*Diagnostics TSLA – TDAH : aspects historiques et scientifiques, rapports à la clinique, pertinence des diagnostics en usage dans les CMPP à l’aune de la thérapeutique*

Intervention FDCMPP 22 novembre 2019

Un enfant, c’est pas simple, c’est compliqué

Je vais commencer en partant du diagnostic en CMPP. Les CMPP sont bâtis sur une clinique de l’enfant dans sa globalité, comprenant son développement, sa vie psychique, son fonctionnement dans son milieu avec l’ensemble des aspects de sa vie. Cela implique que les professionnels abordent chacun cette globalité ou si l’on veut cette complexité, qui n’est pas l’apanage des cas difficiles seulement. Ils doivent donc *s’impliquer personnellement et subjectivement*. Pourquoi subjectivement ? Parce que nous sommes *tous dépassés* par la complexité que je viens d’évoquer, quel que soit notre métier. Il est impossible de la maitriser, même pour les cas apparemment simples. Réfléchir l’articulation par exemple entre le développement et le fonctionnement psychique de l’enfant, se faire une idée de ce qui est stable chez lui pendant un temps en représentant à la fois des possibilités et des limites et l’associer à ce qui est son mouvement propre, son choix, sa manière de fonctionner, sa façon d’être enfant, ce n’est pas simple ! Or c’est le mouvement propre de l’enfant qui est à mobiliser dans une thérapeutique mais bien sûr également dans une rééducation. Parfois on dirait que ça arrive tout seul, une rencontre s’est faite peut-être, l’enfant retrouve le chemin de son apprentissage. Mais parfois c’est plus compliqué. Dans l’ensemble en CMPP comme en psychiatrie de l’enfant en général, le mouvement propre et singulier de l’enfant est compris comme essentiel dans son développement : il *devient* lui même en grandissant. C’est ainsi que le diagnostic en CMPP comporte cette part consacrée à sa subjectivité.

Le diagnostic, une fonction identitaire ?

Mais qu’en est-il de la pathologie ? La psychiatrie est une médecine sans lésions toujours et encore, ce qui pose un problème, puisque la médecine est l’art de soigner ce qui est altéré dans le corps. Il me vient ici une citation à méditer de J. Hochmann dans un texte intitulé *Les chemins de l’autisme : de la psychopathie à la neurodiversité*: « Paradoxe […] du diagnostic en psychiatrie :il spécifie peu une action thérapeutique, il a surtout, pour les psychiatres, une fonction identitaire et légitime leur appartenance à la médecine. Il témoigne d’une tension, pour certains insoutenable, entre le désir du médecin d’être médecin et la réalité de la médecine sans lésion qu’il est amené à pratiquer ». En effet, le diagnostic ne contient pas de clé pour traiter le problème en psychiatrie, et c’est là une affirmation à souligner me semble-t-il aujourd’hui, dans le contexte où nous sommes du diagnostic surinvesti, que l’on voudrait considérer comme un point de départ rationnel du traitement, en fait dans une sorte de magie des mots. Nous avons une responsabilité par rapport à cette réalité que *les diagnostics ne permettent pas de savoir comment faire dans un cas donné.*

La subjectivité, c’est plus proche d’une discussion que d’un savoir

Nous différencions le diagnostic portant sur les symptômes et leur éventuel regroupement de la question du diagnostic psychopathologique ou pourquoi pas du *diagnostic au cas par cas* dans cet art casuistique qu’est la médecine. *Ce diagnostic ou cette évaluation clinique va plus loin, doit aller plus loin, que les symptômes et leur regroupement.* Quel sorte d’espace est ce plus loin ? Est-ce que c’est un savoir ou un espace de discussion ? La subjectivité, si elle doit y trouver une place, s’apparente davantage à la discussion qu’au savoir. La théorie y entre en jeu, mais une théorie de la pratique issue d’influences diverses, qui part d’une observation particulière et vise à un diagnostic particulier, l’équivalent d’une analyse clinique.

Ce diagnostic est construit à partir de l’observation clinique dans les entretiens. Mais l’institution en tant que dispositif d’observation y contribue aussi : jusqu’aux secrétaires d’accueil qui échangent au téléphone et dans leurs bureaux avec les familles et les professionnels qui rencontrent en passant en salle d’attente un enfant qui attend un autre professionnel… Une surprise, un élément à explorer, un événement peut surprendre à tout moment et signifier quelque chose à ne pas négliger pour la compréhension.

Le diagnostic se construit à l’aide de supports théoriques qui sont « de nature très hétérogène, et leur compatibilité n’est pas toujours évidente »,[[1]](#footnote-1) comme nous le rappellent Marcelli et Cohen dans leur *Manuel de psychopathologie de l’enfant*. En pratique cependant et d’après l’expérience, si ces supports théoriques tendent parfois à se diffracter sans se rejoindre, la compatibilité des professionnels dans les équipes assure également celle de leurs théories. La contribution des professionnels à ce diagnostic clinique est aussi d’emblée un engagement dans le traitement qui prolonge l’observation et valide ou non sa base de départ.

Une clinique de tous les jours

Un retard de langage, des difficultés dans les apprentissages ou une instabilité du comportement sont des champs traditionnels de la clinique en CMPP. Le diagnostic peut comporter une évaluation orthophonique, psychomotrice, psychopédagogique, l’apport des bilans effectués par la psychologue scolaire, tout bilan complémentaire pouvant intéresser la réflexion clinique. Le diagnostic s’intéresse à l’enfant comme petit sujet en devenir avec une réflexion sur la fonction possible de son symptôme pour lui-même et pour ses proches, en particulier lorsque rien de patent et encore moins de spectaculaire n’attire l’attention sur une difficulté psychologique ou familiale. L’expérience clinique montrant en fait que souvent, une difficulté qui peut sembler instrumentale comme par exemple un retard de langage, évolue dès les premières consultations familiales de bilan ou qu’inversement, une rééducation peut apporter un changement qualitatif dans les positionnements de l’enfant, voire des parents. Je dis là des faits d’observation courante. Quant à l’enfant qui n’écoute pas quand on veut qu’il écoute ou qui s’agite, il est accueilli comme un jeune sujet dont l’inattention et le comportement participent à la globalité de sa situation du moment, de sa maturation psychique et physique et s’inscrivent dans sa vie. La non-adéquation de l’enfant aux situations notamment scolaires dans lesquelles il doit savoir être et se comporter sous le regard adulte renseigne et interroge régulièrement sur cette norme et son adéquation ou inadéquation à l’enfant, mais aussi sur la relation des adultes à cette norme et enfin sur la relation entre les adultes et l’enfant. Il pourrait sembler cohérent que la clinique, telle qu’elle se pratique en CMPP, avec une attention à l’environnement de l’enfant, soit particulièrement reconnue dans ce domaine.

Les troubles neurodéveloppementaux et les transformations actuelles de l’offre de soin

Mais nous assistons à autre chose que nous allons maintenant aborder et commenter en revenant également à l’intérêt du diagnostic « en usage » et non standardisé en CMPP. Les retards de langage, difficultés d’apprentissage, ainsi que l’instabilité psychomotrice bien connue comme symptôme non spécifique ont acquis des limites nouvelles et pourrait-on dire une dignité différente dans un champ qui apparaît avec insistance : *les troubles neuro-développementaux* ou TND*.* En compagnie des troubles du spectre autistique et du retard mental, *les troubles spécifiques du langage et de l’apprentissage ou TSLA* et le *trouble déficitaire de l’attention avec ou sans hyperactivité ou TDA/H*, grâce à l’action conjuguée de la HAS, des sites d’hôpitaux publiques, de sites privés, en particulier d’associations de parents ou de patients, tendent à largement occuper la toile avec ce signifiant TND.

En soi, l’expression provient de la traduction du DSM V en français en 2015 et consacre la révision contestée du DSM IV pour passer d’une logique multiaxiale référée à une pathologie principale, à une logique dimensionnelle destinée à être plus proche des patients « dans la vie réelle », en fait élargissant fortement le répertoire des diagnostics et créant de vastes « dimensions » complètement assumées dans leur non-validité quant à une quelconque homogénéité physio ou psychopathologique, mais inclusives depuis le plus léger trouble au plus lourd handicap. L’appellation TND venant identifier quelque chose comme un « cerveau différent », mais c’est une aura, une ambiance de langage, sans aucune objectivité. Les TND relèvent-ils vraiment de la psychiatrie ? Ce n’est pas clair. Pourtant, leur apparition provient du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

En parallèle, de vastes transformations ont cours en France, réorganisant la psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent et les antennes de proximité qui lui sont associées, les CMP et les CMPP. Il me paraît indispensable d’en dire un mot. Dans ce nouvel univers, les *parcours* ont un rôle important et les institutions reçoivent les appellations *niveau 1, niveau 2, niveau 3.* Le niveau 1 qui comporte le suivi quotidien ne comporte pas ou rarement l’intervention d’un psychiatre. Je ne crois pas me tromper en disant que les parcours résultent de l’influence des associations de familles sur les décisions de politique de santé. Les familles sont dans ce nouveau paysage apparemment rois, elles paraissent de plus en plus décisionnaires, en fait elles sont amenées à recruter les professionnels avec des chances souvent minimes de les trouver présents et disponibles. Elles n’ont plus accès aux antennes de proximité dans leur grande majorité, comme en témoignent les listes d’attente partout énormes. Les parcours sont basés par hypothèse sur des éléments de diagnostic objectifs grâce à l’effectuation de bilans standardisés. Des plateformes de coordination se montent pour réaliser des bilans diagnostiques, le traitement quotidien étant à poursuivre ailleurs en libéral ou peut-être en institution pour les cas plus sévères. Qu’est-ce que sont et seront ces plateformes, quel est et sera leur lien avec la clinique du cas par cas indissociable de la dimension thérapeutique, c’est l’avenir qui le dira.

Lire le guide-parcours des TSLA dans le texte

En décembre 2017, un document était publié par la Haute Autorité de Santé sur les parcours TSLA, intitulé *Comment améliorer le parcours de santé d’un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages[[2]](#footnote-2).* Il préconise une organisation des dispositifs de soin en même temps qu’il propose une vision scientifique sous le nom de « Troubles spécifiques du langage et des apprentissages ». Je vous livrerai un commentaire un petit peu détaillé, n’ayant pas pu lire ce texte tant que je ne me suis pas un tant soi peu documentée sur les rapports qui l’ont précédé. Je l’ai perçu comme un exercice d’analyse de texte, nécessitant le déchiffrage d’une langue spécifique, une sorte de mélange de vulgarisation sur un sujet spécialisé et de préconisations administratives.

Il y a d’abord l’ampleur du phénomène. Il concernerait 8 % des enfants, d’après les études internationales[[3]](#footnote-3). A ce niveau épidémiologique premier, il est instructif de se reporter aux rapports antérieurs. En 2000, nous avions un aperçu de la complexité de la question épidémiologique avec une fréquence allant de 1% à 25% dans les pays d’Europe occidentale et Etats-Unis réunis [[4]](#footnote-4) D’autre part, dans une expertise collective de l’Inserm consacrée au sujet en 2007,[[5]](#footnote-5) nous avions une réflexion sur l’épidémiologie : « la prévalence n’est pas connue, faute d’études représentatives de la population générale ! Néanmoins différents travaux estiment cette prévalence à “un peu moins de 5%“ : la fréquence “scientifiquement énoncée“ est comme tout affaire de compromis avec des variations qui font passer l’image du trouble de relativement marginal à une affaire de santé publique. D’autre part, les dyslexies représenteraient environ un quart des enfants ayant des difficultés de lecture ! »[[6]](#footnote-6) Ces remarques de 2007 éclairent le pourcentage présenté sans contextualisation en 2018.

Deux aspects de la vision scientifique du guide TSLA m’ont semblé à la lecture le plus questionnant. La référence neurologique est posée comme une certitude de l’origine d’une part et d’autre part la démarche diagnostique interdit la clinique non référencée explicitement comme cognitive, comme un danger qui pourrait peser sur un diagnostic pur. Je vais prendre ces deux aspects avant de présenter quelques commentaires cliniques.

C’est fini la discussion sur différentes conceptions possibles de la dyslexie

Le point-pivot de tout le guide est la notion que nous sommes devant un trouble neuro-développemental dont les fondements biologiques sont reconnus.[[7]](#footnote-7) Et c’est en contradiction formelle avec les conclusions de l’expertise de l’Inserm en 2007. Dans la *Synthèse et recommandations* de cette expertise, après un développement étayé,  il est conclu que : « Tout paradigme d’un déterminisme exclusivement biologique n’a donc aucune justification ».[[8]](#footnote-8) Plus encore, l’observation de fréquents troubles autres que des apprentissages chez les mêmes enfants conduit à l’hypothèse de la « pluralité et de l’interrelation des déterminismes»[[9]](#footnote-9) ! En remontant plus loin dans le temps, au premier rapport auquel le guide 2018 fait référence, en 2000, la référence biologique transparait à peine. A la place, une référence à différentes conceptions étiologiques de la dyslexie, dont celle consistant à penser que la dyslexie serait une mal-lecture sans unité physiopathologique, s’inscrivant dans divers contextes cliniques.[[10]](#footnote-10)

Le guide-parcours de 2018 donne l’impression d’un changement où *l’on est passé d’une discussion sur des conceptions possibles à une seule conception sans discussion*. D’ailleurs, l’expertise Inserm 2007 n’est pas ou à peine mentionnée.L’idée semble être que le paradigme nouveau s’impose de lui même.[[11]](#footnote-11) Il s’agit bien sûr d’analyser les symptômes et de comprendre mais comprendre les processus cognitifs en jeu et pas autre chose pour parvenir à un « cheminement vers un diagnostic ». Ceci grâce à une « démarche psychologique et neuropsychologique, hypothético-déductive et dynamique » ! [[12]](#footnote-12) Toutes les précautions sont prises pour qu’il n’y ait pas de déviation vers des idées psychopathologiques autres que cognitives et d’abord dans l’effort constant de répétition dans le texte qu’il s’agit de troubles cognitifs, relevant d’une évaluation cognitive initiale, puis pratiquement continue, de traitements rééducatifs visant à développer ou corriger des fonctions ou des dysfonctionnements cognitifs, d’équipes où chaque membre est formée aux TSLA et aux outils d’évaluation des compétences cognitives… Ceci est presque un aveu des rédacteurs concernant la faiblesse scientifique de leur travail, une pensée circulaire : on trouve le trouble spécifique parce qu’on ne pense qu’en termes cognitifs.

L’art du clinicien est d’entendre ce qui n’est pas encore exprimé

C’est le deuxième aspect questionnant sur ces TSLA : il faut diagnostiquer positivement le trouble basé sur l’hypothèse d’un déficit neurologique perturbant le fonctionnement dans un des champs de compétence cognitive défini pour l’âge : le langage oral ou écrit ou encore le calcul ou « l’organisation motrice ». Pour cela, on évalue le fonctionnement de ces compétences. Mais le diagnostic comporte l’élimination des diagnostics différentiels d’ordre psychologique ou psychiatrique. Le guide propose de ne faire intervenir un psychiatre qu’en cas de suspicion motivée. C’est là où nous percevons l’exclusion de la clinique, puisque nous savons que dans une consultation, les symptômes et interrelations entre symptômes ne sont pas donnés d’emblée, pas même nécessairement en réponse à des questions précises et l’art du clinicien est de les entendre et de permettre leur expression dans le cadre d’une relation thérapeutique. Cette partie la plus délicate de la clinique est supprimée. *Les relations entre le langage ou les apprentissages et le développement global de l’enfant incluant le développement psychique telle qu’il est abordé cliniquement en pédopsychiatrie, sont coupées*. De nombreux symptômes sont considérés comme pouvant être la conséquence des TSLA, tel que le sur- ou sous-investissement du langage, une opposition, un refus d’aller à l ‘école, une agitation, des comportements d’évitement, des manifestations somatiques, un sommeil perturbé… Mais finalement, le sentiment qui s’en dégage est que cette pensée causale-là (assigner de telles conséquences aux TSLA) servira aussi longtemps qu’on voudra et qu’on l’abandonnera quand on voudra en désignant plutôt une comorbidité ou même un changement de diagnostic. En effet, le diagnostic différentiel et des comorbidités sont l’obsession de la démarche diagnostique qui se repose tout au long du parcours, surtout en cas d’échec. Reste à savoir si on abandonnera seulement son idée ou bien aussi l’enfant…

Un effort langagier considérable est développé pour marquer la volonté ferme et indiscutable d’organiser le parcours comme dispositif lui même issu de la connaissance scientifique : si le guide affirme ne pas être une recommandation des pratiques, il les contient pourtant. Les deux aspects essentiels sont :

-l’évaluation initiale et ensuite très régulière de l’enfant, le lien entre tous les professionnels basé sur une pratique des évaluations standardisées, leur partage et leur discussion.

-la hiérarchisation des *parcours* appelés *niveaux* 1, 2 et 3, selon la sévérité et/ou la complexité des troubles.

Le niveau 1 s’organise en amont des équipes spécialisées, autour du médecin de l’enfant (généraliste ou pédiatre) ou dans certains cas un psychologue. Ce qui est proposé au médecin généraliste semble surdimensionné, laissant imaginer que des médecins généralistes se spécialiseraient dans la gestion de dossiers TSLA[[13]](#footnote-13). Les prises en charge de l’enfant sont scolaires (des remédiations cognitives dans les classes) et rééducatives, les orthophonistes et les psychomotriciens étant bien entendu orientés dans la rééducation et l’évaluation sur un plan *cognitif*. *L’important c’est le diagnostic et la mesure du trouble*. Nous sommes devant l’idée d’un traitement rationnel découlant d’un diagnostic symptomatique, ce qui en soi est un contre-sens. D’où la nécessité d’affirmer fermement les bases neurologiques déclarées comme prouvées même si elles ne le sont pas. Les liens avec les associations de familles TSLA sont préconisés.

Le niveau 2 est une équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité d’un médecin coordinateur. Cette équipe peut être institutionnellement constituée ou libérale. Elle est recrutée sur un cahier des charges précis. Il est intéressant de lire la description des prérequis. Il ne serait pas du tout nécessaire d’être psychiatre et être psychiatre ne suffira pas du tout. Il faudra présenter une compétence en TSLA, un diplôme dans ce domaine, plus une expérience, plus une motivation et une volonté de se conformer au programmes théorique et pratique proposés. Pour exemple, les spécialités pour pouvoir candidater seront : médecin généraliste, pédiatre, neurologue, neuropédiatre, pédopsychiatre, médecin de médecine physique et réadaptation. Ce coordinateur ne semble pas avoir de tâche thérapeutique ! Cette tâche est déléguée à un psychologue ou un pédopsychiatre pour s’occuper des troubles associés ou des comorbidités si besoin. Il est impératif d’écrire, de consigner, de faire des bilans répétés. L’impression que cela donne est qu’il y a un appel à la constitution d’équipes TSLA pas du tout nécessairement dans le champ médico-social, ni hospitalier. Mais des accompagnements sont prévus aux équipes qui souhaiteraient se former.

Le niveau 3 est celui des Centres de référence des troubles du langage et des apprentissages qui ne devront recevoir que les cas « complexes » ou « très complexes».

Et les CMPP dans tout cela ?

Les CMPP se retrouveront-ils face à l’alternative : devenir des équipes de niveau 2 pratiquant avec dextérité tous les bilans standardisés ou disparaître, s’appauvrir ? La construction de l’objet « TSLA » est trop restrictive, trop d’enfants en réalité ne pourront que sortir de son cadre en cours de route – pourquoi sinon l’insistance sur la répétition du diagnostic tout au long de la prise en charge ? Supprimer les CMPP dans leur fonctionnement actuel bien pratique pour les enfants difficiles à caser et à faire évoluer dans un programme de rééducation pure, me paraitrait improbable- sauf à provoquer des perturbations familiales et scolaires importantes.

Certains enfants suivant un parcours préconisé ne devraient plus entrer dans les soins proposés par les CMPP, ou bien pourraient en sortir à la faveur d’un diagnostic invalidant celui du CMPP. Mais la plupart de ceux ayant une difficulté de langage oral ou écrit suivent en fait déjà un parcours de rééducation sans consulter un psychologue clinicien ou un psychiatre. Les CMPP et autres structures de soin devraient être sollicitées pour les comorbidités et les diagnostics différentiels.

Comment les CMPP pourront en même temps se consacrer à leur mission première de soin et particulièrement à la difficulté scolaire sous toutes ses formes, si souvent associée à une dimension psychologique ? Certains leviers thérapeutiques sont abordables grâce à cette dimension psychologique. Exclure explicitement du champ de la réflexion « clinique » souhaitée dans le guide-parcours la dimension psychologique subjective et la pensée psycho-dynamique est un absolu contre sens et en fait une violation de la compétence et de l’expertise des CMPP.

Cet appareil de parcours en niveaux pour les enfants TSLA destinés à un traitement sans la clinique pour laquelle les structures de soin existantes ont été pensées et conçues, sera-t-il, pourra-t-il être évalué ? En attendant, que fait-on des résultats et services rendus par l’existant, par nos centres de soins pluridisciplinaires dans le domaine de la difficulté scolaire ? Des milliers d’enfants sont traités dans les CMP et CMPP, les cas de mécontentement existent certes, mais si nous étions inefficaces, les familles continueraient-elles à venir avec régularité et de plus en plus ? Sont elles toutes insatisfaites, en colère, déçues, trompées ? Que le fonctionnement de ces lieux de soin ne suive pas le principe d’une évaluation standardisée n’est pas incompatible avec leur pertinence clinique. L’enfant est un sujet, la scolarité elle-même comporte de nombreux aspects autres que ceux évalués dans les bilans de compétence cognitive. L’activité diagnostique dans beaucoup de CMPP, sinon dans tous, est très différente de celle préconisée dans les niveaux 2 des parcours TSLA. Se faire une idée du service rendu impliquerait des études longitudinales exigeantes et spécialisées, mais aussi une coupe transversale telle que la parole des familles, des enseignants, des partenaires qui pourraient en donner une idée…

La compétence thérapeutique des équipes de CMPP est trop précieuse pour ne pas s’interroger sur une construction – les parcours TSLA - proposée comme une alternative complète à un champ de leur activité invalidée ainsi. Sans doute, la majorité des enfants concernés se trouve déjà dans des circuits autres, en particulier en rééducation libérale. L’échec, ou les résultats insuffisants des rééducations conduit aux revendications renforcées des associations de parents et aux surenchères de ceux pour qui le « trouble neuro-développemental » doit centrer toute la problématique. La HAS, organise une démocratie des savoirs qui accouche de bien curieux résultats. Comment préserver les CMPP et mettre en relief leur apport, protéger et ne pas dénaturer leur travail, ni instrumentaliser leurs usagers ? Il est nécessaire d’inventer des formes nouvelles de visibilité à la cause des enfants et leur devenir sujet dans un monde où soutenir une subjectivité propre est de plus en plus compliqué et jalonné d’obstacles. Il est fondamental d’associer les énergies de tous ceux qui ne souhaitent pas voir les enfants exposés à devenir des porteurs de trouble dans une logique de déficit et de réparation qui coupe le lien entre la construction de la vie psychique et tous les aspects de la vie d’un enfant, y compris le meilleur parti qu’il peut tirer de ses capacités.

Le TDA/H avec une pincée de prudence

Le TDA/H a une histoire différente. La plaquette destinée aux médecins de « première ligne », éditée par la HAS en 2015 porte ici la marque d’une réserve prudente. Ce petit opuscule qui présente les symptômes en triade : hyperactivité, déficit de l’attention, impulsivité, insiste sur le fait que ce trouble est le plus souvent transitoire. C’est seulement lorsqu’il perdure et devient handicapant pour l’enfant qu’un diagnostic peut se poser. Il y a comme une crainte de trop diagnostiquer le TDA/H. Le diagnostic, là non plus, n’est pas psychiatrique spécifiquement. La HAS recommande aussi les pédiatres, neuropédiatres et neurologues pour le faire. Pour ce qui concerne le traitement, les mesures psychologiques, éducatives et sociales viennent en premier lieu, mais elles sont suivies immédiatement de la mention : « si elles sont insuffisantes, un traitement médicamenteux peut être mis en place ». L’étiologie n’est pas mentionnée.

Ici, une dimension de l’incertain, de l’altérité, de l’idée de s’en remettre à une appréciation clinique davantage peut-être qu’à des bilans standardisés transparait malgré tout. On n’a pas l’impression, comme dans les parcours TSLA, qu’il faudrait pratiquer un diagnostic cognitif pur et non contaminé par une clinique psycho-dynamique invitée à s’approcher de l’enfant seulement sur autorisation particulière.

J’attribue cette différence nullement à une question d’ordre scientifique, mais à un état du discours social en France, relativement résistant au TDA/H comme trouble autonome conduisant notamment à un traitement médicamenteux. Un sociologue et criminologue de l’Université d’Auckland, Manuel Vallée, a même consacré un article dans *Social Science and Medecine*, en 2018, aux forces de résistance derrière le taux bas de prescription de psychostimulants chez nous, qu’il situe à 0,2 % des enfants en 2017 en France, contre 7% aux Etats Unis la même année. Pour cet auteur et d’après ses informateurs, l’Etat, les experts et les consommateurs ont fait front en France contre les intérêts pharmaceutiques, la question explicite de ce chercheur étant par ailleurs de savoir comment limiter le pouvoir de cette industrie[[14]](#footnote-14).

Le site de TDAH-France, association de familles d’enfants TDA/H est relativement prudent. On indique que pour l’heure l’étiologie neurologique n’est pas confirmée. La conviction d’une participation génétique est affirmée sur la base de l’éternel argument des « twin-studies », des études de jumeaux. L’importance des prises en charge psychologiques est soulignée. Les psychostimulants cependant suivent immédiatement, « si besoin », identiquement à la HAS.

L’instabilité et l’hyperactivité

Le sujet TDA/H est traité dans la littérature en France depuis de longues années, avec l’idée que deux conceptions s’opposent.

La conception française, issue de descriptions aboutissant progressivement depuis le 19ème siècle à l’instabilité psychomotrice, identifiée sous cette appellation et intégrée au répertoire clinique des pédopsychiatres sous ce nom dès l’après guerre. Un renforcement organique de la motricité chez certains garçons est reconnu comme participant à leur hyperactivité par un auteur classique comme Ajuriaguerra, dans son *Manuel de psychiatrie de l’enfant* paru en 1973, comme nous le rappelle P. Delion dans un intéressant article reprenant l’histoire de l’instabilité psycho-motrice dans son rapport au TDA/H.[[15]](#footnote-15) Mais ce « mode d’être moteur » de l’enfant ne devient pathologique que s’il persiste au delà d’une certaine période de la vie. Nous voyons poindre la question de la tolérance de l’environnement à l’enfant qui bouge. Par ailleurs, l’hyperactivité d’un enfant dont les attitudes sont plus structurées et organisées est à mettre « en relation avec les situations du milieu dans lesquelles les enfants vivent et développent leur personnalité. »[[16]](#footnote-16)

De nombreux psychanalystes ont consacré des études aux enfants hyperactifs, soulignant souvent le rôle de la surveillance maternelle de garçons en quête identificatoire et dont le père intervient peu ou n’interfère pas dans l’éducation.[[17]](#footnote-17) La représentation corporelle de l’enfant, articulée à une problématique de dépendance à la mère est également invoquée dans un registre à la fois psychogénétique et développemental en faisant de l’instabilité une pathologie du lien[[18]](#footnote-18). La place de la rééducation psychomotrice est souvent indiquée et largement étudiée et travaillée dans le champ de cette discipline.[[19]](#footnote-19) Dans cette instabilité à la française, la place de la prescription médicamenteuse n’est pas nulle mais elle vient en dernier recours.

L’autre conception est d’origine américaine : le symptôme s’appelle hyperkinésie, souvent associée à des troubles de l’attention. Une origine neurologique est postulée sur la base d’une ressemblance de ces symptômes avec des séquelles comportementales de l’épidémie d’encéphalite de Von Economo en 1917. Cette relative similitude a conduit, comme nous le rappellent Marcelli et Cohen, à poser « logiquement » l’hypothèse d’une altération neurologique chez ses enfants. L’altération s’est nommé Minimal Brain Injury pendant des décennies, puis s’est déplacé sur l’hypothèse d’un déficit neuro-cérébral aux effets cognitifs plus subtils, jusqu’à l’abandon de l’affirmation de son existence organique à la fin du 20ème siècle, faute de toute démonstration de sa réalité.[[20]](#footnote-20)

Voici comment P. Delion définissait la position du débat en 2003 dans l’article déjà cité : « L'hyperactivité est devenue, au fil des dernières années, emblématique de l'opposition entre deux conceptions de la psychopathologie de l'enfant et, peut-être, de la psychopathologie en général, à savoir une conception de type linéaire et plutôt neurodéveloppementale d'une part, une conception psychodynamique et polyfactorielle d'autre part. Abondamment relayée par les différents médias, la polémique s'est progressivement enflammée et il importe, à vrai dire, de ne pas négliger les enjeux de ces débats parfois excessifs, mais toujours importants. »[[21]](#footnote-21) Et Delion de s’inquiéter déjà du « recours aux enseignants en tant qu'évaluateurs des troubles cliniques des enfants dont ils ont la charge, [ce qui] ne peut pas aller sans soulever un certain nombre de problèmes éthiques (par exemple en ce qui concerne la contribution des enseignants à la cotation des échelles de Conner) ».

Le TDA/H : le diagnostic est-il un produit de marketing pour la prescription ?

Un tollé s’était élevé récemment contre la présence sur le site du Ministère de l’Education Nationale de fiches pratiques destinées aux enseignants pour repérer les enfants TDA/H. Je n’ai pas trouvé en préparant ce travail d’indication sur le TDA/H sur le site de l’Education Nationale.

En octobre 2018, un colloque intitulé *Stop à l’épidémie de TDA/H* s’est tenu dans un amphithéâtre de l’hôpital de la Pitié Salpétrière, organisé par le collectif STOP DSM. Ce collectif essaie de faire avancer des débats jugés importants pour l’avenir de la psychiatrie en réalisant des rencontres entre spécialistes d’obédiences différentes, réunis par leur intérêt partagé pour le débat d’idées et les questions d’éthique. Patrick Landmann, psychiatre, psychanalyste et fondateur du collectif soulignait qu’il y avait une augmentation par 30 de la prescription de Ritaline en 20 ans en France, ce qui ne permet sans doute plus de considérer cette prescription comme marginale, malgré le chiffre bas donné par le sociologue australien Manuel Vallée. J’ai retenu du colloque l’argument du psychiatre britannique Sami Tamimi contestant l’argument provenant des twin-studies (études de jumeaux) qui porterait l’héritabilité du TDA/H à 70%. Il souligne simplement – et il est surprenant que dans l’univers des TND cet argument paraisse le plus souvent inconnu – que ces études de jumeaux ne peuvent pas démêler les facteurs génétiques et non génétiques. L’hypothèse intitulée « Equal Environnement Assumption » qui suppose qu’il n’y a pas de différence environnementale, éducative, affective majeure entre le milieu des jumeaux mono et dizygotes, ne tient tout simplement pas. Il y a une incidence sur l’environnement provenant du fait qu’il s’agit de jumeaux homozygotes plutôt que hétérozygotes. Qui a connu des jumeaux ou qui tout simplement connaît des mères, est ou a été soi-même une mère, ne peut qu’accepter cette objection à mon sens. Le colloque *Stop à l’épidémie de TDA/H* déconstruisait encore un peu l’hypothèse qu’évoque toujours le signifiant TDA/H, d’une différence de nature avec le normal. En 2018, aucune étude ne semblait avoir apporté des preuves en faveur d’une efficacité des psychostimulants à long terme sur le risque d’échec scolaire, d’inadaptation sociale ou de toxicomanie ultérieure. L’absence d’études longitudinales longues pour évaluer un éventuel impact négatif était signalée. Le ralentissement de la croissance ne semblait pas documenté à long terme en cas de prise quotidienne sans interruption le weekend end ou pendant les vacances. En conclusion il était fortement recommandé de ne prescrire que pour une durée limitée. La dissonance est venu d’un pédopsychiatre, Jean Chambry, qui a mis le poids de son autorité de chef de service pour plaider, dans le cadre de sa vision intégrative, en faveur de l’intérêt de la prescription pour refluidifier les dynamiques familiales crispées par le symptôme et installer des bases pour une thérapie relationnelle. Je me souviens qu’il affirmait avoir une importante file active d’enfants avec cette prescription dans un CMP à Paris. Je me suis demandé comment l’acte de la prescription de Ritaline pouvait laisser ouverte la voie de la thérapie relationnelle avec l’ensemble du groupe familial, car dans ma pratique je l’ai ressentie comme impossible.

Dans ma clinique quotidienne, je suis plutôt amenée à rencontrer des familles qui demandent à être protégées d’une éventuelle médication de leur enfant. Et je n’ai pas la tentation de leur proposer ce médicament car d’autres problématiques que je considère comme des comorbidités au sens des TND ne manquent jamais : problèmes familiaux, anxiété, difficultés de séparation, pathologie ou immaturité parentale et carences éducatives… Dans d’autres cas, le diagnostic scientifico-médiatique impressionne et, en psychanalyste, je dirais qu’il suscite une jouissance ambiguë, provoquant du rejet ou de la soumission. Quand à mon expérience de la médication, les familles que j’ai pu rencontrer dont un enfant était sous Ritaline m’ont parues chaque fois inquiètes, voire craintives devant un arrêt possible du médicament, non parce que leur enfant allait bien, pas du tout, mais parce qu’elles étaient installées dans le trouble, dans la crainte d’une aggravation en cas d’arrêt de la prescription. L’enfant se disait chaque fois lui-même rassuré par ce médicament qui atténuait le caractère anxiogène de sa relation à lui-même à travers ses comportements et attitudes contre-productives et indésirables. Les conditions transférentielles et contre-transférentielles n’étaient alors peut-être pas réunies pour que je puisse construire une alliance thérapeutique. La prise de Ritaline était chaque fois prolongée et reconduite depuis plusieurs semestres ou années, sans qu’une consultation thérapeutique n’ait jamais pu avoir lieu. Je devais refléter pour ces familles un risque, celui qu’une autorité – après tout chaque médecin a son autorité –questionne trop cette canalisation médicamenteuse de l’activité et des attitudes de leur enfant, un fils à chaque fois, par ailleurs présenté comme archiprésent, décisionnaire, voire envahissant dans la relation mère-enfant ou parent-enfant. C’est mon expérience personnelle, je la revendique mais je reconnais bien entendu ses limites.

Enfin, et pour se détendre un peu, j’évoquerai un court article d’Alain Gillis, sur blogs.médiapart.fr, publié en 2014, intitulé *Hyperactivité : maladie fabriquée par Leon Eisenberg*. Il y raconte sa rencontre sur internet avec ce qualificatif d’inventeur du TDA/H donné au psychiatre américain Léon Eisenberg, qui a largement contribué à établir le traitement de l’hyperactivité par des amphétamines en réalisant les premiers essais cliniques dans les années 60. Gillis est tombé ensuite sur un article du magazine allemand Der Spiegel paru en 2012, trois ans après la mort du psychiatre américain : une grande enquête intitulée  *Schwermut ohne Scham*, c’est à dire Mélancolie sans vergogne, consacré aux effets de l’inflation des diagnostics psychiatriques. Le journaliste Jörg Blech y rapporte une visite chez Eisenberg aux Etats Unis quelques mois avant sa mort à l’âge de 87 ans. Et Blech d’écrire que Eisenberg lui aurait dit  : « ADHS ist ein Parade-beispiel fur eine fabrizierte Erkrankung » (« LeTDA/H est un exemple parfait de maladie fabriquée »)[[22]](#footnote-22). Ce n’est pas un scoop, car si certains affirment avec force que le TDA/H vrai ou authentique existe, c’est bien parce qu’on peut en douter, mais en général cela ne vient pas des Etats Unis et pas de quelqu’un qui a participé à l’extension du diagnostic. Eisenberg était connu pour sa critique du modèle réductionniste qu’avait adopté la psychiatrie américaine et pour son inquiétude devant l’envolée effréné des prescriptions de psychostimulants qu’il ne pouvait plus considérer comme une aide apportée à la population (jusqu’à 15% des écoliers américains recevraient une prescription ou une proposition de prescription de Ritaline d’après Alan Schwarz, auteur de *ADHD NATION, Children, Doctors, Big Pharma and the Making of an American Epidemic*, paru à New York en 2016) On peut rapporter enfin la phrase grinçante et non dénuée d’humour d’un psychiatre cité dans le livre d’Alan Schwarz et rapporté dans un article du New York Times en août 2016 : “We’ve decided as a society that it’s too expensive to modify the kid’s environment. So we have to modify the kid.” (Nous avons décidé, en tant que société, qu’il coutait trop cher de modifier l’environnement de l’enfant. Donc nous avons décidé de modifier l’enfant.)[[23]](#footnote-23)

Il y a là comme un écho des consultations où nous essayons d’entrer dans un travail thérapeutique pour éviter justement d’en arriver à seulement chercher à modifier l’enfant pour le ramener dans la norme édicté par la famille, l’école, ou l’Etat, sachant quelles déceptions et quelles séquelles laissent chez lui les adultes rencontrés qui n’auront eu d’autres projets pour lui que de le ramener à une norme ou à leurs propres désirs.

Pour finir sur une note franchement optimiste, j’évoquerai la sortie en juin 2019 d’un avis du Conseil Supérieur de Santé en Belgique issu de groupes de travail d’experts d’architecture comparable aux commissions des HAS en France. Cet avis recommande que les catégories du DSM ne soient pas au centre de l’aménagement des soins, en raison des problèmes que pose leur utilisation[[24]](#footnote-24). Il constate que « l’outil pose plusieurs problèmes épistémologiques de validité et de fiabilité qui ne peuvent pas faire l’objet d’une amélioration substantielle »[[25]](#footnote-25) Les auteurs invitent à écouter de manière attentive les personnes souffrant de troubles psychiques en évitant de réagir de manière trop marquée à partir des diagnostics et en prenant en compte le caractère de recherche/incertain des diagnostics.Ils conseillent de considérer les troubles comme interactifs, témoignant d’une lutte entre la personne et le contexte et des difficultés dans la vie. Les troubles « témoignent du caractère unique d’une personne ». « Les professionnels et décideurs politiques doivent tout mettre en œuvre pour gérer les signes psychiques de manière non problématisante et non médicalisante. Ils peuvent être l’expression d’incertitudes existentielles »[[26]](#footnote-26). Le journal *The Lancet* a fait un commentaire de ce document en septembre 2019 en remarquant que c’est la première fois qu’un organisme public a tiré une conclusion aussi explicite sur la manière dont les diagnostics psychiatriques pourraient être mieux utilisés ! [[27]](#footnote-27)

Anna Konrad

Psychiatre, psychanalyste

24 passage Courtois

75011 Paris

anna.konrad@wanadoo.fr

1. D. Marcelli, D.Cohen, *Enfance et psychopathologie*, 9ème édition, Elsevier Masson, 2012. P.21 [↑](#footnote-ref-1)
2. *Comment améliorer le parcours de santé d’un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?* Guide HAS, « Les parcours de soins », mis en ligne en décembre 2017. [↑](#footnote-ref-2)
3. Ibid. p.7. [↑](#footnote-ref-3)
4. J.C. Ringard et F. Veber, *Rapport sur les Troubles du langage*, 2000, lien présenté dans le Guide TSLA. p.24. [↑](#footnote-ref-4)
5. Expertise collective *Dyslexie, Dysgraphie, Dyscalculie*, Synthèse et Recommandations, INSERM, 2007 [↑](#footnote-ref-5)
6. Ibid. p.84. [↑](#footnote-ref-6)
7. « Ce second niveau de prise en charge répond à un cahier des charges précis : il évalue l’enfant selon une base commune cognitive neurodéveloppementale : les conceptions actuelles des TSLA au niveau international se fondent sur un modèle neuro-psychologique et font l’hypothèse forte d’un trouble neurodéveloppementale à fondement biologique. » *Comment améliorer le parcours de santé d’un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?* Guide HAS, 2018, p.27 [↑](#footnote-ref-7)
8. Des études de gènes (impliqués dans la migration de neurones situés dans des aires cérébrales recrutées plus tard dans les apprentissages) encouragent à l’hypothèse d’une participation génétique mais : « S’agit-il pour autant de la découverte “des gènes de la dyslexie“ ? Il s’agit tout au plus d’allèles qui augmentent le risque de développer une dyslexie en fonction de l’interaction avec de très nombreux autres facteurs (biochimiques, traumatiques, linguistiques, socio-éducatifs, psychologiques…). Cela ne signifie pas non plus que la cause primaire est toujours génétique, d’autres facteurs sont susceptibles d’être impliqués de manière isolée ou ensemble. Tout paradigme d’un déterminisme exclusivement biologique n’a donc aucune justification. » Opus cité. p. 86. [↑](#footnote-ref-8)
9. « Dyslexie, dysorthographie et dyscalculie peuvent être également associées à des troubles émotionnels (troubles anxio-dépressifs) et comportementaux, secondaires à la situation de difficultés scolaires rencontrées ou s’inscrivant dans une véritable comorbidité. Cette deuxième éventualité laisse ouverte la question de la pluralité et de l’interrelation des déterminismes» p.85. [↑](#footnote-ref-9)
10. « - des incertitudes existent toujours quand à l'étiologie, à la sémiologie et à la définition de la dyslexie et de la dysphasie ; - ces termes, dans la littérature de recherches, ne sont plus utilisés ; - les polémiques perdurent concernant la dyslexie : est-ce un trouble ou est-ce une "mal-lecture" ? » p. 57. [↑](#footnote-ref-10)
11. En quoi les équipes qui se sont penchées sur les recherches dans le cadre de l’Inserm et ont compulsé des milliers de publications il y a seulement 10 années seraient moins scientifiques en se permettant d’analyser les résultats ? Il se dégage de la lecture du guide 2018 une véritable crispation sur la pensée même des professionnels… [↑](#footnote-ref-11)
12. Opus cité p. 29. Il est bien spécifié que « L’évaluation comporte une analyse des symptômes, la compréhension des processus cognitifs à l’origine des troubles de l’enfant considéré et le cheminement vers un diagnostic. » L’objectif est de « mettre en évidence le(s) trouble(s) spécifique(s) explicatif(s) des troubles spécifiques des apprentissages au travers du diagnostic ou dans le cadre des hypothèses diagnostiques ». On part du cognitif et on arrive dans le cognitif… Mais on ne peut éviter d’ajouter que « En cas de signes d’appel dans la sphère émotionnelle ou comportementale, un avis pédopsychiatrique sera sollicité ».p.29. [↑](#footnote-ref-12)
13. Un examen basé sur des connaissances en matière de TSLA avec pratique d’outils standardisés, plus un examen digne d’un examen pédopsychiatrique familial et individuel complet, plus l’organisation de synthèses, des échanges d’information avec tout le monde et particulièrement l’école, une intervention au niveau des adaptations pédagogiques, le tout à l’aide d’un dossier médical partagé (DMP). [↑](#footnote-ref-13)
14. Manuel Vallée, *The countervailing forces behind France's low Ritalin consumption*, Social Science and Medecine, 238 (2019) [↑](#footnote-ref-14)
15. P. Delion, *Instabilité psychomotrice chez l’enfant. Histoire des idées et réflexions actuelles*. 2003, EMC Psychiatrie. [↑](#footnote-ref-15)
16. Op. Cité, p2. [↑](#footnote-ref-16)
17. P. Delion, op. cité, p. 2, D. Cohen, op. cité, p. 125 [↑](#footnote-ref-17)
18. Ph. Claudon, *L’instabilité psychomotrice infantile. Une pensée en action*. Erès, Psychologie clinique et projective, 2001/1, n°7, p. 153-173. [↑](#footnote-ref-18)
19. *Quelle est la place de la psychomotricité auprès de l’enfant « TDA/H-instable*» ? Mémoire présenté par Virginie Bonnaud-Leroux, Juin 2013, ISRP, Paris. [↑](#footnote-ref-19)
20. D. Cohen, op. cité, p. 432. [↑](#footnote-ref-20)
21. P. Delion op. cité, p.5. [↑](#footnote-ref-21)
22. Der Spiegel, 6/2012, *Schwermut ohne Scham* par Jörg Blech. [↑](#footnote-ref-22)
23. *Overselling A.D.H.D. A New Book Exposes Big Pharma’s Role* By Steve Silberman, the New York Times, Aug 22, 2016. [↑](#footnote-ref-23)
24. DSM(5) *Utilisation et statut du diagnostic et des classifications de problèmes de santé mentale* Conseil Supérieur de la Santé Mentale en Belgique, juin 2019 [↑](#footnote-ref-24)
25. Idem p. 27 [↑](#footnote-ref-25)
26. Idem. P.29 [↑](#footnote-ref-26)
27. *Belgian Superior Health Counsil advises aganist the use of DSM categories*, The Lancet, vol 6 september 2019. [↑](#footnote-ref-27)