épinéphrine, la norépinéphrine, la sérotonine, et la dopamine » (Angheliescu & Heuser, 2008, pp. 1038-1039, notre traduction).

La molécule la plus prescrite dans le cas du TDAH est le méthylphénidate qui reste aujourd'hui le médicament le mieux documenté parmi les différents psychostimulants. Selon le CSS, il s'agit de la spécialité pharmaceutique de premier choix. Le méthylphénidate agit en bloquant la transportation de la dopamine qui a pour conséquence l'augmentation de sa concentration intrasynaptique. Dans une moindre mesure, son action vise également l'augmentation de la concentration de la norépinéphrine dans le striatum et le cortex préfrontal. L'hypothèse de l'effet bénéfique de l'usage du méthylphénidate dans le cas du TDAH se base donc sur l'idée que ce sont justement les fonctions cognitives sensibles aux manipulations des récepteurs de la dopamine (notamment les récepteurs D1), à savoir la mémoire de travail et le contrôle inhibiteur, qui définissent ce trouble (Angheliescu & Heuser, 2008).

Sur le marché belge, le méthylphénidate est disponible sous différentes formes dont la différence principale est la durée d'action du médicament : Rilatine<sup>®</sup>, Medikinet<sup>®</sup>, Equasim<sup>®</sup> et Concerta<sup>®</sup><sup>4</sup>. Jusqu'à présent, la Rilatine<sup>®</sup> et l'Equasim<sup>®</sup> sont les seuls médicaments remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé (AO) pour l'indication de TDAH aux jeunes de 6 à 17 ans (ou en cas de narcolepsie). Normalement, c'est le ou la psychiatre qui pose le diagnostic du TDAH et prend la décision de prescrire un traitement médicamenteux, mais il est possible qu'un autre type de médecin prescrive également ce type de médicament. Or, pour pouvoir bénéficier du remboursement d'un médicament à base de méthylphénidate par l'AO, il est nécessaire de joindre à la demande une « preuve établissant que le bénéficiaire se trouve dans la situation attestée. Cette demande doit être accompagnée d'un rapport circonstanciel complet établi par le neurologue (pédiatrique) ou le psychiatre (pédiatrique), ou un médecin spécialiste ayant reçu un agrément en neurologie pédiatrique sur base des dispositions de l'Arrêté ministériel du 6 avril 1995 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en neurologie pédiatrique »<sup>5</sup>. Une prescription du méthylphénidate par le médecin généraliste sans ce type de preuve ne sera donc pas remboursée par l'AO. En outre, il est possible de se faire diagnostiquer à tout âge ainsi que de recevoir une prescription pour traitement pharmacologique, mais les critères d'âge du remboursement (de 6 à 17 ans) impliquent que, si la personne n'a pas atteint l'âge de 6 ans ou dépasse 17 ans, le coût du traitement sera à sa charge.

### 1.1.2. Controverses autour de la prise en charge médicamenteuse du TDAH

Malgré le consensus entre les différentes guidelines sur l'usage du méthylphénidate dans le cas du TDAH, l'hypothèse basée sur l'idée du blocage de la transportation de la dopamine comme source du TDAH (et qui justifierait le recours au méthylphénidate) reste contestée dans la littérature scientifique (Bolea-Alamanac, et al., 2014). De façon plus générale, l'étiologie du TDAH demeure un sujet de discussion et jusqu'à aujourd'hui aucun marqueur neurologique, génétique, ni aucun test biologique ne permet d'identifier ou de confirmer le diagnostic d'hyperactivité (Ponnou, 2022). Le TDAH n'est pas une exception de ce point de vue, car cela vaut pour d'autres situations de vie qu'on identifie comme « troubles psychiques ». Ce qui les caractérise en effet n'est pas un marqueur biologique (comme c'est le cas d'un cancer par exemple), mais avant tout la façon spécifique dont la personne vit ses relations et sa façon d'être avec les autres, le monde et soi-même. Or ces « processus psychiques » « ne peuvent pas être réduits à l'activité du cerveau ou à des processus neuronaux localisés ; au contraire, ils sont incarnés et inséparables du monde intersubjectif de l'interaction et des significations partagées » (Fuchs, 2018, p. 253, notre traduction). Autrement dit, notre vie psychique ne peut être décrite

<sup>4</sup> Pour les données complètes, voir le site du Centre belge d'information pharmacothérapeutique : <https://www.cbip.be/fr/chapters/11?frag=8334>

<sup>5</sup> [https://www.cbip.be/inami\\_pdfs/6960000\\_FormDem\\_A\\_FR.pdf](https://www.cbip.be/inami_pdfs/6960000_FormDem_A_FR.pdf)

uniquement en se référant à l'activité cérébrale comme si cette dernière pouvait prétendre à servir d'une explication ultime de la façon dont on se sent dans notre corps et dont on interagit avec le monde et les autres.

Agir *uniquement* sur la chimie du cerveau serait donc réducteur si on voulait apporter un soutien à la personne en souffrance. Comme le dit le psychiatre et philosophe Thomas Fuchs, « de même que la fièvre n'est pas due à un manque d'acide acétylsalicylique simplement parce qu'elle diminue après la prise d'aspirine, ... [l]'existence d'un médicament M efficace pour traiter une affection psychologique P ne prouve ni que la cause de P est une déficience de M, ni que la cause est une forme quelconque d'affection cérébrale spécifique. Les médicaments psychotropes ne sont qu'une incitation à la réponse holistique de l'organisme et à la modification du système organisme-environnement par le biais d'une causalité circulaire » (Fuchs, 2018, p. 270, notre traduction). Cela réitère l'importance du processus psychothérapeutique qui intervient directement sur la relation du-de la patient-e avec son monde environnant.

En outre, l'usage du méthylphénidate chez les enfants et adolescent-es est loin d'être anodin. L'action du méthylphénidate a de nombreux effets secondaires sur l'organisme comme des altérations possibles de la taille et du poids des enfants pendant le traitement, des maux de tête, des troubles du sommeil, des douleurs abdominales, une diminution de l'appétit, l'anxiété et la tristesse (Storebø, et al., 2023). C'est pourquoi sa prescription aux enfants de moins de 6 ans est fortement déconseillée et les différentes guidelines insistent sur la nécessité d'évaluer la santé physique de l'enfant ou de l'adolescent-e, notamment sur le plan cardiovasculaire, avant la première prescription du médicament et avant l'éventuelle prolongation. Les effets secondaires du méthylphénidate peuvent aussi induire des cascades médicamenteuses : on essaie de contrôler les effets secondaires d'un médicament à l'aide d'un autre médicament. Par exemple on constate le recours aux anxiolytiques, à la mélatonine, voire à la clonidine en cas d'insomnie, quand bien même soit le rapport risques/bénéfices n'est pas définitivement établi (comme c'est le cas de la mélatonine<sup>6</sup>), soit il s'agit d'un usage off-label (comme dans le cas de la clonidine dont l'usage pour les moins de 18 est déconseillé<sup>7</sup>). La polypharmacie peut également résulter des comorbidités souvent présentes dans le cas du TDAH. Dans le cas des comorbidités avec d'autres troubles psychiques, on peut constater un usage des antipsychotiques ou des antidépresseurs chez les jeunes diagnostiqués avec le TDAH (Girand, Litkowiec, & Sohn, 2020).

Comme nous l'avons mentionné, la dernière revue de Cochrane remet en question le niveau de scientificité des études existantes sur les effets bénéfiques du méthylphénidate tant pour les enfants que pour les adultes (Storebø, et al., 2023). Un point d'attention particulier est le nombre extrêmement bas d'études longitudinales qui pourraient permettre d'évaluer les éventuels effets bénéfiques et les effets secondaires de l'usage prolongé du méthylphénidate (au-delà de 12 semaines). C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle l'Organisation mondiale de la santé a refusé récemment, pour la deuxième fois, la demande d'inclure le méthylphénidate dans la liste des médicaments essentiels, c'est-à-dire des médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaires de la majorité de la population et, en tant que tels, devraient être disponibles à tout moment dans un système de santé opérationnel (Pereira Ribeiro, Lunde, Gluud, Simonsen, & Storebø, 2023). Entretemps, une nouvelle étude conclut qu'il n'y a pas d'effets secondaires majeurs (notamment sur la croissance des enfants) observés durant deux ans de prise du méthylphénidate, sans toutefois pouvoir se prononcer sur les risques éventuels pour les jeunes après une période supérieure à 2 ans (par manque de temps de recul par rapport au groupe étudié) (Man, et al., 2023). Par ailleurs, nous avons peu de connaissance sur l'expérience de la médication en première personne, c'est-à-dire sur la façon dont les enfants vivent leur prise en charge médicamenteuse dans le cadre du TDAH.

Un autre point de discussion concerne l'évolution du TDAH au fur et à mesure que l'enfant grandit. Jusqu'à un certain temps, on considérait que le trouble disparaissait avec le développement de l'enfant (Jensen, et al., 2007). Aujourd'hui, certains chercheur-ses et praticien-n-es défendent l'idée de l'existence du TDAH chez les adultes,

---

<sup>6</sup> <https://www.cbip.be/fr/chapters/11?frag=7773>

<sup>7</sup> <https://www.cbip.be/fr/chapters/2?frag=67>

pour d'autres, il s'agirait davantage de l'effet de la pression des compagnies pharmaceutiques afin d'ouvrir le marché des psychostimulants aux adultes (Healy, 2016). Dans tous les cas, l'efficacité des traitements médicamenteux pour le TDAH pour les adultes reste un domaine encore moins étudié que celui du recours chez les enfants et adolescent-es. Ce qui a été par ailleurs une autre raison du refus de l'OMS d'inclure le méthylphénidate dans la liste des médicaments essentiels, car il s'agit d'une liste de médicaments pour les jeunes et les adultes.

Enfin, le choix du traitement médicamenteux du TDAH semble être dépendant non seulement d'indicateurs médicaux, mais aussi sociaux. Ainsi, les études menées dans d'autres pays, comme la France, montrent que les personnes, dont le statut socio-économique est plus bas, ont davantage recours au traitement médicamenteux du TDAH (Sevastidis, et al., 2023). Ceci n'est pas surprenant, car de façon globale en Belgique aussi on observe des différences en matière de recours aux soins de santé mentale : le recours accru des personnes qui habitent dans les quartiers pauvres aux soins lourds tels que l'hospitalisation psychiatrique et les médicaments antipsychotiques. Ces différences de recours s'expliquent d'une part par le fait que les personnes moins loties ont la santé mentale moins bonne, la santé mentale des personnes étant fortement dépendante des conditions matérielles de vie (Sholokhova, 2022). D'autre part les différences de recours sont produites par le report des soins plus important chez les personnes plus pauvres et le manque d'accès aux soins préventifs en santé mentale tels que les soins ambulatoires psychologiques (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). On constate en effet que les soins psychologiques sont peu accessibles en Belgique, particulièrement pour les publics précaires (Noirhomme, 2022).

## 1.2. La prise en charge non médicamenteuse du TDAH en Belgique

Selon la description du trajet de soins du TDAH préconisé par le SPF Santé publique, le traitement médicamenteux ne peut commencer qu'après avoir exploré une approche non médicamenteuse. La réglementation de l'INAMI prévoit d'ailleurs que la demande de remboursement signé par le médecin spécialiste atteste que « les symptômes sont insuffisamment contrôlés par des mesures psychologiques, éducatives et sociales adaptées » et que « le traitement pharmacologique fait partie d'un schéma de traitement global comprenant d'autres mesures (psychologiques, éducatives et sociales) »<sup>8</sup>. Notons toutefois qu'aucune preuve à ce sujet ne doit être jointe à la demande de remboursement ; il est donc impossible d'évaluer le recours effectif à ce type de suivi et/ou sa qualité.

La psychoéducation n'est pas équivalente à un traitement psychothérapeutique. C'est d'ailleurs pourquoi elle peut être offerte non seulement par les psychologues, mais aussi par les éducatrices. Parmi les différents types de psychothérapie existante, le CSS souligne l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale. Les thérapies systémiques et psychanalytiques sont toutefois également conseillées par les professionnel·les de santé (Ponno, 2022). En outre, selon une étude longitudinale, même s'il est vrai que la médication provoque des changements radicaux dans le comportement de l'enfant au début, trois ans après la première prise en charge du TDAH, un accompagnement psychologique n'est pas moins efficace qu'un traitement médicamenteux, notamment parce que les effets de la médication commencent à s'estomper (Jensen, et al., 2007). Notons que pour le CSS, les soins psychologiques ne constituent toutefois pas une approche essentielle pour la prise en charge du TDAH. Son argument s'appuie sur le fait que « les interventions non médicamenteuses ne sont actuellement pas suffisamment disponibles et accessibles », et il réitère donc les recommandations déjà formulées dans l'avis 8846, publié en 2013 : « il faut davantage de professionnels formés aux programmes d'accompagnement, un meilleur remboursement des psychologues, davantage de programmes d'entraînement aux habiletés parentales, et une meilleure formation des enseignants à ce sujet » (Conseil Supérieur de la Santé, 2021, p. 3).

---

<sup>8</sup> [https://www.cbip.be/inami\\_pdfs/6960000\\_FormDem\\_A\\_FR.pdf](https://www.cbip.be/inami_pdfs/6960000_FormDem_A_FR.pdf)



## 2. Méthode de travail

Notre analyse se base sur les données de remboursement par l'AO de la spécialité pharmaceutique méthylphénidate recueillies par la MC dans le cadre de ses missions légales. Nous avons effectué une sélection de base des jeunes de 6 à 17 ans qui ont reçu un remboursement pour au moins un emballage de 20 ou 30 comprimés de méthylphénidate au cours de l'année (code ATC N06BA04, marques Rilatine<sup>®</sup> et Equasym<sup>®9</sup>), délivré par des pharmacies publiques. Dans le texte nous en parlerons comme des personnes 'ayant eu recours au méthylphénidate'.

Parmi ces enfants, il y a à la fois les enfants recevant le remboursement du méthylphénidate sur base de l'attestation du médecin spécialiste concernant le diagnostic du TDAH et les enfants recevant le remboursement du méthylphénidate dans le cadre du traitement de la narcolepsie. Toutefois, le pourcentage de ces derniers est négligeable : pour les personnes qui ont un accord du médecin-conseil d'avoir le remboursement du méthylphénidate, 0,1% des personnes ont un accord pour la narcolepsie et 99,9% des personnes ont un accord pour le TDAH.

En Belgique, 36% des enfants de 6 à 17 ans sont membres de la Mutualité chrétienne. Cela représente un total de 573.466 enfants, soit un échantillon de très grande taille. Les données de la MC présentées dans cette étude sont donc robustes et fiables. Toutefois, on observe des différences entre les enfants membres de la MC et ceux de l'ensemble de la population belge. Ainsi, 23% des enfants et adolescent-es âgés de 5 à 19 ans ont le statut BIM, alors que ce n'est le cas que de 17% des membres de la MC du même âge (INAMI, données au 31/12/2022). Afin que ces différences ne faussent pas nos données, nous présentons donc les résultats non pas en nombre absolu d'utilisateur-rices, mais en pourcentage d'utilisateur-rices au sein des membres de la MC du même âge/du même statut, ce qui permet d'extrapoler ces données à l'ensemble de la population belge ayant les mêmes caractéristiques (âge, statut, etc.).

Notre première question de recherche porte sur *la qualité de la prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique aujourd'hui et son évolution ces dernières années*. Nous étudions ici les éléments suivants :

- **le recours** en termes de pourcentage de membres de la MC ayant eu recours au méthylphénidate pour les années 2013-2022 ;
- **la durée moyenne et médiane du recours** des enfants ayant commencé leur traitement entre 2006 et 2010 (ainsi les données pour toute la période du remboursement sont disponibles, car un enfant ayant commencé son traitement à 6 ans en 2010 atteint ses 17 ans en 2021) ;
- **le suivi par les professionnel·les de la santé**, en termes de pourcentage de membres de la MC ayant eu recours au méthylphénidate en 2022 et qui ont eu au moins un contact avec un·e psychiatre, un·e psychologue (remboursé·e par l'AO dans le cadre de la nouvelle convention « soins psychologiques » ou par l'assurance complémentaire de la MC), un·e professionnel·le de la santé mentale travaillant dans un centre de réhabilitation, un·e médecin généraliste, un·e pédiatre ou un·e neurologue durant cette même année ;
- **le nombre de cas de polypharmacie**, en termes de pourcentage de membres de la MC ayant recours sur la même année au méthylphénidate et à d'autres types de médicaments. En ce qui concerne les autres médicaments, nous examinons les patient·es qui se sont vu rembourser au moins 30 doses quotidiennes d'antipsychotiques (code ATC N05A), d'antidépresseurs (code ATC N06A) et de la clonidine ( $\alpha$ -2 agonist, ATC-code C02AC01) en 2022, délivrées par des pharmacies publiques.

---

<sup>9</sup> Les seules marques remboursées par l'AO dans le cadre du traitement du TDAH en Belgique.



Notre deuxième question de recherche porte sur *le profil des enfants à risque de recevoir un traitement médicamenteux pour le TDAH*. Pour y répondre, nous analysons l'influence des éléments suivants sur le recours au méthylphénidate :

- **l'âge** des enfants ainsi que leur **mois de naissance** ;
- **la situation financière des jeunes**, à l'aide du proxy « statut du bénéficiaire de l'intervention majorée » (BIM). Cet indicateur est transversal pour notre recherche, nous évaluons son influence sur les différents éléments de notre analyse ;
- **la situation géographique**, en termes de pourcentage des membres de la MC sous traitement en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles-Capitale ainsi qu'au niveau des provinces en 2022. Nous regardons également les corrélations avec le statut BIM et le suivi par les professionnel·les de la santé mentale.

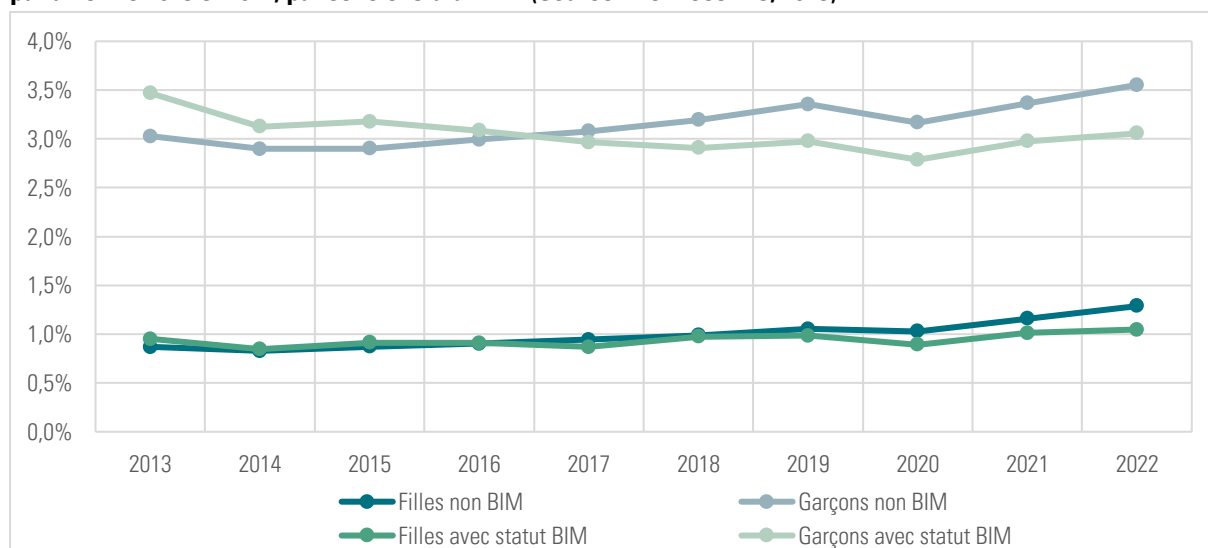
### 3. Résultats

#### 3.1. Le recours au méthylphénidate et sa durée

En 2022, **presque 2,4% d'enfants et adolescent·es** ont eu recours au traitement par le méthylphénidate, avec trois fois plus d'utilisateur·rices chez les garçons (3,5%) que chez les filles (1,3%). C'est 20% de plus par rapport à l'année 2013. L'augmentation du recours au sein de la jeune population concerne davantage les filles (+42%) que les garçons (+13%).

En ce qui concerne l'influence de la situation financière, pour l'année 2022, les données de la MC montrent **très peu de différence dans la prise en charge médicamenteuse du TDAH entre les enfants avec et sans statut BIM** (voir Figure 1). De même, nous n'observons que peu d'évolution de cette situation entre 2013 et 2022. On note toutefois un inversement de la tendance pour les garçons en 2017 : si avant ce moment-là il y avait légèrement plus d'utilisateur·rices de méthylphénidate parmi les enfants BIM, après 2017 il y a, au contraire, légèrement plus d'utilisateur·rices chez les enfants non BIM. D'un point de vue statistique, les différences entre les utilisateur·rices BIM et non BIM qu'on observe en 2022 sont significatives.

**Figure 1 : Évolution du pourcentage des membres de la MC âgés de 6 à 17 ans ayant recours au méthylphénidate par an entre 2013 et 2022, par sexe et statut BIM (Source : Données MC, 2023)**



L'analyse de **la durée du recours** montre que le méthylphénidate est utilisé pendant de très longues périodes. Chez les enfants qui commencent leur traitement à 6 ans, la durée moyenne d'usage est de 7 ans (et la durée médiane

est de 8 ans). Pour 25% d'entre eux-elles, le traitement durera 11 ans, c'est-à-dire qu'ils-elles continueront à avoir recours au méthylphénidate jusqu'à l'âge de 17 ans. Or, il s'agit de la durée maximale du remboursement, qui est interrompu au moment où l'enfant atteint 18 ans. Il se peut donc que le traitement se poursuive encore davantage pour une partie de ces personnes, bien qu'il ne soit pas remboursé. Chez 25% des enfants commençant leur traitement à 6 ans, la durée de traitement est inférieure à 3 ans. On constate par ailleurs que chez les enfants qui commencent leur traitement entre 7 et 9 ans, 25% ont des traitements inférieurs à 2 ans. En revanche, seuls 15% des enfants de ces catégories d'âge ont des traitements qui durent moins d'un an. En ce qui concerne le statut BIM, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les durées de traitement des enfants BIM et des enfants non BIM.

### 3.2. Le suivi par un-e professionnel-le de la santé

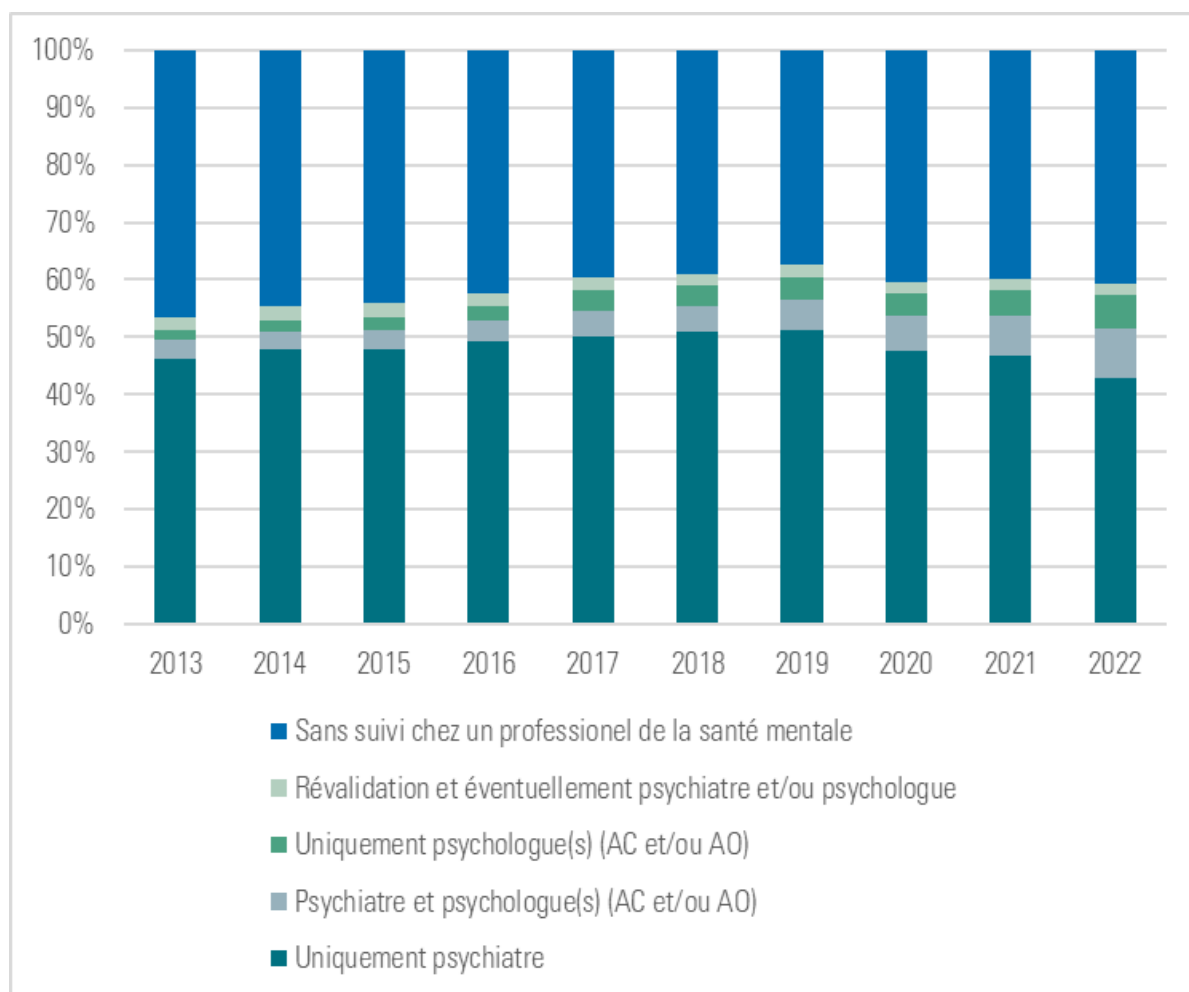
Nous nous penchons d'abord sur le suivi des enfants ayant recours au méthylphénidate par **les professionnel-les de la santé mentale** : les psychiatres, les (neuro)psychologues et les professionnel-le de la santé travaillant dans des centres de revalidation (parmi lesquel-les il peut y avoir, en outre des psychiatres et de (neuro)psychologues, des logopèdes, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des psychomotricien-nes, etc.). À la figure 2, nous présentons l'évolution de ce type de suivi entre 2013 et 2022. On y distingue cinq grands groupes d'enfants :

- 1) les jeunes *sans aucun suivi* par un-e professionnel-le de la santé mentale ;
- 2) les jeunes suivis dans les *centres de revalidation* et éventuellement ayant eu des rendez-vous chez les psychiatres et/ou les psychologues en dehors des centres de revalidation ;
- 3) les jeunes ayant recours *uniquement au suivi psychologique* ((neuro)psychologues chez qui les rendez-vous sont pris en charge soit par l'AC de la MC soit par l'AO dans le cadre de la nouvelle convention « soins psychologiques ») ;
- 4) les jeunes suivis par *les psychiatres et les (neuro)psychologues* ;
- 5) les jeunes *suivis uniquement par les psychiatres*.

Nous pouvons faire quatre observations concernant cette évolution.

- Premièrement, il y a eu toujours **une grande partie de jeunes sous traitement médicamenteux pour le TDAH sans aucun suivi par les professionnel-les de la santé mentale au cours de l'année**. On voit tout de même une diminution en termes de pourcentage : on passe de 46% en 2013 à 41% en 2022.
- Deuxièmement, **lorsque les enfants et les adolescent-es sont suivi-es par des professionnel-les de la santé mentale, ce sont le plus souvent par les psychiatres**. En 2022, 43% de jeunes ont uniquement rencontré des psychiatres (contre 46% en 2013). Notre analyse montre par ailleurs que ce type de suivi est indépendant des facteurs tels que le sexe ou le statut BIM. En revanche, il dépend de l'âge : plus l'enfant est âgé, plus il a de chances d'avoir eu une rencontre avec un-e psychiatre. En 2022, 45% des enfants de 6 à 7 ans ont ainsi rencontré un-e psychiatre, contre 55% des adolescent-es de 16 à 17 ans.
- Troisièmement, on constate **un recours croissant aux soins psychologiques**. Si en 2013, 4,9% des enfants ont eu une prise en charge psychologique (groupe 3 et 4 considérés ensemble), en 2022, ils-elles sont 14,5%. Ce changement est dû avant tout à l'évolution dans les prestations psychologiques couvertes par l'AC de la MC pour les enfants de 6 à 8 ans : on passe de 5% d'utilisateur-rices en 2013 à 12% en 2022.
- Enfin, **le nombre de jeunes suivis dans des centres de revalidation est très bas et relativement stable** durant la période 2013-2022. Il existe toutefois des différences importantes entre les groupes d'âge. En 2022, sont suivis uniquement dans les centres de revalidation : 6% des enfants de 6 à 8 ans (8% en 2013), 3% des enfants de 9 à 11 ans (4% en 2013), 1% des enfants de 12 à 14 ans (*idem* pour 2013), et presque pas des adolescent-es de 15 à 17 ans.

**Figure 2 : Évolution du pourcentage de membres de la MC de 6 à 17 ans ayant eu recours au méthylphénidate et ayant au moins un rendez-vous chez un-e prestataire de soins de santé mentale, entre 2013 et 2022 (Source : Données MC, 2023)**



Nous avons ensuite analysé les visites chez d'autres médecins qui pourraient faire le suivi de la prise en charge médicamenteuse du TDAH comme **les pédiatres, les médecins généralistes, les neurologues**. Nous pouvons observer que, si, en 2022, seulement la moitié des enfants (52%) sous méthylphénidate ont rencontré le(s) psychiatre(s) (sans ou avec d'autres professionnel·les de la santé mentale), 95% ont eu au moins une visite chez leurs médecins généralistes au courant de la même année. Parmi ces 95%, 14% d'enfants n'ont vu aucun-e autre médecin, presque 41% ont eu au moins une visite chez leur médecin généraliste et au moins une visite chez le-la psychiatre, 19% chez le-la médecin généraliste et le-la pédiatre, 11% chez le-la médecin généraliste, le-la pédiatre, et le-la psychiatre, 3% chez le-la médecin généraliste, chez le-la pédiatre et chez le-la neurologue, 1% chez le-la médecin généraliste, chez le-la neurologue, et chez le-la psychiatre et moins de 1% ont rencontré tous les quatre types de médecins.

### 3.3. Polypharmacie

En ce qui concerne l'utilisation simultanée de plusieurs médicaments psychotropes sur la même année de traitement, on constate ces dix dernières années une augmentation considérable des cas des jeunes, indépendamment de leur âge, qui ont eu recours à la fois au méthylphénidate et aux médicaments **antipsychotiques** (voir Figure 3). Si en 2013, 4% des enfants ayant recours au méthylphénidate avaient à la fois recours aux médicaments antipsychotiques, en 2022, il s'agit de 8%. On constate des différences en fonction de

l'âge des enfants. Pour les enfants de 6 à 7 ans ayant recours au méthylphénidate en 2022, 7% ont eu recours à un médicament antipsychotique au cours de la même année, tandis qu'en 2013 il ne s'agissait que de 3% d'enfants. Chez les enfants de 9-11 ans, on passe de 3% en 2013 à 8% en 2022 ; chez les 12-14 ans de 4% à 9% ; et chez les plus grands de 15-17 ans de 5% à 8%.

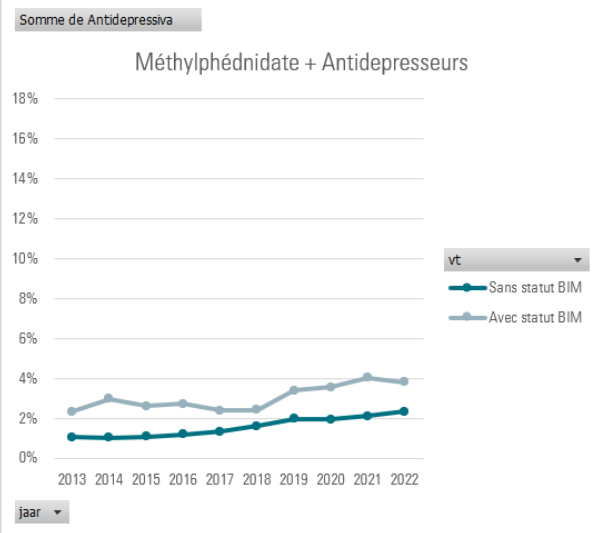
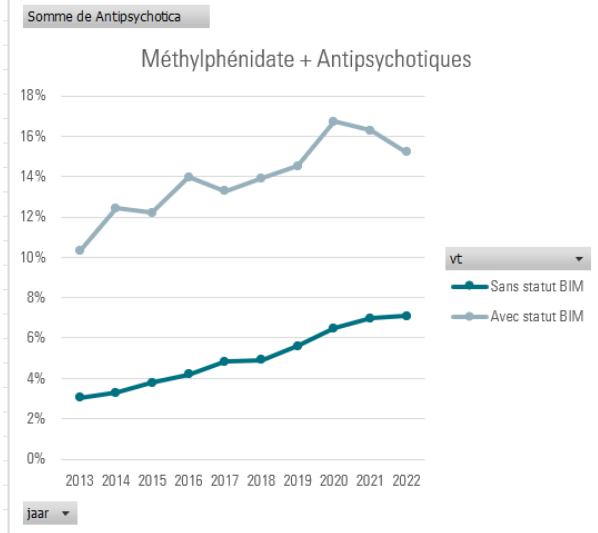
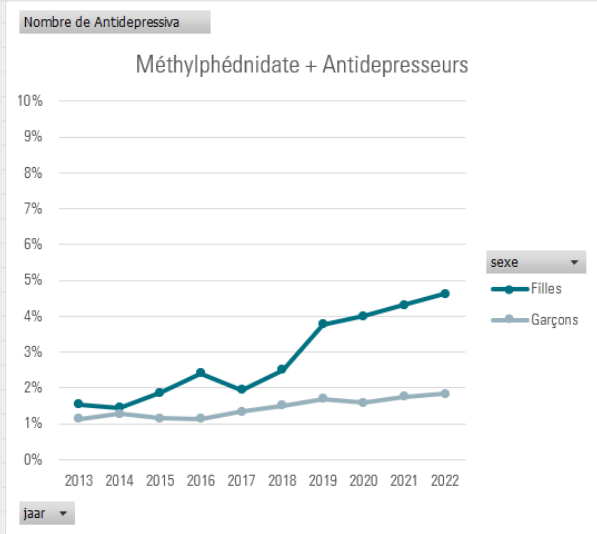
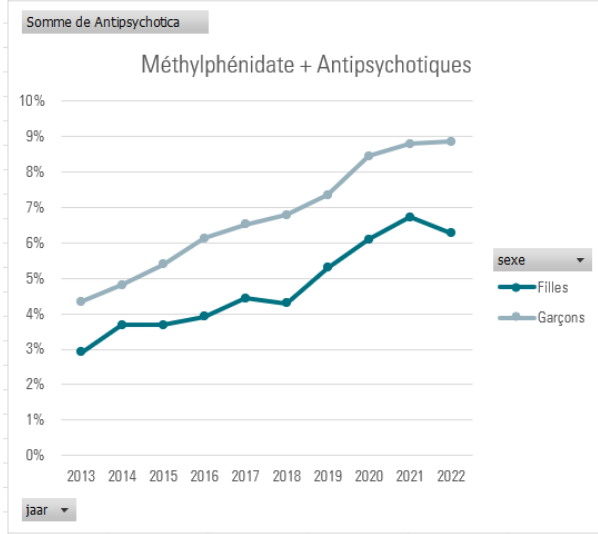
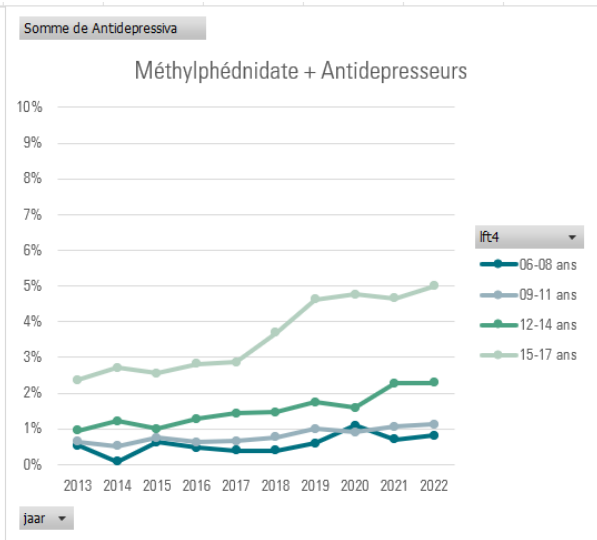
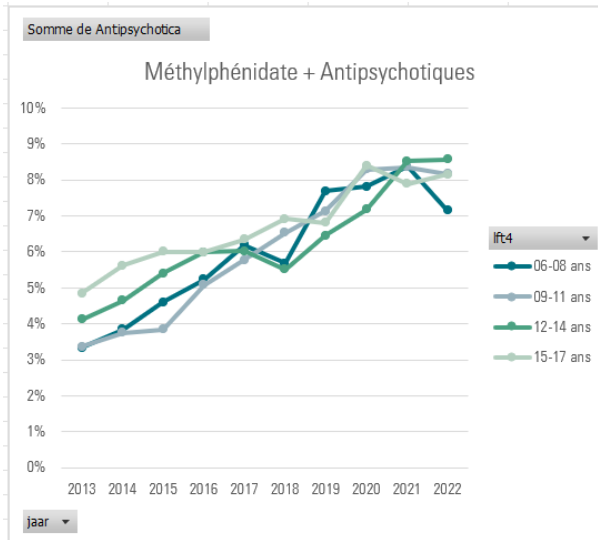
On constate également des cas de combinaison de traitement de méthylphénidate avec des **antidépresseurs**. Généralement il s'agit des valeurs plus basses que pour les antipsychotiques (voir Figure 3). En 2022, 3% d'enfants de 6 à 17 ans ayant recours au méthylphénidate ont également eu recours aux antidépresseurs. On constate l'évolution la plus importante dans le recours aux deux types de médicaments sur la même année chez des adolescent·es de 15 à 17 ans : de 2% en 2013 à 5% en 2022.

Il existe également des différences en fonction du **sexe de l'enfant** (voir Figure 3) : en 2022, 6% des filles ayant recours au méthylphénidate avaient sur la même année recours aux médicaments antipsychotiques et 9% des garçons. Une tendance inverse peut être observée pour les antidépresseurs : 2% des garçons ayant recours au méthylphénidate avaient sur la même année recours aux médicaments antidépresseurs et 4% des filles.

Durant toute la période étudiée, le recours à la polypharmacie est fort dépendant du **statut BIM** de l'enfant (voir Figure 3). En 2022, 15% des enfants avec le statut BIM ayant eu recours au méthylphénidate ont eu également recours à un antipsychotique contre 7% d'enfants sans statut BIM. Et en même temps, en 2022, 4% des enfants avec le statut BIM ayant eu recours au méthylphénidate ont eu également recours à un antidépresseur contre 2% d'enfants sans statut BIM.

En ce qui concerne le recours sur la même année au méthylphénidate et la **clonidine**, nous observons les valeurs plus basses. En 2022, 0,2% des enfants membres de la MC ayant recours au méthylphénidate sont concernés. C'est toutefois deux fois plus par rapport à l'année 2013 (0,1%).

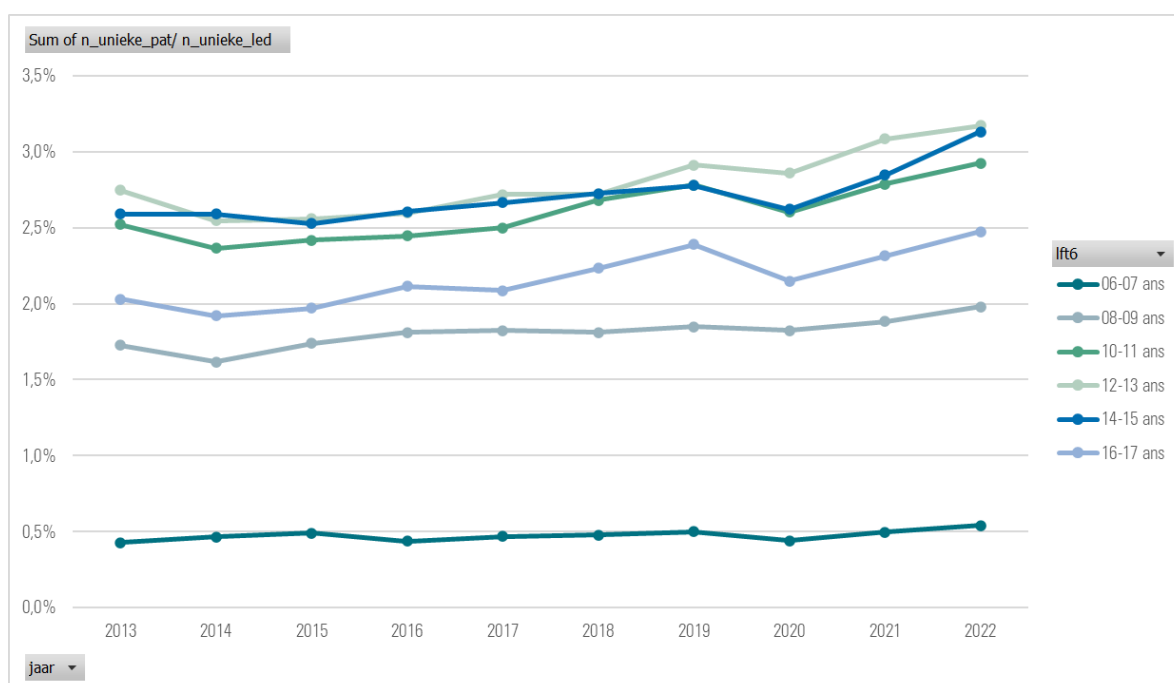
**Figure 3 : Évolution du pourcentage d'utilisateur·rices des antipsychotiques et des antidépresseurs parmi les membres de la MC de 6 à 17 ans ayant recours au méthylphénidate entre 2013 et 2022, par groupe d'âge, par sexe, par statut BIM (Source : Données MC, 2023)**



### 3.4. L'influence de l'âge et du mois de naissance de l'enfant sur le recours au méthylphénidate

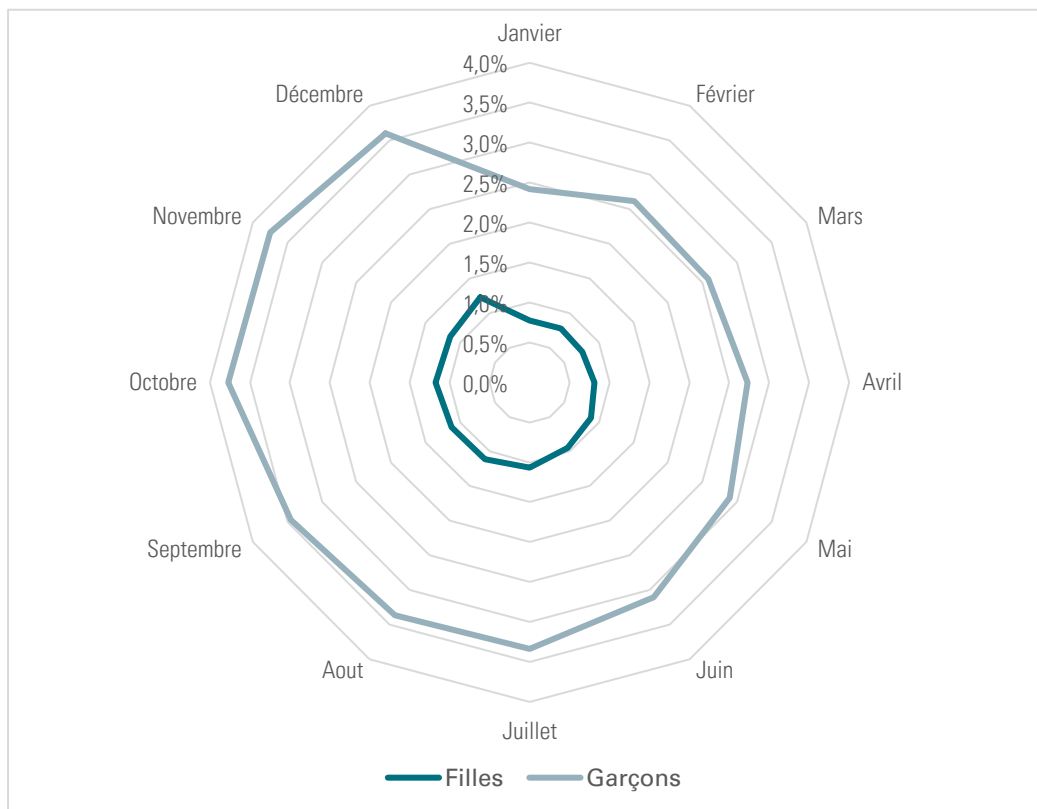
Le recours au méthylphénidate est fort dépendant de l'âge des jeunes (voir Figure 4). Nous observons que depuis plusieurs années les enfants âgés de 12 à 15 ans sont les plus concernés par le traitement médicamenteux du TDAH. En 2022, 3,2% des enfants de 12 à 13 ans et 3,1% des 14 à 15 ans y ont recours. Le groupe d'âge de 10 à 11 ans est le troisième en termes de pourcentage d'enfants à y recourir (2,9% en 2022). Chez les enfants de 8 à 9 ans, il s'agit de 2%. Les enfants les plus jeunes, de 6 à 7 ans, sont ceux qui ont moins recours au méthylphénidate. En 2022, on compte 0,5% d'enfants membres de la MC de 6 à 7 ans sous traitement médicamenteux pour le TDAH. Les 6-7 et les 8-9 ans sont d'ailleurs les deux seuls groupes pour lesquels il n'y a pas eu d'évolution sur le plan de la prévalence du recours ces dernières années. Pour tous les autres groupes d'âge, on constate une légère augmentation depuis 2013.

Figure 4 : Évolution du pourcentage de membres de la MC âgés de 6 à 17 ans ayant recours au méthylphénidate entre 2013 et 2022, par groupe d'âge (Source : Données MC, 2023)



Il existe en outre l'influence de l'âge relatif de l'enfant sur les prescriptions du méthylphénidate. Notre analyse du nombre de délivrances remboursées du méthylphénidate en fonction du mois de naissance de l'enfant ou de l'adolescent-e confirme les résultats de l'étude précédente de la MC (Lebbe, Ntahonganyira, & Vandenberg, 2017). En 2022, les enfants qui sont nés au cours du dernier trimestre sont toujours plus susceptibles d'avoir recours au méthylphénidate (ils sont 2,8%) que les enfants nés au cours du premier trimestre (1,9%) (voir Figure 5). Les différences sont toutefois statistiquement significatives uniquement chez les garçons et lorsqu'ils n'ont pas le statut BIM. Dans tous les autres cas (garçons BIM et filles BIM et non BIM), les différences observées ne sont pas significatives du point de vue statistique.

**Figure 5 : Pourcentage de membres de la MC âgés de 6 à 17 ans ayant recours au méthylphénidate entre 2013 et 2022, par mois de naissance (Source : Données MC, 2023)**



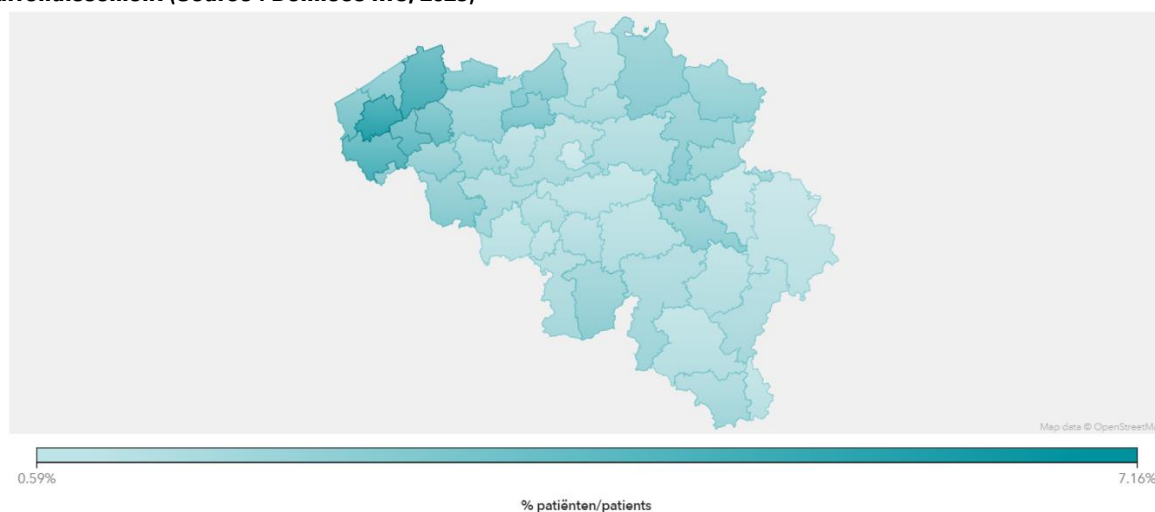
### 3.5. Les variations géographiques

Il existe des différences géographiques importantes en matière de délivrance du méthylphénidate au sein de la Belgique. **C'est en Flandre qu'on observe le plus grand nombre relatif d'enfants ayant une prise en charge médicamenteuse pour le TDAH**, avec 2,9% des enfants à y avoir recours, tandis qu'il s'agit de 1,1% en Wallonie et de 0,6% à Bruxelles en 2022 (à la figure 6, nous pouvons observer les pourcentages par arrondissement). Et tandis qu'à Bruxelles le pourcentage d'utilisateur-rices du méthylphénidate est stable, en Wallonie et en Flandre, on observe une augmentation de 20% entre 2013 et 2022.

C'est en Flandre occidentale et au Limbourg que le recours au méthylphénidate est le plus élevé : 3,5% et 3,4% d'enfants ayant recours respectivement. En outre des variations importantes peuvent être constatées entre les différentes communes de ces deux provinces avec des taux de délivrance du médicament allant de 2% à 6%. En ce qui concerne les autres régions, en Wallonie, le pourcentage d'enfants varie, par province, entre 0,8% et 1,6%, avec le taux le plus élevé à Namur. À Bruxelles le pourcentage le plus bas se situe à Ganshoren 0,3% et le plus élevé à Watermael-Boitsfort avec 1,6%.



**Figure 6 : Pourcentage des membres de la MC âgés de 6 à 17 ans ayant recours au méthylphénidate en 2022, par arrondissement (Source : Données MC, 2023)**



En termes de **suivi par les professionnels de la santé mentale**, en 2022, 55% d'enfants ayant recours au méthylphénidate en Flandre ont vu un-e psychiatre contre 23% d'enfants en Wallonie et 39% en Région de Bruxelles-Capitale (en considérant ensemble les groupes 2,4 et 5 de la partie 3.2.). En même temps, c'est en Wallonie que 58% d'enfants ayant recours au méthylphénidate n'ont pas eu du tout de rencontres avec des professionnel-les de la santé mentale en 2022, tandis qu'il s'agit de 52% des enfants ayant recours au méthylphénidate à Bruxelles et 39% en Flandre.

### 3.6. Les limites de l'étude

Les limites de notre étude découlent avant tout de la nature des données que nous avons analysées. Il s'agit des données administratives concernant les remboursements des spécialités pharmaceutiques par l'AO collectées par la MC en routine. En ce qui concerne le méthylphénidate, ce remboursement est prévu uniquement pour certaines marques : Rilatine® et Equasym® et ce remboursement est sous condition. Rilatine® et Equasym® sont remboursés par l'AO uniquement dans le cas de délivrances aux enfants de 6 à 17 ans pour lesquels un diagnostic de TDAH a été fait. Il est donc possible que des enfants aient recours au méthylphénidate (dans le cadre d'un TDAH ou non) et que nous ne disposions pas de ces données. Notre analyse des données de remboursement représente donc une sous-estimation par rapport à l'usage réel du méthylphénidate tant par les jeunes que par la population en général.

La limite principale de notre étude est donc l'indisponibilité d'une série de données. Cela concerne les délivrances pour les enfants de moins de 6 ans et pour les personnes au-delà de 17 ans<sup>10</sup> et les médicaments non remboursés par l'AO et qui contiennent du méthylphénidate. En outre nous ne disposons pas des données concernant les autres médicaments psychotropes tels que les anxiolytiques, qui ne sont pas remboursés par l'AO, mais dont l'enregistrement serait nécessaire pour l'analyse des cas de polypharmacie.

Ensuite, les données auxquelles nous avons accès portent sur la délivrance des médicaments et non pas sur le diagnostic précis de l'enfant. Même si le document signé par le-la médecin spécialiste joint à la demande de remboursement d'une délivrance pharmaceutique atteste de la présence du diagnostic du TDAH, nous ne savons

<sup>10</sup> Il existe d'autres restrictions, par exemple en termes de dosage. Voir le site de l'INAMI.

ni s'il s'agit d'un TDAH 'pur' ou en comorbidité avec un autre trouble (anxiété, dépression ou autisme par exemple et justifiant une polymédication), ni s'il s'agit d'un TDAH avec prédominance de l'hyperactivité ou de l'inattention.

Une autre limite concerne les prestations par les professionnel·les de santé. Les soins psychologiques sont remboursés par l'AO seulement depuis 2019 et ne sont pas encore largement connus (Noirhomme, 2023). Bien que la MC, grâce à son assurance complémentaire, offre une intervention dans le coût des soins psychologiques non remboursés par l'AO, il est nécessaire de faire des démarches pour l'obtenir et il est possible que les patient·es n'aient pas recours à leurs droits. Il est donc possible que certains membres de la MC aient recours à des soins psychologiques entièrement à leurs frais et que nous n'en ayons pas connaissance.

En outre, notre analyse de la prise en charge non médicamenteuse est limitée à l'information de l'enregistrement des consultations médicales et paramédicales, nous ne disposons pas des données sur la psychoéducation proposée aux enfants, aux parents et/ou aux enseignant·es.

Nous sommes également limités dans l'analyse des indicateurs sociodémographiques, notamment par le proxy qu'on utilise habituellement pour évaluer la situation économique des personnes, à savoir le statut BIM. La faiblesse principale de cet indicateur est son caractère binaire. En effet, même si le revenu d'une personne est juste au-dessus du seuil donnant accès au statut BIM, cette personne n'est pas considérée comme en situation de pauvreté bien que, de fait, ses revenus soient bas.

## 4. Discussion des résultats

### 4.1. La qualité de la prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse du TDAH chez les jeunes de 6 à 17 ans à l'aide du méthylphénidate prend de plus en plus d'ampleur en Belgique. **En presque 10 ans, la part des enfants et des adolescent·es ayant recours au méthylphénidate a augmenté de 20% et atteint 2,4% en 2022** (voir 3.1.). Parmi eux, il y a de plus en plus de filles (1,3% contre 0,9% en 2013), même si les garçons sont toujours plus nombreux à recevoir les prescriptions (3,5% contre 3,1% en 2013). Globalement, le taux de délivrance correspond aux moyennes européennes, même s'il reste difficile de comparer les données belges avec celles d'autres pays en raison des méthodes de collecte des données très différentes. Au niveau mondial, les prévalences du TDAH varient entre 2% et 7% (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018).

Ce sont les durées de prescription qui apparaissent davantage inquiétantes. Pour la plupart des jeunes concernés, indépendamment de leur âge, la durée moyenne de prescription est très longue (voir 3.1.). La durée moyenne du recours chez les enfants de 6 ans est de 7 ans. En plus, **1 enfant sur 4 qui commence son traitement à 6 ans sera sous traitement jusqu'à ses 17 ans** (pratiquement toute la période remboursable par l'AO). Ceci est problématique, car il existe très peu de recherches cliniques qui étudient l'utilisation du méthylphénidate au-delà de 12 semaines. En outre, une étude récente de l'efficacité du traitement au-delà de 2 ans montre que, même si le traitement agit positivement sur les symptômes à long terme, pour la plupart des patient·es, l'arrêt de la médication ne s'accompagne pas d'une détérioration de la situation et de l'aggravation des symptômes (Matthijssen, et al., 2019). Des effets secondaires fréquents qui réduisent significativement la qualité de vie des enfants (troubles de sommeil et perte d'appétit parmi les plus courants) ont pourtant été attestés.

La durée extrêmement longue des prescriptions n'est pourtant pas surprenante vu **l'absence de réglementation ou de recommandation précise concernant la longueur de la prise en charge des jeunes à l'aide des psychostimulants en Belgique**. Le trajet officiel du suivi du TDAH ne décrit pas en détail la prise en charge médicamenteuse du trouble. On connaît la façon dont le recours au méthylphénidate commence : si le-la

(neuro)psychologue qui rencontre (et éventuellement suit) l'enfant considère qu'une prise en charge médicamenteuse est nécessaire, elle le renvoie vers un-e spécialiste (généralement le-la psychiatre) qui, à son tour, peut confirmer le diagnostic et décider de l'intérêt de la prescription d'un psychostimulant. Peu de choses sont dites concernant la suite, notamment concernant la révision du diagnostic et la prise en charge instaurée après une certaine période. Or, la littérature scientifique ainsi que les différentes guidelines insistent sur la nécessité d'un suivi attentif et régulier lors de la prise en charge médicamenteuse du TDAH à cause des effets secondaires du méthylphénidate (National Institut for Health and Care Excellence, 2018).

Il est vrai que pour avoir un remboursement de l'AO pour la délivrance du méthylphénidate, il est nécessaire de présenter un **document signé par un-e médecin spécialiste**. Ce document est valable les premiers 6 mois et ensuite il peut être renouvelé pour une période d'une année. Cependant le nombre maximal de renouvellements possibles n'est pas précisé et même si le-la médecin atteste d'avoir fait une évaluation de la nécessité de la prolongation du traitement, le formulaire de l'attestation n'indique pas les critères spécifiques de cette évaluation.

On pourrait également se demander si la nécessité d'obtenir ce document auprès d'une spécialiste garantit le suivi par cette dernière. Par le suivi, on entend ici les visites régulières chez le-la spécialiste qui permettent d'observer la gravité des effets secondaires et l'évolution de l'état psychologique et physique de l'utilisateur. En effet, les données de visites psychiatriques montrent que **seulement la moitié d'enfants sous traitement avec le méthylphénidate ont rencontré un-e psychiatre au moins une fois en 2022** (voir 3.2.). Il est donc possible que certains de ces enfants ait eu l'attestation du psychiatre sans avoir eu un rendez-vous. Cette situation n'est pourtant pas surprenante : l'offre psychiatrique en Belgique est saturée depuis de nombreuses années (Noirhomme, 2023).

Il est rassurant de constater que 95% d'enfants sous traitement de méthylphénidate ont rencontré au moins une fois le-la **médecin généraliste** en 2022. Nous ne pouvons pourtant pas nous prononcer sur le contenu de ces rencontres et sur la question de savoir si le suivi du TDAH a été offert. En outre il s'agit de prescriptions de substances psychoactives à des enfants dont le cerveau est en plein développement ; ces substances, bien qu'elles soient sur le marché depuis très longtemps, restent relativement peu étudiées et font l'objet de discussions. Pour assurer le bon suivi, il semble alors indispensable pour le-la médecin généraliste d'être davantage formé-e à ces questions.

Dans ce contexte, **les cas de polypharmacie** nous inquiètent d'autant plus qu'une tendance claire vers la prolifération de l'usage de plusieurs psychotropes en même temps se dessine ces dernières années (voir 3.3.). En 2022, 8% d'enfants ayant recours au méthylphénidate reçoivent également des antipsychotiques et 3% des antidépresseurs. Si l'usage combiné avec les antidépresseurs peut être observé presque uniquement chez les adolescent-es de 15 à 17 ans où 1 enfant sur 20 sous méthylphénidate est concerné, en revanche **1 enfant sur 13 traité pour le TDAH, indépendamment de son âge, a également recours aux antipsychotiques**. Les données de la MC ne permettent pas de conclure s'il s'agit des cas des comorbidités ni si les deux médicaments ont été pris exactement au même moment ou simplement au courant de la même année. Selon les *NICE guidelines* toutefois, cette combinaison ne devrait pas être prescrite sans l'avis d'un service tertiaire spécialisé dans le TDAH ; et dans le cas d'une crise psychotique, le traitement TDAH doit être suspendu (National Institut for Health and Care Excellence, 2018).

Nous avons également analysé le recours chez les enfants sous traitement par méthylphénidate à la clonidine, un médicament qu'on prescrit habituellement en cas d'hypertension et qui, selon les études dans d'autres pays, est parfois utilisé pour le traitement des effets secondaires du méthylphénidate comme l'insomnie par exemple (Girand, Litkowiec, & Sohn, 2020). Même si le pourcentage d'enfants membres de la MC concernés est très bas, le fait qu'il soit doublé en dix ans est extrêmement inquiétant. Il s'agit en effet d'un médicament qui ne doit pas être utilisé chez les personnes de moins de 18 ans. Son usage chez les jeunes est donc complètement off-label.

Qu'en est-il du **suivi psychologique des enfants sous traitement médicamenteux pour le TDAH** ? Seuls 15% des enfants ont eu une prise en charge psychologique en 2022 (voir 3.2.). Le besoin d'un suivi psychologique est pourtant attesté par l'augmentation importante des jeunes qui ont eu le recours aux remboursements de l'assurance complémentaire (AC) de la MC pour ce type de rendez-vous ces dernières années. L'augmentation du nombre des remboursements par l'AC suggère également que la barrière importante dans l'accès aux soins psychologiques consiste en son coût. L'avis « *Good clinical practice* en matière de reconnaissance, de diagnostic et de traitement du TDAH » publié par le CSS en 2013 soulignait déjà la nécessité d'« adapter le paysage des soins de santé mentale belge, de permettre le développement des prises en charge psychosociales et en améliorer l'accessibilité » (Conseil Supérieur de la Santé, 2013, p. 3). La création de la nouvelle convention « soins psychologiques » répond à notre avis à cette recommandation et pourrait contribuer à la prise en charge psychologique d'enfants TDAH. L'augmentation exponentielle du recours à ce type de soins pour le TDAH le confirme (voir 3.2.).

Il ressort dès lors de nos analyses, premièrement, que **la prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique n'est pas optimale et n'est pas toujours basée sur des données probantes**. Le recours à la prise en charge médicamenteuse du TDAH et surtout à la polypharmacie augmente, les durées de traitement sont extrêmement longues, tandis que, pour presque la moitié des enfants diagnostiqués, il manque le suivi par les professionnel·les de la santé mentale. Deuxièmement, **le suivi psychologique reste peu accessible**. Or une étude prouve qu'après trois ans de la première prise en charge du TDAH un accompagnement psychologique n'est pas moins efficace qu'un traitement médicamenteux (Jensen, et al., 2007).

## 4.2. Le profil des jeunes

Certaines tendances peuvent être observées dans la prescription du méthylphénidate en Belgique en matière de profil des enfants. **Les enfants les plus à risque de suivre un traitement médicamenteux à l'aide du méthylphénidate sont les enfants âgés de 10 à 15 ans et les garçons nés entre les mois d'octobre et décembre** (voir 3.4.).

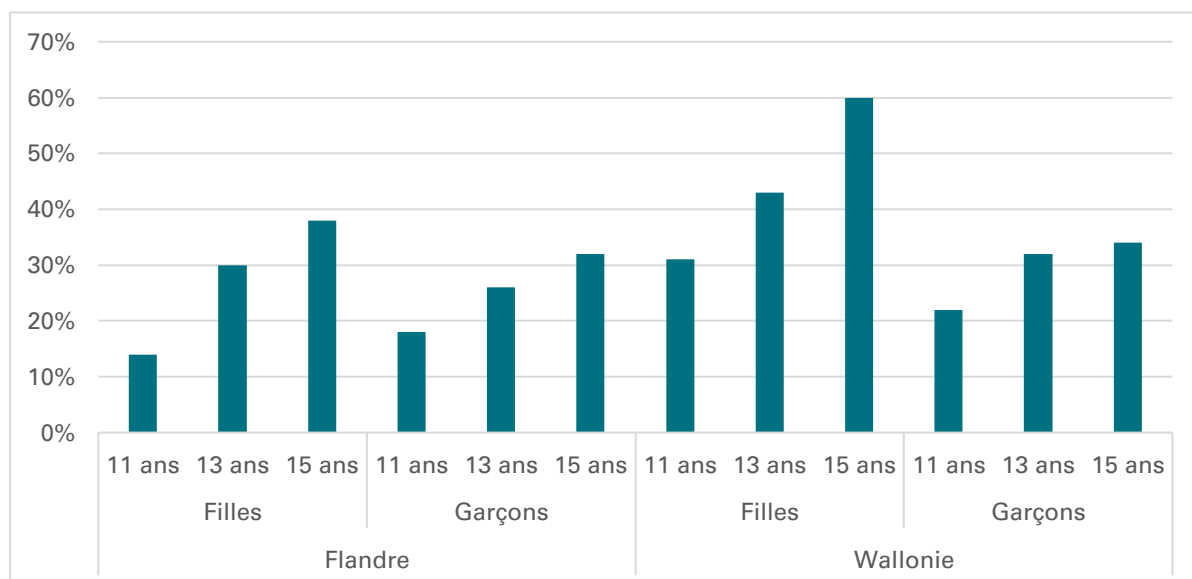
Des études menées dans de nombreux autres pays ont déjà constaté l'existence du risque accru pour l'enfant né durant le dernier trimestre de l'année de recevoir un traitement médicamenteux pour le TDAH (Holland & Sayal, 2019). Et même si nos données montrent des différences significatives uniquement pour les garçons, dans plusieurs études cela vaut autant pour les filles que pour les garçons (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018; Whitely, Lester, Phillimore, & Robinson, 2017). Cette tendance ne peut pas être justifiée par des raisons médicales. Ce que ces enfants ont en commun est le fait que, une fois entrés à l'école, ils se retrouvent à être les enfants les plus jeunes de la classe. Cela a amené les chercheur·es à conclure qu'il est possible que dans certains cas « l'immaturation développementale était étiquetée à tort comme un trouble mental et qu'elle était traitée inutilement avec des médicaments stimulants » (Whitely, Lester, Phillimore, & Robinson, 2017, notre traduction).

L'hypothèse que la prescription du méthylphénidate serait liée aux exigences du cadre scolaire est soutenue également par le fait que ce sont les enseignant·es qui avancent le plus souvent l'hypothèse de la présence du TDAH chez l'enfant (Sax & Kautz, 2003). Ceci peut être lié au fait que les enseignant·es sont plus souvent amené·es à comparer le comportement des enfants plus jeunes de la classe avec celui des enfants plus âgés de la classe, tandis que les parents comparent le comportement de leur enfant avec celui d'autres enfants de la famille, des amis ou de l'entourage dont l'âge peut varier plus (Whitely, et al., 2019). L'immaturation relative des enfants les plus jeunes de la classe qui serait considérée comme un phénomène normal par les parents est perçue comme pathologique dans le contexte scolaire où le programme d'études laisse peu de place pour la variation dans les temporalités d'apprentissage.

Le cadre scolaire peut également expliquer les différences dans la prescription entre les différents groupes d'âge. Ce qui distingue la vie des jeunes entre 10 et 15 ans et notamment de ceux de 12-13 ans en Belgique, c'est le passage de l'école primaire à l'école secondaire. Ce passage est marqué par le changement souvent complet de la vie scolaire : nouvel établissement, nouveaux camarades de classe, nouveaux professeurs, et surtout des exigences plus strictes en matière d'enseignement. Dans le cas de la Fédération Wallonie-Bruxelles, à la fin de la 6<sup>ième</sup> année, il y a également des examens qui induisent beaucoup de stress chez les jeunes.

La pression sur les enfants sur le plan de la réussite et de l'adaptation rapide aux changements peut donc peser lourd durant ces années. Cela est confirmé par une enquête *HBSC - Health Behaviour in School-aged Children*<sup>11</sup> menée chaque quatre ans. Selon ses résultats, en 2018, un tiers des élèves vivant en Belgique étaient « assez » ou « beaucoup » stressés par l'école. Le nombre d'enfants stressés augmente avec l'âge et les filles sont plus nombreuses que les garçons (voir Figure 7)<sup>12</sup>.

**Figure 7 : Pourcentage d'enfants rapportant d'être stressés par le travail scolaire en 2018 en Belgique, par groupe d'âge et par sexe (Source : HBSC, World Health Organization collaborative cross-national survey)**



En ce qui concerne **l'influence des conditions de vie de jeunes sur le recours aux soins médicamenteux**, nous avons vu qu'il n'y a que très peu de différences de recours entre les enfants BIM et non BIM : en 2022, on compte 3,6% d'utilisateurs parmi les garçons sans statut BIM et 3,1% d'utilisateurs parmi les garçons ayant le statut BIM, la différence pour les filles est encore plus petite (voir 3.1.). Ce fait est surprenant, car dans les études des inégalités sociales en Belgique, notamment en ce qui concerne l'utilisation des soins de santé mentale, on observe au contraire des différences importantes entre ces deux groupes (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). De façon systématique, les personnes plus pauvres font plus de recours aux soins lourds (usage des médicaments psychotropes et hospitalisations psychiatriques) que les personnes plus aisées et à l'inverse, les premiers font moins de recours aux soins plus légers (comme les soins ambulatoires psychiatriques et le suivi chez les psychologues) que les derniers. Cela est valable pour les adultes ainsi que pour les enfants : en 2018, les enfants habitant dans les quartiers plus pauvres avaient un surrisque de 37% de recourir aux antipsychotiques et un

<sup>11</sup> [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hbhc\\_44-pressured-by-schoolwork/](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hbhc_44-pressured-by-schoolwork/)

<sup>12</sup> L'hypothèse que le recours accru au méthylphénidate serait lié aux exigences du cadre scolaire que nous explorons ici n'exclut évidemment pas d'autres hypothèses possibles comme celle liée aux conflits familiaux comme source d'agitation de l'enfant par exemple (Diener, 2011).

surrisque de 32% de subir une hospitalisation psychiatrique par rapport aux enfants habitant dans les quartiers plus riches (Sholokhova, Noirhomme, Morissens, & Verniest, 2021).

Précisons que la tendance vers l'usage accru des **antipsychotiques** chez les publics précarisés observée dans nos études précédentes est bien présente chez les enfants suivis pour le TDAH. Notre analyse des cas de polypharmacie confirme qu'un enfant BIM a deux fois plus de risque de recevoir une prescription pour un antipsychotique au courant de la même année qu'il reçoit un traitement du méthylphénidate qu'un enfant non-BIM (en 2022, 15% des BIM contre 7% des non-BIM) (voir 3.3.).

Comment alors expliquer que le recours au méthylphénidate est indépendant du statut BIM en Belgique ? D'autant plus que, dans d'autres pays, comme la France, ce sont au contraire les enfants défavorisés qui sont plus susceptibles d'avoir recours au méthylphénidate (Ponnou, Haliday, Thomé, & Gonon, 2022). Le fait qu'il y ait, en 2022, très peu de différences dans le recours à la prise en charge médicamenteuse du TDAH entre les enfants BIM et les enfants non BIM, peut vouloir dire, à notre avis, la sous-utilisation des soins de santé mentale ou en d'autres termes le manque de prise en charge des enfants défavorisés.

Ce manque pourrait être entraîné par l'inaccessibilité financière des soins psychologiques. En effet, le diagnostic du TDAH est précédé souvent par un bilan psychologique à la suite duquel l'enfant peut être dirigé vers le psychiatre. Pour cela, la famille doit pouvoir avancer une somme considérable (en moyenne 350 euros, selon les informations que nous avons trouvées sur les sites web des différents psychologues). Or les personnes BIM rencontrent déjà plus de difficultés à avoir un suivi psychologique (Noirhomme, 2022). Il est possible que le manque d'accès au bilan (neuro)psychologique induise dans une certaine mesure le manque d'accès au suivi psychiatrique, ce qui a pour conséquence le moindre recours à la prise en charge médicamenteuse chez les personnes défavorisées par rapport aux personnes aisées. En outre, ne pas recourir à temps à des soins (y compris les soins psychologiques) peut impliquer des soins plus lourds : cela peut expliquer les différences importantes dans les prescriptions des antipsychotiques chez les enfants TDAH entre les enfants défavorisés et les enfants plus aisés.

En ce qui concerne les **différences géographiques**, c'est en Flandre qu'on observe le plus grand nombre relatif d'enfants recevant le traitement médicamenteux pour le TDAH : 2,9%, contre 1,1% en Wallonie et 0,6% à Bruxelles (voir 3.6.). Comment pouvons-nous expliquer ces différences ?

Penchons-nous par exemple sur le nombre de psychiatres actifs en Belgique. La Flandre et la Wallonie comptent le même nombre de psychiatres pour 100.000 habitant-es, soit 22, tandis qu'à Bruxelles, il y a 49 psychiatres pour 100.000 habitant-es (voir Tableau 1). Nous voyons donc que ces données ne permettent pas d'expliquer les différences que nous avons observées en termes de suivi des enfants ayant recours au méthylphénidate par les professionnels de la santé mentale. En Flandre, il y a plus de recours aux consultations chez les psychiatres (55% d'enfants ayant recours au méthylphénidate) et moins de risque de n'avoir aucun suivi par les professionnels de la santé mentale (39%), tandis qu'en Wallonie au contraire, il y a deux fois moins de recours aux consultations chez les psychiatres (23%) et plus de risque de ne pas avoir de suivi chez les professionnels de la santé mentale (58%).

**Tableau 1 : Nombre de (neuro)psychiatres actifs par 100.000 habitant-es (Source : INAMI, juin 2022)**

Région/Province	Nombre de (neuro)psychiatres actifs/100.000 habitant-es
Bruxelles-Capitale	49

Anvers	20
Limbourg	20
Flandre orientale	21
Brabant flamand	36
Flandre occidentale	16
<b>Flandre</b>	<b>22</b>
Brabant wallon	44
Hainaut	15
Liège	26
Luxembourg	12
Namur	18
<b>Wallonie</b>	<b>22</b>

Notons qu'en même temps, le suivi des enfants par les psychologues en Flandre est plus bas que dans d'autres régions : en 2022 il s'agit de 11% d'enfants en Flandre, 14% en Wallonie et 22% à Bruxelles. Ces différences s'expliquent, à notre sens, avant tout par la différence des conditions de remboursement par l'AC de la MC flamande, d'une part, et l'AC francophone et germanophone (la première offre beaucoup moins de couverture que la deuxième) et donc par le manque d'accessibilité financière des soins psychologiques. Ce manque d'accessibilité financière du point de vue de l'offre (où la situation s'améliore depuis la création de la convention « soins psychologiques ») est probablement partiellement compensé chez les groupes plus favorisés, c'est-à-dire de la capacité des personnes de couvrir les frais des soins par eux-mêmes. Le revenu moyen net imposable par habitant-e en Flandre en 2021 est en effet le plus élevé en Belgique : « fort d'un montant de 21.776 euros, le revenu moyen des Flamands dépasse en effet de 7,0% la moyenne nationale, [tandis que] le revenu moyen des Wallons se situe 5,7% en deçà de la moyenne belge, et les Bruxellois doivent se contenter de 21,1% de moins sur base annuelle », selon les données de Statbel<sup>13</sup>.

Il nous est impossible d'apporter une explication définitive concernant les différences géographiques dans la prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique. De nouvelles questions se posent auxquelles nous n'avons pas de possibilité d'apporter des réponses dans le cadre de cette étude. Qu'est-ce qui explique la plus grande accessibilité des soins psychiatriques en Flandre ? Quels sont les facteurs de risque du manque de suivi par les professionnel-les de santé en Wallonie ? Une analyse approfondie des différences régionales devrait être entreprise afin de répondre à ces questions.

Nous pouvons alors conclure que **la pratique de la prise en charge en Belgique est fortement influencée par des facteurs non médicaux**. D'une part, la pression scolaire induit le risque de surdiagnostic accompagné de médicalisation des enfants les plus jeunes de la classe. D'autre part, le manque d'accessibilité financière des soins psychologiques risque de créer des obstacles dans la prise en charge du TDAH chez les enfants venant des milieux défavorisés. En outre, il reste encore à explorer les raisons des différences importantes dans le recours à la prise en charge médicamenteuse entre les régions de la Belgique.

## 5. Résumé des résultats et points d'attention

<sup>13</sup> <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>



Plusieurs points d'attention préoccupants ressortent de notre analyse des données de remboursement des psychostimulants dans le cadre de la prise en charge du TDAH chez les enfants et les adolescent-es membres de la MC. Nous constatons :

- **Une prolifération de la prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique :**
  - en 2022, 2,4% des jeunes ont recours au méthylphénidate ;
  - le recours a augmenté de 20% depuis 2013 ;
- **Une absence de consignes claires concernant la prise en charge médicamenteuse du TDAH, notamment la durée du traitement et le type de suivi médical nécessaire :**
  - un enfant sur quatre qui commence son traitement à l'âge de 6 ans restera sous traitement au moins jusqu'à ses 17 ans (la fin de la période de remboursement du méthylphénidate) ;
  - 41% des enfants n'ont pas vu de professionnel-le de la santé mentale en 2022 ;
- **Une augmentation du nombre de cas de polypharmacie avec d'autres médicaments psychotropes :**
  - en 2022, 8% des enfants traités pour le TDAH, indépendamment de leur âge, ont également recours aux antipsychotiques, c'est le double par rapport à 2013 ;
  - les enfants plus défavorisés ont deux fois plus de risque d'avoir recours à des antipsychotiques au cours de la même année où ils sont traités avec le méthylphénidate ;
- **Un risque de surdiagnostic et de recours accru au traitement médicamenteux induits par le cadre scolaire :**
  - les enfants de 10 à 15 ans ont davantage recours au méthylphénidate ;
  - les garçons les plus jeunes de la classe ont presque deux fois plus de risque d'avoir une prise en charge médicamenteuse que leurs camarades plus âgés ;
- **Un manque du suivi psychologique :**
  - seulement 15% des enfants sous traitement médicamenteux pour le TDAH ont eu une prise en charge psychologique en 2022 ;
  - l'inaccessibilité financière est une des raisons du non-recours ;
- **Un risque de surdiagnostic du TDAH et de surconsommation du méthylphénidate en Flandre :**
  - en 2022, 2,9% des enfants ont recours au méthylphénidate en Flandre, tandis qu'il s'agit de 1,1% en Wallonie et de 0,6% à Bruxelles ;
- **Une impossibilité d'accéder aux données des délivrances des médicaments non remboursés par l'AO, ce qui empêche d'évaluer les cas de prise en charge médicamenteuse problématiques, tels que :**
  - les cas de polypharmacie combinant le méthylphénidate avec les anxiolytiques ;
  - les usages *off-label* (chez les enfants de moins de 6 ans, chez les jeunes sans diagnostic de TDAH) ;
  - les délivrances aux adultes.

## 6. Recommandations

Sur la base des différents points d'attentions résumés plus haut, nous formulons une série de recommandations à destination des différents acteurs et actrices du système de santé, mais aussi du secteur scolaire dont le rôle dans la vie des enfants TDAH ne doit pas être sous-estimé.

### 6.1. Aux responsables politiques

La plupart des limites de nos analyses sont liées à l'indisponibilité des données concernant les médicaments qui ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé. **Nous considérons dès lors indispensable de**

**rendre obligatoire l'enregistrement des données des délivrances des médicaments non remboursés par l'AO.** Cela est nécessaire afin d'avoir une meilleure vue sur l'utilisation des soins et d'analyser les inégalités qui la caractérisent.

## **6.2. Aux responsables du secteur de la santé, y compris de la santé mentale**

Quand bien même la prescription des psychostimulants aux enfants s'est largement répandue ces dernières années, les controverses autour du traitement du TDAH à l'aide du méthylphénidate persistent. Très peu d'études se prononcent sur l'usage prolongé du méthylphénidate. Les risques de surdiagnostic du TDAH, notamment chez les enfants nés au courant du dernier trimestre de l'année, ont pourtant été démontrés au niveau international. Notre analyse montre que la prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique n'est pas optimale et n'est pas toujours basée sur des données probantes. Il est donc indispensable de **développer des consignes claires concernant la prise en charge médicamenteuse du TDAH** (notamment concernant la durée du traitement et le type de suivi médical nécessaire).

Il en ressort également que **la formation initiale et continue des médecins (généralistes et spécialistes, tels que psychiatres, pédiatres et neurologues) doit être renforcée sur le plan des connaissances du TDAH**, des risques de surdiagnostic (notamment chez les enfants nés au cours du dernier trimestre de l'année), des possibilités de sa prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, de la nécessité d'une évaluation continue de la pertinence du traitement médicamenteux et des avantages des approches psychologiques et plus globalement des bénéfiques d'un suivi multidisciplinaire.

De même, il est nécessaire de renforcer **les formations initiales et continues des psychologues** sur la prise en charge du TDAH (**y compris dans le cadre des nouvelles formations des psychologues conventionné-es**).

## **6.3. Aux responsables de l'enseignement fondamental et secondaire**

L'âge est un des facteurs de risque principaux de la prise en charge médicamenteuse du TDAH. Les enfants les plus jeunes de la classe ainsi que les enfants à la fin des études primaires et au début des études secondaires sont les plus à risque de recevoir un diagnostic et un traitement médicamenteux. En Belgique, un enfant sur trois est stressé et se sent sous pression scolaire.

Il est alors indispensable de **renforcer les connaissances du corps enseignant sur TDAH**, sur les risques de surdiagnostic du TDAH (notamment chez les jeunes nés au cours du dernier trimestre de l'année), sur les possibilités d'un accompagnement possible pour les enfants, sur les besoins des enfants TDAH **et plus globalement sur la santé mentale et notamment le rôle de l'école dans la prévention des troubles psychiques**.

Pour cela il est nécessaire d'élargir les possibilités de l'adaptation du milieu scolaire aux besoins des enfants et de sensibiliser les directions et les enseignant-es aux risques de la pression scolaire chez les adolescent-es.

## **6.4. Aux responsables de la recherche scientifique**

La réalité clinique d'aujourd'hui ne se conforme clairement pas au niveau des connaissances scientifiques existantes : le méthylphénidate est prescrit pour des périodes très longues et les cas de polypharmacie se prolifèrent. C'est pourquoi nous recommandons de **développer des recherches longitudinales sur les effets secondaires de l'usage du méthylphénidate** (également en polypharmacie) dans le cas du TDAH.

À côté des recherches scientifiques classiques, il existe encore moins d'études qui s'intéressent à l'opinion des enfants mêmes concernant leurs suivis du TDAH. Il est cependant indispensable de mener des **études comparatives entre la prise en charge médicamenteuse et la prise en charge non médicamenteuse du TDAH, également sous forme de recherches participatives et/ou sur base de l'analyse de l'expérience vécue des patient-es et de leurs familles concernant leur recours au méthylphénidate.**

## Conclusion

Cette étude ne visait pas à remettre en question les effets positifs du traitement à l'aide du méthylphénidate que peuvent avoir les patient-es diagnostiqué-es avec le TDAH. Notre objectif était d'analyser la qualité du suivi médicamenteux actuel en Belgique, notamment d'un point de vue des durées moyennes des prescriptions du méthylphénidate, du suivi psychiatrique et psychologique offert aux patient-es, de l'influence des facteurs non strictement médicaux sur les prescriptions.

Nous en concluons que la prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique n'est pas optimale et n'est pas toujours basée sur des données probantes. Le recours à la prise en charge médicamenteuse du TDAH augmente, avec les durées de traitement extrêmement longues, sans pour autant qu'un suivi systématique par les médecins spécialistes soit assuré. Dans ces conditions, le risque de surdiagnostic, mais aussi de surmédicalisation des enfants présentant des comportements perturbateurs est réel. L'observation réalisée en ce qui concerne les enfants les plus jeunes de la classe, qui sont davantage médicamenteux, illustre la façon dont la pratique médicale est influencée par des facteurs non médicaux.

Cette situation est d'autant plus interpellante que le suivi psychologique des enfants TDAH reste très limité malgré le fait qu'à long terme son efficacité est comparable à celle du traitement médicamenteux. Jusqu'à très récemment, l'assurance obligatoire ne couvrait le suivi psychologique que de façon très limitée (dans le cadre de conventions INAMI). Or l'accessibilité des soins psychologiques dépend également de la disponibilité géographique et temporelle, de la sensibilité des soins aux besoins des personnes indépendamment de leur âge, sexe, origine, etc. Il est donc nécessaire de renforcer l'accessibilité des soins psychologiques dans toutes ses dimensions, notamment afin de diminuer les inégalités sociales qui les caractérisent aujourd'hui. En effet, les enfants avec le statut BIM rencontrent toujours beaucoup de difficultés à se faire soigner à temps, avant qu'il soit nécessaire de faire appel aux soins lourds tels que les hospitalisations psychiatriques et les antipsychotiques. Cette étude confirme l'influence des conditions de vie de jeunes également sur la prise en charge du TDAH.

Dans son analyse de la situation en Belgique en 2019, le Comité des droits de l'enfant des Nations unies – qui veille à la mise en œuvre de la *Convention relative aux droits de l'enfant* – exprime sa préoccupation par rapport à la hausse des prescriptions des psychostimulants aux enfants diagnostiqués comme présentant un TDAH (Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, 2019). Le Comité recommande à la Belgique « de veiller à ce que les traitements médicamenteux ne soient prescrits aux enfants qui présentent un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité qu'en dernier recours et à ce que les enfants et leurs parents soient dûment informés des possibles effets secondaires d'un tel traitement et des solutions non médicales qui s'offrent à eux » (Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, 2019). Il ressort de notre étude que cette recommandation est toujours d'actualité et nécessite des investissements de la part de l'ensemble des acteurs et actrices dont les domaines de responsabilités touchent à la question du TDAH, allant des soins de santé à l'école.

## Bibliographie

- Angelescu, I., & Heuser, I. (2008). Psychostimulants. Dans S. Offermanns, & W. Rosenthal, *Encyclopedia of Molecular Pharmacology*. Springer.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé. *Santé & Société*, 4, 6-31.
- Bolea-Alamanac, B., Nutt, D. J., Adamou, M., Asherson, P., Bazire, S., Coghill, D., . . . Young, S. J. (2014). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: Update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 28(3), 179-203.
- Comité des droits de l'enfant des Nations Unies. (2019). *Observations finales concernant le rapport de la Belgique valant cinquième et sixième rapports périodiques CRC/C/BEL/CO/5-6*.
- Conseil Supérieur de la Santé. (2013). *Good clinical practice en matière de reconnaissance, de diagnostic et de traitement du TDAH. Avis N° 8846*. Bruxelles.
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021). *Prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse du TDAH. Avis N° 9547*. Bruxelles.
- Diener, Y. (2011). *On agite un enfant. L'Etat, les psychothérapeutes et les psychotropes*. Paris : La fabrique éditions.
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the Brain: The phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford : Oxford University Press.
- Girand, H., Litkowiec, S., & Sohn, M. (2020). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Psychotropic Polypharmacy Prescribing Trends. *Pediatrics*, 146(1), e20192835.
- Healy, D. (2016). *Psychiatric Drugs Explained. 6th edition*. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto : Elsevier.
- Holland, J., & Sayal, K. (2019). Relative age and ADHD symptoms, diagnosis and medication: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(11), 1417-1429.
- Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L., . . . Elliott, G. R. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 989-1002.
- Lebbe, C., Ntahonganyira, R.-M., & Vandenberghe, J. (2017). Les plus jeunes de la classe ont un risque plus élevé de diagnostic de TDAH. *MC-Informations*, 269, 41-45.
- Man, K. K., Häge, A., Banaschewski, T., Inglis, S. K., Buitelaar, J., Carucci, S., . . . ADDUCE. (2023). ong-term safety of methylphenidate in children and adolescents with ADHD: 2-year outcomes of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Drugs Use Chronic Effects (ADDUCE) study. *The Lancet. Psychiatry*, 10(5), 323-333.
- Matthijssen, A.-F., Dietrich, A., Bierens, M., Kleine Deters, R., van de Loo-Neus, G., van den Hoofdakker, B., . . . Hoekstra, P. (2019). Continued Benefits of Methylphenidate in ADHD after 2 Years in Clinical Practice: A Randomized: Placebo-Controlled Discontinuation Study. *American Journal of Psychiatry*, 176(9), 756-762.
- National Institut for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder : diagnosis and management*. Récupéré sur <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Noirhomme, C. (2022). Le suivi psychologique : accessible en Belgique ? Analyse de l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires par les membres de la MC. *Santé & Société*, 3, 28-51.
- Noirhomme, C. (2023). La convention "soins psychologiques" dans le paysage des soins de santé mentale : Etat des lieux de l'utilisation des soins de santé mentale remboursés et des besoins rencontrés et non rencontrés en Belgique. *Santé & Société*, 7, 4-38.
- Pereira Ribeiro, J., Lunde, C., Gluud, C., Simonsen, E., & Storebø, O. (2023). Methylphenidate denied access to the WHO List of Essential Medicines for the second time. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28, 75-77.
- Ponnou, S. (2022). Les impasses des approches biomédicales, nécessité de la psychanalyse : le cas de l'hyperactivité/TDAH. Dans S. Ponnou (Éd.), *À l'écoute des enfants hyperactifs : Le pari de la psychanalyse*. Péronnas : Champ social éditions.
- Ponnou, S., Haliday, H., Thomé, B., & Gonon, F. (2022). La prescription de méthylphénidate chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2019. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 70(2).

- Sax, L., & Kautz, K. J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *Annals of family medicine*, 1(3), 171-174.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175–186.
- Sevastidis, A., Wannan Arachchige Dona, S., Gold, L., Sciberra, E., Coghill, D., & Le, H. N. (2023). Social gradient in use of health services and health-related quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *JCPP Advances*, e12170.
- Sholokhova, S. (2022). Prévention dans le domaine de la santé mentale : pourquoi, pour qui et comment ? *Santé & Société*, 3, 6-27.
- Sholokhova, S., Noirhomme, C., Morissens, A., & Verniest, R. (2021). L'impact de la pandémie de COVID-19 sur le recours des enfants et adolescents aux soins de santé mentale. *MC-Informations*, 286, 23-45.
- Spencer, N. J., Ludvigsson, J., Bai, G., Gauvin, L., Clifford, S. A., Abu Awad, Y., . . . Group, E. C. (2022). Social gradients in ADHD by household income and maternal education exposure during early childhood: Findings from birth cohort studies across six countries. *PloS one*, 17(3), e0264709.
- Standaarden, G. (2019). *Zorgstandaard ADHD*. Récupéré sur <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/introductie>
- Storebø, O., Storm, M., Pereira Ribeiro, J., Skoog, M., Groth, C., Callesen, H., . . . Gluud, C. (2023). methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Whitely, M., Lester, L., Phillimore, J., & Robinson, S. (2017). Influence of birth month on the probability of Western Australian children being treated for ADHD. *Medical Journal of Australia*, 206(2), 85.
- Whitely, M., Raven, M., Timimi, S., Jureidini, J., Phillimore, J., Leo, J., . . . Landman, P. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions: a systematic review. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(4), 380-391.