

SOUVENIRS ET REFLEXIONS SUR LES MEDICAMENTS D'UN ANCIEN ENFANT ENGAGE DEPUIS PRES DE 50 ANS AUX CARREFOURS DE LA SANTE ET DE L'EDUCATION

Frédéric Jésus

De 1979 à 2014, j'ai exercé le métier de pédopsychiatre, responsable d'une ou plusieurs unités de soins du service public, ce qui m'a permis d'écouter et d'accompagner des milliers d'enfants, de jeunes, de parents et de professionnels (de l'éducation, de l'action sociale, de la santé, etc.) en contact avec eux, et ceci dans des conditions éthiques et déontologiques que j'ai voulues aussi exigeantes que transparentes. Si, en ces circonstances, je n'ai que très exceptionnellement prescrit des médicaments (ou renouvelé des ordonnances qui m'étaient tendues avec des degrés très variables de conviction), j'ai souvent recommandé aux familles de recourir aussi à des ressources éducatives, sociales, culturelles, sportives de proximité.

Entre ces deux dates, j'ai demandé ma mise en position de détachement statutaire pour exercer, sur un total cumulé de 17 ans, des fonctions de « chargé de mission » plus ou moins directement placé auprès de ministères (chargés de la santé, de l'action sociale, de la coopération Nord/Sud), puis de départements et, pendant près de 8 ans, de la ville de Paris. J'ai ainsi pu contribuer à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques publiques, souvent transversales, dédiées aux enfants, aux jeunes, aux parents et aux familles.

Militant associatif engagé de longue date dans le champ de la promotion et de l'application de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant et dans celui de l'éducation populaire, j'ai veillé tant dans mes différentes fonctions professionnelles qu'au moyen de la publication d'articles et d'ouvrages, à développer les conditions théoriques et pratiques de la participation active et authentique des enfants, des jeunes et des parents aux services et aux politiques qui les concernent. A cet effet je me suis attaché, ces 20 dernières années, à réactualiser et promouvoir le concept de « coéducation » tant, dans le domaine théorique, par mes publications que dans l'accompagnement concret, par mes activités de formateur et de consultant, des politiques éducatives locales et globales (incluant leurs dimensions familiales, scolaires, « péri et extrascolaires » et même de santé publique).

C'est à ces différents titres que je souhaite apporter ici une contribution rétrospective à la question de la médicalisation de l'éducation familiale et scolaire, et notamment de la place qu'y prennent les médicaments. Je commencerai par faire état de quelques souvenirs autobiographiques – dans la mesure où, depuis 6 ans, je n'ai plus d'activités médicales – avant de formuler quelques réflexions qu'elles m'inspirent aujourd'hui.

Souvenir 1 – C'est le plus ancien de mes souvenirs conscients, redécouvert et exploré 20 ans plus tard lors d'une séance de psychanalyse. Ma mère me conduit en poussette à la consultation de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Bondy. Le plaisir de la sortie est troublé par une double attente : celle, anxieuse, de la piqure du vaccin récurrent et celle, gourmande, du bonbon qui lui fera suite. La piqure et le bonbon sont administrés par le même personnage, ce médecin de PMI que ma mère semble respecter par principe et investir d'une confiance massive mais que j'appréhende quant à moi avec toute l'ambivalence que suscite l'ensemble de la séquence. Une séquence qui m'inquiète et me gratifie : j'en suis le motif et le prétexte. Je

ne sais plus si l'on m'explique et si je comprends le bien-fondé sanitaire de la vaccination (qui s'illustrera plus tard, à l'école, par la présence d'enfants présentant des séquelles de poliomyélite ou encore par le rituel des ventes, par les enfants eux-mêmes, de timbres de promotion du BCG). Mais l'allégeance de ma mère au corps médical, même quand il me fait souffrir, et l'achat par un bonbon de la cessation de mes pleurs m'intriguent¹. Première perception des deux faces du *pharmakon* : poison et remède, douleur et soulagement.

Entendant à moult reprises la redoutable alliance médecins/parents lui affirmer par la suite que c'est pour son bien qu'elle doit parfois lui faire mal, et ceci en faisant intrusion dans son corps (pique, suture, bistouri, roulette, suppositoire, désinfectant sur les plaies, etc.), l'enfant découvre des sortilèges peu ravéliens. Et, au passage, ces étranges métiers – médecin, voire dentiste – qui, avec celui d'instituteur, semblent autoriser l'exercice d'un contre-pouvoir, légitime et valorisé, auquel se soumet avec une notable déférence le pouvoir habituellement absolu de ses parents. Mais ceci au prix d'une prise de contrôle douloureuse et/ou apaisante du soignant sur son corps, et d'une discipline contraignante et/ou enrichissante imposée par l'enseignant sur la part de sa personne intitulée « élève ». Et au prix aussi, en ces différentes occasions, de l'impérieuse injonction qui lui est faite de se taire, de rester « sage », et d'accepter de ne pas obtenir de réponses aux questions essentielles, donc compliquées, qu'il pose aux adultes.

Souvenir 2 – Ex « bon élève », j'ai à peine 17 ans à l'issue de ma première année d'études à la faculté de médecine de Bobigny. Une année au cours de laquelle le réel du corps est abordé au travers des cours d'anatomie, d'histologie, de biochimie, de biophysique. Je suis impressionné par ces apprentissages denses, précis, parfois fastidieux. Mais perplexe, aussi et surtout, à l'égard de ce que j'entrevois de mes motivations professionnelles. Je décide alors, le printemps venu, de suivre une « unité de valeur » facultative sur la psychologie de l'enfant. De l'enfance, j'en suis proche encore, et de mai 1968 plus encore. Ainsi me suis-je déjà intéressé aux pédagogies alternatives, en lisant avidement « *Libres enfants de Summerhill* » de AS Neill et « *Une société sans école* » d'Ivan Illich. Je prends alors conscience de ma propension, sans doute liée à ma propre histoire éducative, à porter attention à la parole du sujet, et singulièrement à celle de l'enfant, plutôt qu'à son seul corps, tel qu'objectivé par l'approche dite « clinique ». Du réel du corps, j'aurai bientôt à en connaître dans mes fonctions d'externe, chaque matin, et plus encore en travaillant concomitamment comme infirmier de nuit, quatre années de suite, aux services des urgences des hôpitaux d'Aulnay-sous-Bois et de Montreuil. Pour autant, je vérifie en ces diverses circonstances l'importance du dialogue avec les « patients » (et avec leurs parents, lorsqu'il s'agit d'enfants) pour mieux comprendre ce qui les affecte et pour obtenir une meilleure acceptation des soins qu'on leur prodigue.

Je réalise en 1974 une partie de mon stage d'externe en pédiatrie en participant à la « consultation externe », c'est-à-dire ambulatoire, du chef de service hospitalier. J'assiste alors, sidéré par la violence symbolique du scénario, à la façon dont ce médecin aborde la question des jeunes enfants qui ont fait des convulsions de type épileptique et auxquels, selon le profil socio-familial des parents (de la mère surtout), il prescrit bien souvent des barbituriques (principal anti-épileptique disponible à cette époque), quand bien même il s'agit de jeunes enfants n'ayant convulsé que pour de banales raisons de poussée ou de chute rapides de fièvre, et dont l'électro-encéphalogramme ne présente d'ailleurs aucun signe évocateur d'une forme ou l'autre d'épilepsie précoce. Ce médecin n'écoute pas – et surtout pas les enfants –, il ne s'intéresse ni au cadre ni

¹ A noter que, quelques années plus tard, plusieurs vaccins obligatoires seront proposés par voie orale ... sur un morceau de sucre.

aux conditions de vie des familles : il prescrit. Et si, par malheur, la survenue de nouvelles convulsions lui est relatée à la consultation suivante, on le sent courroucé contre l'enfant (et ses parents). Pour traquer les intentions supposées occultes de celui-ci, il me fait alors rédiger une demande de « bilan psychologique » sur un bon... d'endoscopie. Il sait qu'il n'en tiendra pas compte, mais il manifeste de la sorte sa volonté de percer coûte que coûte ces secrets qui font obstacle à l'efficacité de son pouvoir mandarin. L'angoisse des parents lui donne tous les droits, et ne leur laisse que le devoir de s'y soumettre. Et ceci, notamment, en tendant chaque jour à leur enfant un comprimé inutilement sédatif (générateur de somnolence scolaire, ou d'agitation comportementale pour tenter d'y résister) qui fait d'autant moins sens pour lui que personne ne lui explique vraiment ce qu'il en est. Mon mémoire de stage, clin d'œil affligé et révolté à Dostoïevski, épileptique notoire (cf. *Le Prince*), s'intitulera « *Les convulsions du jeune enfant : crise et traitement, ou crime et châtement ?* ». C'est ma façon de mentionner que, médiocrement éclairée par une conception intrusive et normative de la psychologie, la prescription du médicament vient trop souvent s'inscrire dans un rapport de forces déséquilibré entre le médecin et la famille désemparée, voire entre le médecin et l'enfant récalcitrant lui-même. J'ai 20 ans. Mon mémoire est argumenté, reçu dans l'indifférence, mais validé. Dans 6 ans, la faculté et le ministère de la Santé m'autoriseront à exercer le métier de pédopsychiatre, dans des fonctions de responsable de divers services publics.

Souvenir 3 – Après 13 ans consacrés, sur le plan professionnel, à Soissons puis dans le 19^{ème} arrondissement de Paris, à écouter et accompagner des enfants, des jeunes, des familles vivant ou exposés à des difficultés de tous ordres, ainsi qu'à animer et à créer des services publics de psychiatrie infanto-juvénile de proximité dans le cadre de la politique dite de secteur, je décide de tenter de donner des suites institutionnelles à ce que les uns et les autres m'ont appris. J'ai validé le Diplôme d'Université de Nancy en santé publique et communautaire et accueilli avec enthousiasme l'adoption par l'Assemblée générale de l'ONU, le 20 novembre 1989, de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE). Je rejoins alors, en 1992, l'Institut de l'Enfance et de la Famille (IDEF), un établissement public créé en 1984 et dirigé par Jean-Pierre Rosenczweig, placé sous la tutelle du ministère chargé des familles, et dont la mission est d'« *étendre, approfondir et diffuser les connaissances relatives aux enfants et aux familles* ». J'y travaille sur l'évaluation de la décentralisation de la PMI, le développement des services de promotion de la santé en faveur des élèves (dits de « santé scolaire »), la promotion et le respect des droits des enfants atteints ou concernés par le VIH, l'observation quantitative et qualitative des situations d'enfants maltraités ou gravement négligés (en famille ou en institution), etc.

A l'issue d'un séminaire consacré à examiner la constitution, les caractéristiques et le devenir des médicaments non utilisés qui s'entassent dans la plupart des « armoires à pharmacie » familiales, le fondateur et rédacteur en chef de la revue *Prescrire*² attire mon attention sur l'ambitieuse campagne internationale de promotion publicitaire (« *pharmaketing* ») d'un produit destiné aux enfants – mais surtout au portefeuille de leurs parents – et dénommé *SuperTed*. Présenté comme un médicament, puisque vendu en pharmacie – mais sans prescription ni remboursement –, il ne s'agit en réalité que d'un « complément alimentaire » de plus, composé d'un complexe de vitamines et de fer. Il ne répond à aucun besoin physiologique des enfants, du moins dans les pays riches où il est cependant présenté aux parents comme susceptible de pallier les déficits nutritionnels induits par la fréquentation de la restauration scolaire et de

² Première et unique publication sur l'actualité pharmaceutique et médicale financée par ses seuls abonnés, et par conséquent totalement indépendante de l'industrie pharmaceutique et des lobbys afférents.

prévenir les difficultés d'apprentissage qui en résulteraient. L'opération de culpabilisation des parents bi-actifs est complétée par une opération de séduction des enfants : le comprimé de *SuperTed* à la forme d'un ourson rose, il a en France un goût de fraise³, et sa délivrance s'accompagne de la remise de livrets à colorier, de l'offre d'acquisition d'oursos *SuperTed* en peluche, etc.

Alerté par cette sinistre anecdote et instruit par mes propres observations professionnelles, je consulte des études de sociologues et d'économistes de la santé, de chercheurs en santé publique. Plusieurs d'entre elles analysent la façon dont nombre de laboratoires, en instrumentalisant l'anxiété de parents salariés du privé qui redoutent de perdre leur emploi et en forçant le stylo des médecins de « famille », poussent les premiers à demander et les seconds à consentir à la prescription d'antibiotiques pourtant inutiles voire préjudiciables en cas d'affections virales banales des enfants – pour ne rien dire du recours aux illusoire « immunostimulants » alors en vogue. J'étends mes lectures et mes échanges en m'intéressant aux travaux : d'historiens et d'anthropologues de la santé, qui décrivent les différents usages et représentations des remèdes et des médicaments destinés aux enfants dans le temps et selon les cultures ; de psychologues et de médecins généralistes, qui étudient leur prescription, leur acquisition, leur circulation, leur consommation et leurs dimensions relationnelles dans l'espace familial ; d'éducateurs pour la santé, conscients de la faiblesse et de la difficulté de leurs actions en faveur du bon usage des médicaments par et pour les enfants ; de pharmaciens, qui s'interrogent parfois sur leur propre rôle éducatif auprès des enfants, des jeunes, et des parents en matière d'automédication intrafamiliale, au sein de leurs officines ; mais aussi de pédiatres, qui déplorent en vain, auprès des industriels, la fréquente indisponibilité de conditionnements à usage pédiatrique pour des médicaments réellement efficaces et utiles. La matière est ainsi réunie pour que l'IDEF organise un colloque, en décembre 1993, et publie un ouvrage collectif, en 1994, tous deux largement pluridisciplinaires, sur le thème « *L'enfant, sa famille et les médicaments* ». Le médicament y figure comme un objet complexe, tout à la fois chimique ou biologique, technique et industriel, scientifique et de recherche, médical (c'est-à-dire à visées diagnostiques, préventives et curatives), social et culturel, juridique, économique, commercial, mais aussi et surtout : relationnel et éducatif. Il apparaît, en tout état de cause, qu'« *il y a plus que du médicament dans le médicament* », surtout lorsqu'il est présenté aux enfants. Tout en y participant du bout des lèvres, le Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (SNIP)⁴ veillera à décourager la valorisation de ces deux initiatives, sans doute parce qu'elles étaient susceptibles d'introduire une rationalité peu propice aux intérêts de ses adhérents, s'agissant notamment des médicaments à usage pédiatrique acquis par les parents sans ordonnance et de ceux dont les indications et l'utilité sont contestées ou ne sont pas prouvées. Toutefois, outre les articles, dossiers, interviews, émissions de radios et sondages d'opinion auxquels ils donneront lieu à l'époque, ce colloque et cet ouvrage contribueront à nourrir plusieurs actions d'éducation au « Bon usage du médicament » destinées aux enfants et aux jeunes, ainsi que le volet spécifique d'un programme de recherche sur les usages et mésusages des médicaments lancé en 1994 par le ministère chargé de la Santé.

Souvenir 4 – De 1999 à 2001, puis de 2009 à 2014, j'exerce de nouveau des fonctions de responsable de service public de psychiatrie infanto-juvénile dans des zones « périurbaines » et dans des quartiers dits « populaires » du Val d'Oise. Face aux problèmes de tous ordres, des plus légers et transitoires aux plus

³ Au Royaume-Uni, il a un goût de caramel, les études de *marketing* ayant mis en évidence des différences de préférence gustative des enfants d'un pays à l'autre.

⁴ Devenu *Les Entreprises du Médicament* (LEEM)

graves et installés, affectant les enfants et les jeunes que leurs parents, leurs enseignants, leurs éducateurs, etc. me présentent comme relevant d'approches et de soins pédopsychiatriques, j'ai gardé une vieille habitude : m'entretenir longuement avec les uns et les autres, et notamment en tête-à-tête avec les enfants et les jeunes eux-mêmes en leur garantissant la confidentialité sur nos échanges ; me faire préciser l'historique et le contexte, familiaux et extrafamiliaux, de survenue des troubles allégués ; m'intéresser aux potentialités et aux aspirations des uns et des autres, et pas seulement à leurs difficultés et à leurs échecs ; rechercher avec eux le moment venu les opportunités d'une alliance thérapeutique valorisant les savoir, savoir-faire et savoir-être des adultes et mobilisant le désir d'apprendre, de progresser et de s'autonomiser des enfants et des jeunes. Je ne prescris quasiment jamais de médicaments, sauf si par exemple le recours ponctuel à un somnifère permet à un jeune de ne pas arriver épuisé le jour d'un examen important pour lui. Mais face à l'insomnie d'endormissement d'un jeune enfant, je lui propose de dessiner son pire cauchemar et de m'en parler, et à ses parents d'instituer le rituel d'une tisane de fleur d'oranger, dont l'efficacité résidera plus dans la façon de la préparer et de la lui donner à boire que dans la fleur d'oranger elle-même. Les tics compulsifs ou l'agitation anxieuse de tel autre enfant m'inciteront à lui proposer, ainsi qu'à ses parents, de rencontrer le ou la psychomotricien.ne de mon équipe. Etc.

Je découvre donc avec stupeur, en 1999 et plus encore en 2009, à quel point de nouveaux protocoles ont progressivement envahi le champ des pratiques soignantes, et la place qu'y prennent des médicaments aux effets – y compris secondaires – indiscutablement puissants. Le plus spectaculaire de ces protocoles résulte de l'apparition dans les années 1990, aux USA et au Canada, et selon une chronologie difficile à définir, d'un nouveau diagnostic – le « trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité » (TDAH) – et de la molécule, présentée sous différentes formes relativement onéreuses de commercialisation⁵ – le méthylphénidate, un dérivé amphétaminique – qui est très fréquemment voire systématiquement prescrit pour y remédier. Mon effarement devant de ce que j'observe de ce scénario envahissant m'amène à rédiger plusieurs articles de mise en alerte, notamment des parents et des enseignants, dont un en 2015, dans le *Journal du Droit des Jeunes*, que j'intitule sarcastiquement « *L'enfance n'est pas une maladie* ». J'y écris : « *On est maintenant capable de reconnaître en l'enfance, dès le plus jeune âge, une pathologie qui se caractérise en tous lieux, mais surtout à l'école, par les nettes et préoccupantes propensions des sujets atteints : à se laisser distraire par leur environnement ou, si celui-ci est ennuyeux, par leurs propres idées (déficit de l'attention) ; à bouger et à se déplacer pour explorer et comprendre le monde (hyperactivité motrice) ; et à le faire parfois de façon spontanée, sans attendre les créneaux horaires prévus à cet effet (impulsivité). Lorsque ces caractéristiques s'avèrent intenses et durables [...], et surtout lorsqu'elles dérangent les adultes dans l'exercice soit de leur indifférence soit de leur propre hyperactivité, on peut affirmer non seulement que le sujet est atteint d'enfance, mais aussi qu'il est un « enfant TDAH », qui en est donc une forme aggravée* ».

Ici s'arrête l'amère ironie car, si problématique émergente il y a, et principalement alléguée chez les garçons, quelles en sont les causes systémiques étant entendu que, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « *il n'existe aucune mesure biologique, d'imagerie ou neuropsychologique objective pour le diagnostic du TDAH : celui-ci se fait donc uniquement par l'entretien clinique et l'identification des facteurs comportementaux posant problème* » ? S'agit-il des conséquences : d'une exposition accrue des enfants aux écrans et jeux vidéo de tous ordres ? d'une dégradation du cadre et des conditions de la vie familiale, notamment dans les milieux urbains populaires ? d'une incapacité croissante des pédagogies et des organisations scolaires à répondre à

⁵ Ritaline®, Quasym®, Concerta®.

certaines difficultés de comportement et d'apprentissage des « élèves »⁶ ? ou encore d'un cumul de ces facteurs ? Nul ne le sait vraiment, mais le fait est que ce sont le plus souvent les institutions scolaires (enseignants, psychologues et médecins scolaires) qui font pression sur les parents pour qu'ils s'adressent à des médecins et des services qui se sont fait une spécialité de diagnostiquer des TDAH à l'emporte-pièce et de prescrire le méthylphénidate, puis de s'employer à en faire renouveler les ordonnances. Les uns et les autres font même souvent alliance pour que l'enfant concerné se voit ouvrir un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), ce qui verrouille durablement son diagnostic et son statut en les assignant abusivement au champ du handicap. Je me montre pour ma part d'autant plus réticent d'emblée, et finalement hostile, à participer à ce processus (et je suis bientôt dénoncé, voire contourné, comme tel) que j'observe à quel point le méthylphénidate est une molécule puissante, un *pharmakon* absolu. Certes, elle éteint assez rapidement les enfants, leurs gestes autant que leur regard, occasionnant au passage perte de l'appétit et amaigrissement, troubles du sommeil, tristesse et résignation⁷. En tête à tête, les enfants m'en font d'ailleurs état. Mais, à défaut de les rendre savants, l'école les a rendus « sages » : les enseignants sont satisfaits et les parents soulagés. On arrête parfois le médicament pendant les vacances scolaires, c'est dire à quoi il sert. Le plus pathétique réside en ce que les parents et parfois l'enfant lui-même me supplient de renouveler une ordonnance qui a été initiée, contre mon avis, par des filières médico-hospitalières spécialisées quand je proposais de mon côté une approche systémique et des soins relationnels certes plus contraignants, mais exempts de maltraitance chimique. Au sein des équipes que j'anime, plusieurs jeunes médecins ne comprennent pas mon point de vue. La chimie est efficace : pourquoi s'en passer ? Les adultes ont la paix : pourquoi ne pas s'en contenter ? La MDPH valide des aménagements scolaires, certes mensongers, mais si confortables pour tous : pourquoi ne pas valider l'identité « déficitaire » d'enfants que l'on a connus, avant leur mise sous toxique, si vifs et si questionnant, mais dont les légitimes interpellations sont venues perturber – à leurs dépens – un « ordre » scolaire et familial manifestement précaire ? En 2014, je préfère faire valoir mes droits à la retraite plutôt qu'entériner et m'épuiser à dénoncer ce que j'assimile, un peu seul, à une forme sophistiquée de ces maltraitements institutionnelles que je me suis si longtemps consacré à prévenir, dénoncer et réduire.

Souvenir 5 – En 2016, dans le cadre de mes activités de consultant, j'accompagne une ville de la petite couronne parisienne dans l'élaboration de son Projet Educatif de Territoire (PEdT). Comme toujours en ces cas, j'ai proposé et obtenu que les enfants et les jeunes participent au processus de consultation de l'ensemble des acteurs éducatifs de la ville : n'en sont-ils pas d'éminents, et des plus légitimes, selon les termes même de la CIDE⁸ ? Invités à désigner, sur une carte, les lieux ressources de leur éducation, au sens large du terme, ils y font figurer, à la surprise générale, des pharmacies. Cette initiative fait sourire, hausser les épaules, et elle est aussitôt oubliée. Je n'aurai pas l'occasion de les rencontrer pour les interroger à ce sujet. Quel est pourtant leur message ? Que représente une pharmacie à leurs yeux ? Un lieu fréquenté par leurs parents avec ou sans prescription médicale ? Une épicerie spécialisée, donnant un accès régulé à des produits qui soulagent et/ou court-circuitent l'expression de la maladie, du mal-être ? Un lieu où se manifeste

⁶ Rappelons que, pour l'Education nationale, l'élève est la part de l'enfant sur laquelle elle s'estime juridiquement compétente. De tous temps, le corps de l'enfant et ses manifestations sont un problème, un quasi impensé pour l'école. A tel point que l'actuel ministère souhaiterait même réduire l'enfant à son cerveau.

⁷ De rares mais redoutables effets secondaires cardiologiques peuvent aussi se manifester à terme, mais la pratique d'un électrocardiogramme avant toute instauration de ce « traitement » est loin d'être systématique.

⁸ Article 12.1 : « Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité. »

et se résout, voire s'abolit, le désir d'une médiation entre leur personne et la conjonction ambiguë de l'anxiété parentale et du pouvoir médical, au détriment de leur parole et de leurs attentes d'une autre forme de sollicitude ? La possibilité d'une éducation au bon usage des médicaments, ces supports bien réels mais métonymiques aussi du mieux-être, familial, scolaire, social ? Autant de questions sur lesquelles je n'ai pas réussi, pour une fois, à obtenir l'éclairage des enfants.

Quelques réflexions pour conclure, aux carrefours de l'éducation et de la santé – Quiconque a connu les affres douloureuses d'une colique néphrétique, a redouté la nécessité d'une dévitalisation de nerfs dentaires, a été cloué au lit par une angine ou une pneumonie d'origine bactérienne, a subi les assauts d'un diabète ou d'une hyperthyroïdie, etc. sait ce qu'il doit à l'efficacité avérée des antalgiques, des anesthésiques, des antibiotiques, des traitements hormonaux quand ils sont correctement prescrits et administrés. La récente pandémie de Covid 19 a mis en exergue les espoirs que soient identifiés des médicaments et un vaccin efficaces. Vaccinations obligatoires (et port du masque face à la circulation du Covid 19) peuvent même être présentés aux enfants, et aux adultes dubitatifs, comme des moyens de se protéger soi-même en protégeant autrui, comme des mesures d'intérêt à la fois individuel et collectif. Les progrès et les « vertus » dont les médicaments et les produits de santé sont les représentants et les vecteurs sont indéniables. Pour autant, ils ne sont que les supports d'une démarche de santé et d'éducation pour la santé, et même tout simplement d'une éducation globale. La préservation et la restauration d'une bonne santé, et donc les méthodes et les moyens qui y contribuent, favorisent en effet les apprentissages de tous ordres que chaque enfant peut faire en famille, à l'école, pendant les activités de loisirs éducatifs dits « périscolaires et extrascolaires ». L'éducation – y compris l'éducation au bon usage du médicament, qui se construit et s'acquiert notamment dans le milieu familial – contribue de même à préserver et entretenir la santé, individuelle et collective. Dans nombre de pays pauvres, par exemple, l'éducation des filles est un des principaux facteurs de la maîtrise ultérieure de leur fécondité et de la réduction des mortalités maternelle et infantile. Ainsi, dans leurs nécessaires interactions, l'éducation et la santé sont-elles les bases du développement humain et social.

C'est pourquoi l'administration à un enfant, dans le cadre familial, d'un médicament, prescrit ou non par un médecin, est certes un geste sanitaire, mais il est d'abord et surtout à concevoir comme un acte éducatif. En respectant la prescription du médecin et/ou les conseils du pharmacien, les parents (ou encore les beaux-parents, les grands-parents) assument un rôle de partenaires de l'observance et de la réalisation du soin. Souvent à l'origine de ce qui a déterminé la consultation, ils sont aussi les premiers acteurs du suivi et de l'évaluation de ce qui en a résulté, du fait de leur connaissance intime de leur enfant et du partage de sa vie quotidienne. Mais leur contribution aux soins est moins technique qu'affective et empathique. Ils expliquent et réexpliquent le sens des gestes soignants prodigués (prise de température, prise non violente et accompagnée des éventuels médicaments, hydratation, réalisation d'un éventuel régime, actes de surveillance et de protection, paroles apaisantes, etc.). La vie familiale ne doit pas s'en trouver médicalisée pour autant. L'enfant est attentif certes à la nature des soins prodigués, mais aussi et surtout à la façon dont sa famille les lui prodigue. Il revient en revanche aux professionnels de santé d'expliquer clairement aux adultes et aux enfants le sens de ces soins, même s'ils sont parfois pénibles ou contraignants, et l'intention bienveillante qui y préside (ce pourquoi, outre les problèmes éthiques ci-dessus exposés, la prescription extensive du méthylphénidate ou d'autres psychotropes agressifs, pose de réels problèmes d'insincérité au sein des relations médecins-parents-enfant). Le rôle sanitaire des familles doit donc être conçu et assumé en

premier lieu, dès les premiers âges de l'enfance, comme un rôle éducatif, bienveillant, rassurant, exigeant et rigoureux, mais non pas normatif.

Résumé – Après la présentation succincte de son parcours professionnel et associatif, l'auteur relate un choix de souvenirs personnels au travers desquels a émergé, s'est développée et s'est précisée sa réflexion sur la place des médicaments dans le quotidien des familles et des enfants et dans leurs relations avec les systèmes de santé et d'éducation. Il en déduit quelques réflexions sur le rôle éducatif des familles en matière de santé en général, et de bon usage des médicaments en particulier.

Mots-clés – Médicament. Bon usage du médicament. Pédiopsychiatrie. Education familiale. Education pour la santé.

FRÉDÉRIC JÉSU

ARTICLE

2020 - Souvenirs et réflexions sur les médicaments d'un ancien enfant engagé depuis près de 50 ans aux carrefours de la santé

Licence (CC BY -NC-ND)



Vous êtes autorisé à publier, partager, distribuer gratuitement l'œuvre de l'auteur.

Dans la mesure du possible vous devez donner le nom de l'auteur. Vous n'êtes pas autorisé à vendre, louer, reproduire, adapter, modifier, transformer ou faire tout autre usage.

Courriel de l'auteur : contact@frederic-jesu.net

Site officiel de l'auteur : <https://www.frederic-jesu.net>

© Copyright-France tous droits réservés 2020-2021

Paris, 2020

ISBN 979-10-394-0499-0