

Enfant hyperactif : enfant trahi



Collection « La vie de l'enfant »
dirigée par Sylvain Missonnier
syl@carnetpsy.com

De l'enfant imaginaire dans la tête des parents virtuels à l'adolescent rappeur, il y a tout un monde ! Chacun des ouvrages de la collection est une pièce du puzzle de cet univers peuplé d'enfants vivants, morts, bien portants, souffrants, handicapés, maltraités, soignés, accueillis, éduqués, aimés..., indissociables de leur environnement.

La vie de l'enfant s'adresse aux professionnels et aux curieux de la genèse de l'humain, de la parentalité et du soin. Elle privilégie la clinique et ses pratiques, matrices de nos hypothèses théoriques et non servantes. La lisibilité, exempte d'ésotérisme, n'y rime pas avec simplisme. À la croisée des domaines psychanalytique, psycho (patho)logique, médical, social, historique, anthropologique et éthique, sa convivialité épistémologique réconcilie l'enfant observé et l'enfant reconstruit.

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs.

Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

Membres du comité éditorial :

Micheline Blazy, Dominique Blin, Nathalie Boige,
Edwige Dautzenberg, Pierre Delion,
Anne Frichet, Bernard Golse,
Sylvie Séguret
et Michel Soulé, fondateur de la collection en 1959.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Gilbert Levet

Enfant hyperactif : enfant trahi

Préface de Roland Gori

« La vie de l'enfant »

éres
éditions

Mes remerciements à Bérengère, Guillaume, Alice et Victoria, Gilbert et Simone, Raymond et Gisèle, Elisabeth Roudinesco, Roland Gori et Marie-José Del Volgo, Catherine et Alain Vanier, Jean-Michel Vives.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE, Roland Gori	9
INTRODUCTION. LE TSUNAMI DE L'HYPERACTIVITÉ.....	13
Mais qu'est-ce qu'ils ont à s'agiter ainsi?.....	13
Une question formidable	14
Présentation de l'ouvrage.....	16

PREMIÈRE PARTIE

L'ÉTAT DES LIEUX ET LES CONCEPTS

1. L'HYPERACTIVITÉ: QU'EST-CE QUE C'EST AUJOURD'HUI?.....	19
Un exemple d'enfant hyperactif	19
Histoire du diagnostic.....	23
L'hyperactivité et le déficit d'attention dans les nosographies.....	27
Facteurs de risques, comorbidité, etc.	33
Vous reprendrez bien encore un peu de Ritaline®?.....	36
L'enfant hyperactif a-t-il une âme?.....	38
2. LECTURE PSYCHANALYTIQUE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT.....	45
La bonne distance	46
La scène primitive.....	48
La fonction paternelle, le signifiant du Nom-du-Père, le phallus	50
La castration, le complexe de castration et la renonciation fondatrice.....	57
La névrose infantile et le complexe d'Œdipe.....	64

Conception de la couverture
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-3068-9
Première édition © Éditions érès, 2011
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Le Moi, le Moi Idéal, l'Idéal du Moi et le Surmoi	68	7. PREMIÈRE CONCLUSION EN FORME DE PROPOSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE	169
Pour une meilleure compréhension de certains actes humains : compulsion de répétition, jouissance et extase.....	71	Les éléments à peu près communs aux deux sexes	171
		Les éléments différents selon le sexe de l'enfant.....	175
		Le mot de la fin.....	180
DEUXIÈME PARTIE			
LA FAMILLE COPRODUCTRICE DE TDAH			
3. LA QUESTION DE LA DIFFÉRENCE DES SEXES AUJOURD'HUI.....	77	8. DEUXIÈME CONCLUSION EN FORME D'ÉPISTÉMÈ	181
4. LE PÈRE : HOMME PUÉRIL ET PÈRE / FRÈRE HAINEUX	87	Albert, le premier des fous voyageurs.....	182
La question du père aujourd'hui.....	88	Freud et l'hystérie séduite	185
Une difficulté supplémentaire: l'exemple des pères migrants	91	9. TROISIÈME CONCLUSION EN FORME DE RÊVE	193
On ne naît pas père, on le devient	94		
La paternité, un exercice mortel	95		
Circulez, il n'a rien à transmettre	98		
La haine fraternelle du père à l'égard du fils.....	99		
Éclairage sur l'extase paternelle.....	103		
Les effets sur le développement de l'enfant.....	107		
5. LA MÈRE, FEMME DÉSENCHANTÉE ET MÈRE IMPÉRIALE.....	111		
L'empire du ventre	112		
L'empire du ventre est-il un matriarcat?	126		
Femmes désenchantées des hommes.....	127		
Femmes désenchantées par leurs mères.....	130		
Le moment de bascule.....	136		
Ce que n'est pas la mère de l'enfant contraint au TDAH	137		
Les effets sur le développement de l'enfant.....	140		
TROISIÈME PARTIE			
CONTRAINTE, TRAHISON ET HYPOTHÈSE ÉPIDÉMIOLOGIQUE			
6. LA TRESSE CAUSALE ET LES BRINS CAUSAUX DE LA TRAHISON	149		
« La parentalité ».....	152		
« Un enfant, si je veux »	155		
« Le milieu socio-économique ».....	157		
« Le discours de la science ».....	158		
« L'ambiguïté de la médicalisation de l'existence »	160		
« Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans »	162		
« La confusion des places ».....	168		

« Et mon pouvoir est redoutable
tant que je puis opposer la force de mes mots à celle du monde,
car celui qui construit des prisons s'exprime moins bien
que celui qui bâtit la liberté¹. »
Stig Dagerman

Notre ambition :

« On ne pourra lui reprocher ni parti pris initial, ni ignorance de son sujet, ni légèreté dans la recherche. Autrement dit, c'est sur le fond qu'il faudra le discuter². »

« ... comme Derrida, dire que l'idée de rébellion n'est pas terminée, que nous devons en inventer les nouvelles formes et résister à ce climat ambiant qui est l'acceptation de l'ordre du monde dans tout ce qu'il a de plus horrible³. »

1. S. Dagerman (1952), *Notre besoin de consolation est impossible à rassasier*, trad. du suédois par Philippe Bouquet, Paris, Actes Sud, 1989, p. 21.

2. S. Hoffmann, Préface dans R.O. Paxton (1972), *La France de Vichy*, Paris, Point Seuil, 1997.

3. E. Roudinesco, interview dans *Charlie hebdo*, mercredi 7 mars 2007, à propos de son livre *Philosophes dans la tourmente*, Paris, Fayard, 2005.

PRÉFACE

Dans l'ouvrage *Enfant hyperactif: enfant trahi*, Gilbert Levet nous offre une profonde réflexion issue de sa longue expérience clinique et de ses travaux de recherche réalisés dans le cadre d'une thèse de doctorat de psychopathologie clinique, plébiscitée par son jury¹. L'enfant hyperactif est aujourd'hui tout autant une réalité clinique qu'une fiction anthropologique à la mode. Comment l'enfant, d'ailleurs, pourrait-il ne pas être hyperactif dans une culture qui privilégie la mobilité, la flexibilité, l'instantanéité, la réactivité et la performance? En quoi, comme le remarque Gilbert Levet, l'hyperactivité de l'enfant est «une question formidable» puisqu'elle agite les partenaires de ce transfert passionnel tant au cours des échanges scientifiques que des débats de société²? Au risque de provoquer chez les partenaires de ces transactions thérapeutiques le trouble des conduites qu'ils se complaisent parfois à attribuer aux enfants qu'ils diagnostiquent.

Curieux et surprenant que les psychiatres d'aujourd'hui ne parviennent pas à pressentir que les «maladies mentales» qu'ils prennent en charge sont en partie le reflet des valeurs d'une société qui refuse de se reconnaître dans ce qu'elle produit. Non point que la génétique ou la neurobiologie des comportements soient des sciences inutiles ou fallacieuses, mais les idéologies qu'elles inspirent renouent dangereusement avec les rêves et les cauchemars de l'histoire que les siècles précédents nous avaient légués et dont nous avons cru jusqu'à ces dernières années qu'elles étaient mortes et enterrées. Or le spectre de Lombroso non seulement hante de nouveau les parvis de l'Europe de la santé mentale, mais se trouve élevé révérencieusement au centre de l'autel des expertises collectives de l'INSERM dans le champ de la santé mentale.

1. Président du jury : professeur Roland Gori ; jury : professeur Elisabeth Roudinesco, professeur Alain Vanier, professeur Jean-Jacques Rassial, professeur François Poinso.

2. *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans!* ouvrage collectif, Toulouse, érès, 2006.

À distance de ces idéologies et de ces croyances collectives, Gilbert Levet nous offre la précieuse et prudente hypothèse d'une « tresse causale » des « troubles du comportement », « insistant par là non pas tant sur la multiplicité des causes, idée qui n'est pas neuve, que sur la coexistence et l'entrelacement de plusieurs causes simultanées et concurrentes ». À distance aussi du style anthropologique propre à notre civilisation³, qui conduit le pouvoir politique à privilégier les savoirs naturalisant les souffrances psychiques et sociales pour mieux se disculper de la part qui est la sienne dans la fabrication des symptômes. Je le dis encore et encore, si l'enfant hyperactif « agite » notre société, c'est bien qu'il nous renvoie en miroir la substance éthique de nos liens sociaux. Les épidémies de dépression, de troubles des conduites, d'addictions, de TDAH, sont peut-être moins imputables aux allèles des chromosomes que scrute notre myopie positiviste qu'elles ne se déduisent des dispositifs sans autrui dans lesquels la psychiatrie postmoderne capture nos souffrances sans parvenir à se rendre compte qu'elle inscrit dans le monde les traits par lesquels elle tend à le déchiffrer. Ce que le pragmatisme philosophique nous avait en son temps enseigné. Mais quel psychiatre aujourd'hui perdrait-il son temps à lire Wittgenstein, Quine ou Austin, quand le nez sur le guidon il doit déchiffrer le globish de la dernière niaiserie à la mode lui révélant dans un *JIM* ou dans un *Anesthesiology*, ou encore dans un *Animal Welfare* quelconques qu'enfin ont pu être identifiées les protéines favorisant l'hyperactivité de la souris mutante et que, d'ici quelques mois, les professeurs d'école pourront enseigner en paix...

C'est plutôt comme une « culturopathie », une « maladie de la culture », que Gilbert Levet approche l'enfant hyperactif en recueillant à fleur de dire ce qui conduit ces enfants et leurs familles à consulter dans les centres médico-psychologiques au sein desquels il exerce. À mains nues, à oreilles ouvertes, il s'expose à l'agitation des enfants et aux désordres de leurs familles, sans items à cocher, sans ADN à prélever, sans Ritaline® à prescrire, sans urgence à publier en globish, mais en se plaçant au ras du sens et de l'histoire de chacun, vulnérabilité contre vulnérabilité, comme on dit épauler contre épauler. Ça le change, l'enfant hyperactif, qu'on puisse lui offrir la vulnérabilité sans faiblesse, là où dans son histoire familiale on lui imposait plutôt une faiblesse sans vulnérabilité. Ça le change, l'enfant hyperactif, qu'on lui offre l'espace d'un rêve au point d'un désir sans inceste, horizon d'une liberté de désirer en vain, là où la famille lui

3. R. Gori, M.-J. Del Volgo, *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*, Paris, Denoël, 2008.

R. Gori, *De quoi la psychanalyse est-elle le nom ?*, Paris, Denoël, 2010.

imposait un climat incestuel sans désir. Il faut lire les histoires d'Alex, de Louis et de quelques autres, pour penser, comme l'écrit Gilbert Levet paraphrasant Simone de Beauvoir, qu'« on ne naît pas TDAH, on le devient ». Et on ne le devient pas dans l'éther d'une famille abstraite, universelle, fixée à jamais dans l'immortalité de nos théories, on le devient *radicalement* plongé dans l'humus d'une culture où se sont recomposés les rapports des hommes et des femmes à partir d'une « égalité différentielle ».

Et dans l'histoire de ces « pluriels singuliers » que sont les humains, certains sujets s'accordent plus ou moins bien à ces nouvelles règles sociales et culturelles qui font la symphonie des couples et de leur parentalité. L'enfant TDAH serait le symptôme d'une « fausse note » dans cette histoire autant singulière que collective. La thèse est forte – et risquée – s'inscrivant sans aucun doute dans la lignée de certains travaux de Jacques Lacan, de Maud Mannoni, de Françoise Dolto et de Donald Winnicott. Gilbert Levet sait que je ne souscris qu'en partie à cette thèse. Ce qui souligne d'autant plus son élégance, son audace et sa loyauté à me demander d'en préfacier l'ouvrage. Que le TDAH soit une maladie de la culture, j'en suis comme lui profondément convaincu, tout en précisant, la différence n'est pas mince, que c'est une maladie de la culture de ceux qui posent ce diagnostic ! Le diagnostic psychopathologique est un dispositif anthropologique par lequel on capture, on modèle et on fabrique le vif de nos souffrances psychiques et sociales. Le diagnostic psychopathologique résulte d'une transaction thérapeutique au cours de laquelle les patients négocient les modalités d'expression de leurs souffrances tant avec les enveloppes formelles de la culture, qu'avec les discours dominants des savoirs des experts. Wittgenstein se plaisait à dire que les lois de la nature n'étaient pas naturelles. Que dire alors des lois de nos natures psychiques et sociales dont la relativité s'avère d'autant plus grande qu'elles s'alignent sur la partition de nos normes sociales ? Là comme ailleurs, il faut en finir avec le mythe de la référence et cesser de confondre la carte et le territoire. Et ce d'autant plus que dans le champ psychopathologique qui est le nôtre, il y a moins qu'ailleurs d'Immaculée conception des savoirs et des pratiques !

À ce principe de précaution épistémologique, j'ajoute ce sentiment de méfiance intime à l'égard des mots comme « père », « mère », « homme », « femme », « enfant », que nous employons communément comme s'ils étaient toujours des concepts universels, porteurs de la même signification. Nous oublions alors bien souvent au passage que ces notions renvoient tantôt à une fonction subjective, tantôt à une charge sociale, tantôt à une réalité juridico-politique, tantôt à des personnes de chair et de sang. Michel Foucault se plaisait à dire qu'il n'avait pas une « morale d'état civil ». Pussions-nous, en tant que psychanalystes, nous élever à cette dignité en

évitant dans le domaine de la psychopathologie d'avoir une *épistémologie d'état civil*. Faute de quoi, le psychanalyste, tel l'enfant symptôme, pourrait dans notre société perdre les repères de ses concepts dans la brume des idéologies conservatrices et réactionnaires. Dans cette civilisation de «la famille en désordre⁴», il n'y a pas que les enfants qui perdent leurs repères sémantiques.

Enfin, si comme l'écrit Gilbert Levet, «la paternité se construit sur la transmission», peut-être convient-il de se rappeler que la paternité résulte d'un acte subjectif, celui de la «décision» des fils de promouvoir un individu à la dignité d'être père pour demeurer éloignés du naufrage de l'inceste. Que la rencontre se fasse ou pas est une autre histoire, histoire qui relève d'une autre logique propre à l'hainamoration, là où, comme le rappelait à sa manière de Clérambault, on tend à «trouver l'astre par le calcul⁵». Que cette décision des fils ne relève pas seulement d'une histoire singulière, mais se trouve aussi déterminée par la constellation symbolique d'une culture est la thèse que je partage avec l'auteur. Mais plus que lui sans doute, je tends à dépouiller les traits des personnages pour ne retenir que leurs fonctions lorsqu'il s'agit de rendre compte d'un diagnostic psychopathologique qui émerge de la niche d'une civilisation dont il participe en retour à recoder les sensibilités psychologiques et sociales.

Gilbert Levet détient cette capacité de faire vivre les personnages de ses scènes cliniques dans la chair des récits qu'il en fait. C'est sans doute ce qui donne à ses fictions cliniques ce caractère de «roman vrai⁶» dont Paul Veyne faisait la définition de l'histoire. Le «roman vrai» du TDAH que Gilbert Levet nous raconte, ce n'est pas l'histoire d'une maladie dont le sujet serait la résidence contingente et secondaire, aveugle et sourd à ses obscures déterminations organiques, mais le récit des histoires d'amour et de haine qui s'installent et qui ratent, et dont la clinique se révèle «le symptôme du rapport social et culturel, aujourd'hui, entre un homme, une femme et un enfant». C'est ce qui rend ce livre passionnant et nous conduit comme l'auteur au voyage transocéanique sans se satisfaire des assignations à résidence que l'ordre sécuritaire des savoirs d'une époque décrète sans vergogne et sans fantaisie.

Roland Gori

4. E. Roudinesco, *La famille en désordre*, Paris, Fayard, 2002.

5. R. Gori, *Logique des passions* (2002), Paris, Flammarion-Poche, 2005.

6. P. Veyne, *Comment on écrit l'histoire* (1971), Paris, Le Seuil, 1978.

INTRODUCTION

LE TSUNAMI DE L'HYPERACTIVITÉ

MAIS QU'EST-CE QU'ILS ONT À S'AGITER AINSI ?

L'enfant hyperactif avec ou sans déficit de l'attention, tout le monde en parle. Il fait l'objet de toutes les interrogations, de toutes les recherches, de toutes les hypothèses médicales ou neuroscientifiques, de toutes les émissions de télévision, de toutes les opérations de marketing pharmaceutiques ou sectaires, et de toutes les crises de nerfs. Il fait intervenir *super-nannies* et *coachs*. On voit en lui un futur «individu antisocial»? On éprouve alors le besoin de le dépister dès la crèche. Il envahit le champ politique.

Les enfants hyperactifs avec un déficit d'attention existent bel et bien. Selon les sources, ils représentent 3 à 9% d'une classe d'âge. Et ils souffrent. Ils souffrent sans doute beaucoup plus que tous ceux qui s'en plaignent: parents, enseignants, éducateurs et politiques. Car leur vie est un enfer, ils sont les victimes d'eux-mêmes et des cris, des récriminations, des menaces, du rejet de tous et toutes: parents, enseignants, surveillantes de cantine, éducateurs, policiers, etc. Souvent en échec scolaire, leur avenir dans la société est hypothéqué. Quant à «déficit de l'attention», c'est l'expression la plus utilisée comme diagnostic alors que ce n'est qu'un symptôme parmi tant d'autres.

Qu'est-ce donc que cette nouvelle maladie qui semble toucher aussi bien les beaux quartiers que les banlieues, l'Europe que l'Amérique du Nord? Est-elle récente? Quel virus, quelle mouche les pique? Quel métal

lourd, quel colorant les empoisonne? Quel prion les envahit? De quelle malformation cérébrale soudaine sont-ils atteints? De quelle tare génétique sont-ils porteurs?

Pourquoi l'hyperactivité infantile est-elle célèbre? Est-ce seulement parce que nous ne supportons plus les enfants turbulents? (Nous en faisons d'ailleurs si peu, des enfants, dans notre civilisation occidentale aujourd'hui!) Non! Pas seulement. L'hyperactivité est devenue célèbre parce que tout le monde sent confusément que ce trouble de l'infantile est le lieu d'une question formidable.

UNE QUESTION FORMIDABLE

«*La tresse causale*»?

Un trouble¹ tel que l'hyperactivité infantile avec déficit de l'attention n'est pas le résultat d'une seule cause. C'est ce que voudraient croire, et c'est tentant, les études et recherches qui font de l'hyperactivité infantile la conséquence d'une cause unique: excès de plomb dans l'alimentation, déficit en sérotonine, altération de tel réseau neuronal, etc. On peut le regretter: sans doute le problème serait plus facilement analysable et compréhensible, et la méthode thérapeutique sans doute plus simple à mettre en place.

Il faut, hélas, abandonner cette idée de cause unique. L'hyperactivité infantile comme la plupart des troubles des conduites² ont des causes multiples qui forment ce que j'appellerai une «*tresse causale*», insistant par là non pas tant sur la multiplicité des causes, idée qui n'est pas neuve, que sur la coexistence et l'entrelacement de plusieurs causes simultanées et concurrentes.

Une maladie de la famille?

Dans cet ouvrage, nous rappellerons ce que d'autres chercheurs disent sur les aspects biologiques de la tresse causale, mais aussi – et nous pensons que c'est là l'originalité de notre travail – nous nous attacherons

1. «*Trouble*» est en fait le mot de la nosographie américaine, le DSM. Il signifie «difficulté» en français, la traduction par le mot français «trouble» est ce qui a été jugé de plus pratique quoique le sens américain soit proche du terme «syndrome» qui signifie un ensemble de symptômes.

2. Nous reviendrons au chapitre 1 sur le sens précis de ces appellations: troubles des conduites, TDAH, etc.

surtout à l'environnement de l'enfant et son cadre civilisationnel. Son environnement, c'est-à-dire sa famille, et au premier chef le père et la mère, et les rapports qu'ils entretiennent entre eux. Car les parents de l'enfant hyperactif sont eux-mêmes de constitutions psychiques particulières. Une dynamique pathogène semble animer ces parents.

Une maladie de la culture?

La question formidable de l'hyperactivité est que ce trouble du comportement est le révélateur de l'état d'une culture, la nôtre, à un moment de son histoire.

Déjà, au travers des nosographies actuelles, l'hyperactivité révèle comment notre culture, par le biais de la psychiatrie en particulier, observe, classe, et ordonne les difficultés psychiques, les bleus de l'âme selon la belle expression d'Alain Braconnier³. Nous verrons que les nosographies qui décrivent l'hyperactivité infantile et, au-delà, les troubles des conduites, se réfèrent à une morale mettant en avant la protection des biens et qui dénonce les enfants hyperactifs comme des individus antisociaux.

Mais, au-delà, l'hyperactivité infantile semble être le trouble d'un enfant placé dans un monde en profondes mutations symboliques, au nombre desquelles nous plaçons le rééquilibrage récent (et loin d'être achevé) des places respectives de chaque sexe dans la culture occidentale postpatriarcale. L'hyperactivité infantile avec déficit de l'attention serait ainsi une «*culturopathie*» autant qu'une «*familiopathie*»; notre cadre de culture associé à des histoires de vies individuelles créerait des conditions familiales, environnementales, éducationnelles telles que, éventuellement sur la base de facteurs de risques que nos confrères des neurosciences se sont donné les moyens de chercher, certains enfants développeraient une structure psychique particulière dont l'expression symptomatique serait un panachage variable d'hyperactivité, d'impulsivité et de difficultés d'attention. L'hyperactivité avec déficit de l'attention est le fruit non pas d'une cause unique, mais d'un nombre d'éléments causaux qui constituent une tresse causale. Ce sont ses brins que nous nous efforçons de distinguer et de décrire.

3. A. Braconnier, *Les bleus de l'âme. Angoisses d'enfance, angoisses d'adulte*, Paris, Calmann-Lévy, 1995.

PRÉSENTATION DE L'OUVRAGE

La première partie présente l'état des lieux et des concepts. Pour ce faire le chapitre 1 tente de décrire ce qu'est le trouble de l'attention avec hyperactivité, dit TDAH. Le chapitre 2 propose une lecture psychanalytique du développement de l'enfant de façon à donner au lecteur les outils théoriques qui sont nécessaires à la compréhension de la suite de l'ouvrage.

La deuxième partie décrit la famille, père et mère essentiellement, qui est productrice de TDAH de l'enfant. Le chapitre 3 est un petit rappel consacré à la question de la différence des sexes aujourd'hui, au moins en France. Cet éclairage peut aider à la description de ce que je viens de nommer la famille productrice du TDAH de l'enfant. Puis, sur cette base le chapitre 4 décrit le père qui, dans ces familles, est un homme puéril et père haineux à l'égard de l'enfant comme s'il en était le frère. Le chapitre 5 est consacré à la mère qui est à la fois une mère impériale et, dans le même temps, une femme désenchantée.

La troisième partie analyse les aspects autres que familiaux de la tresse causale et formule quelques éléments de conclusion. Le chapitre 6 liste et décrit les autres brins de la tresse causale. Le chapitre 7 propose une hypothèse diagnostique et étiologique de maladie transitoire en s'appuyant sur les concepts analytiques. Le chapitre 8 élargit le débat en considérant d'autres maladies transitoires déjà observées dans le passé. Enfin, le chapitre 9 se prend à rêver.

L'ÉTAT DES LIEUX ET LES CONCEPTS

L'HYPERACTIVITÉ : QU'EST-CE QUE C'EST AUJOURD'HUI ?

UN EXEMPLE D'ENFANT HYPERACTIF

Alex¹ a 10 ans et demi lorsqu'il arrive dans le CMP² où j'exerce en tant que psychologue. Il fréquentait assidûment un autre CMP depuis l'âge de 5 ans. De très, très nombreuses séances avec le pédopsychiatre, qui l'avait décrit ainsi: «Enfant très agité, troubles du sommeil, aucun sens du danger, pas de limites», avec le psychologue, l'orthophoniste, la psychomotricienne, le personnel du CATT³. C'est donc un vétéran de la pédopsychiatrie qui débarque ce jour-là dans mon bureau!

Les premiers entretiens vont se faire avec la mère et l'enfant. Et il nous faut reprendre tout l'historique de la vie de l'enfant et de celles de ses parents puisque ces histoires sont liées. Durant ces entretiens, Alex sera relativement sage, tandis que la mère décline une longue plainte sur sa vie et la souffrance que lui occasionne son enfant. Elle est très brutale avec lui, tant dans le geste que dans le verbe. Alex a des troubles du sommeil depuis toujours. Il est encore énurétique la nuit et a eu un retard de langage tel que la mère dit avoir souvent eu du mal à le comprendre lorsqu'il était plus petit. Lorsque le père qui, aux dires de la mère, boit,

1. Il s'agit bien sûr d'un prénom d'emprunt.

2. CMP: centre médico-psychologique, il s'agit généralement de pédopsychiatrie ou de psychiatrie adulte.

3. CATT: centre d'accueil thérapeutique à temps partiel où se fait généralement un travail en groupe sur une durée limitée.

quitte le foyer familial sans pour autant souhaiter divorcer, Alex, 6 ans à l'époque, couche dans le lit de la mère qui, dit-elle, a « besoin de câlins », et poursuit sur cette tonalité incestuelle : « Je souffrais de problèmes sexuels depuis la naissance d'Alex, j'avais toujours mal. »

Il a une sœur puînée d'un an et demi qui, dit la mère, « n'a pas de problème » (elle est cependant suivie par une autre psychologue du CMP). La mère, à l'époque, excédée par son fils, « crie beaucoup et le soir donne beaucoup de fessées ». Elle dit « qu'heureusement [ses propres] frères la protègent ! », et lorsqu'on lui demande de qui elle a besoin d'être protégée, elle dit qu'elle a « très peur de [s]on père [à elle] qui était très sévère ». Elle dit craindre aussi le père d'Alex. Le discours sur celui-ci est d'une grande dureté, insultant même, durant les entretiens qui ont lieu en présence du fils, muet à ce moment-là. Elle parle beaucoup des « adultères » de son mari, de « ce c... qui ne paye pas la pension ».

Lorsque Alex a presque 7 ans, la mère, bien que non divorcée de son mari, s'installe avec un homme qu'elle « connaissait déjà d'avant ». « Mes parents l'ont très bien accepté ! », dit-elle comme une toute jeune fille à sa première union. Mais, rapidement, elle décrira celui-là aussi comme un alcoolique, une sorte de clone de son mari. Le père ne veut pas divorcer alors même qu'elle est en couple avec un nouveau compagnon. La mère dépose plusieurs plaintes ou mains courantes contre le père au commissariat de police et en fait grand écho. Le vocabulaire à son égard est de plus en plus fleuri. Bien qu'elle dise qu'Alex va mieux depuis qu'elle a un nouveau compagnon, elle se plaint qu'« Alex n'écoute personne, et qu'il s'immisce dans toutes les discussions, il me fait pleurer ».

À l'école, il se disperse beaucoup, cherche la bagarre, n'écoute pas, est souvent debout. Le psychologue scolaire de l'époque note : « Pourtant bien en relation durant l'entretien et pose de bonnes questions. »

Lorsqu'il a 10 ans, le psychologue scolaire fait un bilan d'Alex. Il conclut à des capacités cognitives équivalentes à la norme de son âge. Encore que « la grande distractibilité de l'enfant durant l'examen et le fait qu'il s'en tienne rarement aux tâches proposées ont certainement minoré les résultats qui auraient pu être supérieurs à la norme ».

À la même époque, un signalement est fait auprès du juge des enfants. Les désordres familiaux et la violence familiale (maternelle surtout) vont croissants. Aux dires de la mère, le responsable en est Alex. Le CMP d'alors recommande une orientation en IR⁴ (c'est un internat) pour une prise en charge éducative, pédagogique et thérapeutique. Il n'y

4. IR : institut de rééducation.

a qu'avec l'éducateur de la mesure d'AEMO⁵ consécutive au signalement qu'Alex est calme.

C'est donc en février 2001, suite à un déménagement, qu'il arrive au CMP où j'interviens, à la demande de l'école, et en particulier du maître de la CLIS⁶. D'emblée, dans l'entretien, la plainte de la mère fait l'amalgame du père et du fils et, au-delà, des hommes en général, sur le thème « tous les mêmes ». Dans le même temps elle considère qu'il y a une collusion entre son fils et le père. Par exemple, elle note que déjà, quand il était petit, « son père disait qu'il était le bébé à son papa et pas à sa maman ». La mère rappelle que son père à elle était alcoolique, que son premier mari était alcoolique et que son compagnon actuel boit.

Le ton de cette femme est celui de la haine, en particulier à l'égard des hommes. Son attitude à mon égard (je suis le psychologue désigné pour l'enfant) est empreinte de cette même haine et agressivité. Elle est très maigre, dévorée par un feu intérieur. Dans ses rapports avec moi, elle alternera entre phases de séduction et phases agressives : « Vous bâclez les séances ! » me reproche-t-elle, si, d'aventure, la séance avec son fils lui a paru trop courte. Régulièrement, au long de l'année scolaire, elle arrivera, triomphante, une ordonnance à la main. Ce pourra être une ordonnance de Ritaline[®] d'un médecin de ville, des prescriptions pour des séances d'orthophonie (alors qu'il est déjà suivi par l'orthophoniste du CMP), ou même une ordonnance de rééducation de déglutition alors qu'il n'a aucun problème de ce côté-là ! Son jour de triomphe, c'est celui où elle arrive en brandissant une exclusion de l'école pour trois jours, suite à une bagarre d'Alex à la cantine. Toujours, il s'agira de démontrer tout à la fois la nullité de notre action, la puissance de son action à elle en faveur de son fils, et l'extrême déchéance de celui-ci, toujours décrit dans les pires termes et comparé au père, alcoolique, défait.

Alex, lui, est dépressif⁷. Il a une image très dévalorisée de lui-même. Il refuse toute activité en séance. Par contre, dès que j'annonce la fin de la séance, il se jette sur une activité, par exemple commence à faire un dessin, tant la fin d'un lien lui est insupportable. Nous n'avons pas pu déterminer si cette fin insupportable d'un lien s'applique à n'importe

5. AEMO : action éducative en milieu ouvert. Mesure ordonnée par un juge auprès des familles chez lesquelles on constate des carences importantes – éducationnelle, santé, nutrition, etc. – et/ou des violences à enfant et pour lesquelles une équipe éducatrice est nommée.

6. CLIS : classe d'intégration spécialisée où sont orientés les enfants en grande difficulté cognitive ou ayant des troubles comportementaux majeurs.

7. G. Levet, « L'enfant hyperactif : un dépressif tonique », *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 55, n° 3, juin 2007.

quel lien ou à celui spécifique, dans le transfert donc, avec un thérapeute représentant une image paternelle. Cette question reste ouverte. L'expression orale est pauvre. Il ne peut parler de quoi que ce soit, ou alors de pas grand-chose. Parler de lui est, en fait, hors de sa portée. Il n'est pas du tout hors langage, mais il a, à sa disposition, un choix très limité de mots. À l'évidence l'instruction publique a glissé sur lui sans laisser de trace. Ce ne sont pas ses facultés cognitives qui sont atteintes, c'est plutôt qu'il ne peut en faire usage.

Par contre, on pourrait dire qu'il est « monté sur ressort ». En début de séance, il reste debout quelques secondes à l'entrée de mon cabinet, son corps marquant comme un temps d'arrêt. Il regarde partout, rapidement, toujours avec cette sorte de branle interne. Il ne peut pas s'asseoir. Puis, il commence à faire l'arbre droit contre l'un des murs, puis contre un autre. Il s'enhardit et prend de l'élan pour ses petits exercices variés. Je parle, il semble ne pas entendre vraiment, mais il sait ce que j'ai dit. Il me pose une question mais n'attend pas la réponse, déjà ailleurs. Si je hausse le ton, il me regarde alors étonné. Au bout de quelques séances, il a pris ses habitudes : il entre, dit à peine bonjour, enlève ses baskets et son pull et commence à rebondir d'un mur à l'autre.

En six mois de thérapie, il ne s'assiera pas une seule fois. Il ne répondra qu'exceptionnellement à mes questions parce que s'interroger sur ce qui lui arrive est au-dessus de ses forces. Il n'aura aucune des activités habituellement proposées aux enfants en thérapie : dessins, marionnettes, groupes de contes, etc. Non par obstruction, perversion ou révolte, mais simplement parce que mes questions ne le concernent pas. Elles font référence à un consensus social qu'il ne partage pas, à des concepts qui lui échappent, à des aptitudes qu'il n'a pu développer. L'angoisse qui le tenaille en permanence lui laisse peu d'énergie pour le commerce avec le monde. Si je suis, dans le transfert, une image paternelle, eh bien il me traite comme on traite les images paternelles dans cette famille, c'est-à-dire au mieux comme un meuble. Il n'est pas pour autant psychotique, il n'en présente pas les symptômes particuliers. Loin de là. La métaphore ne lui est pas étrangère. Pour reprendre les mots du regretté Jean Bergès, « pour lui le réel de la mort est tel que seul le mouvement du corps peut en calmer l'angoisse⁸ ».

Un seul jeu lui conviendra, jeu que, peut-être en désespoir de cause, je lui propose un jour : cacher un objet puis le chercher. Chacun à notre tour, nous cachons ma gomme dans mon bureau pendant que l'autre attend dehors dans le couloir. Puis, celui qui est dehors entre et cherche,

8. Conversation privée avec l'auteur.

en suivant les instructions de celui qui a caché l'objet : « chaud » ou « froid », selon qu'on se rapproche ou qu'on s'éloigne de la gomme.

Ce jeu va le fasciner. Il ne veut plus que celui-là. À peine entré dans mon bureau, il me demande où est la gomme. En fin de séance, il est possible d'obtenir certaines choses de lui, probablement parce que la quête guidée de cet objet caché, mais dont l'adresse est connue de l'Autre, est apaisante. Ce jeu de l'objet absent fait appel à des mécanismes archaïques et, chez lui, probablement à des angoisses d'abandon. Fait-il référence à ce que Freud nomme l'objet perdu, c'est-à-dire à ce reste imaginaire de la mère primordiale, ou bien fait-il appel à lui, comme objet perdu par la mère ? Nous penchons, dans les cas d'hyperactivité infantile pour cette dernière hypothèse.

Le transfert à mon égard est manifeste. Par exemple, il remplit lui-même le papillon qui marque la date de la prochaine séance et il ne veut le faire qu'avec mon propre stylo à encre.

La dernière séance précédant les vacances scolaires d'été, la mère vient seule. Simplement pour signifier qu'il ne viendrait plus et qu'elle « l'avait mis chez un psychiatre en ville », et de rajouter : « Lui, il est docteur⁹. »

Cet enfant est diagnostiqué « enfant hyperactif avec déficit de l'attention ». Avant de donner un aperçu de l'histoire de ce diagnostic nous souhaitons insister sur la complexité d'un tel cas. D'une manière générale, en santé mentale, on peut tenter une approche globale, humaniste d'une pathologie ou, au contraire, décider qu'une approche globale n'est pas nécessaire, qu'il faut être plus pragmatique, performant, pouvoir établir un diagnostic rapidement et alors ne se concentrer que sur ce qui peut s'observer rapidement sur le sujet concerné en ignorant l'environnement social et familial. Nous percevons ces deux approches tant dans l'histoire de ce diagnostic de TDAH que dans la manière de classer et d'identifier cette pathologie que l'on nomme une nosographie.

HISTOIRE DU DIAGNOSTIC

L'hyperactivité est une pathologie en pleine expansion. Une véritable épidémie. Est-elle nouvelle pour autant ? Non, elle est reconnue et décrite depuis plus d'un siècle et demi, c'est-à-dire depuis le début de la psychiatrie.

L'expression « enfant instable » est créée par le psychiatre Désiré Magloire Bourneville qui, à la fin du XIX^e siècle, s'occupe de ceux qu'on

9. À l'époque, j'étais psychologue, mais pas encore docteur en psychologie clinique.

qualifierait aujourd'hui de «jeunes de banlieues» – on disait alors «jeunes des faubourgs» –, et dont il note les aspects sémiologiques suivants : mobilités intellectuelle et physique extrêmes, susceptibilité et irritabilité, penchants à la destructivité, besoin d'une surveillance continue, insouciance et négligence, suggestibilité et soumission aux personnes aimées. L'essentiel du diagnostic actuel est déjà dit en 1880, un siècle avant le DSM-IV.

Quelle explication Bourneville avance-t-il à l'époque ? Une explication psychogénique. Par «psychogénique», on entend que c'est le sujet qui, à partir de ses propres ressources mais aussi à partir de son environnement familial et social, élabore, à son insu, une structure psychique, et donc des symptômes propres à cette structure psychique, éventuellement avec des facteurs de risque génétiques. En gros on élabore soi-même sa pathologie, non pas à partir d'une quelconque tare génétique mais à partir de ses propres élucubrations et des effets d'un cadre social et familial. Les hypothèses psychogéniques s'opposent aux thèses génétiques dans lesquelles les pathologies émanent alors soit du dysfonctionnement de certains gènes, soit de l'absence de certains d'entre eux. Le sujet n'intervient pas dans ces théories génétiques, on «a» la schizophrénie comme on «a» la dépression, comme on «a» l'hyperactivité, comme on «a» les cheveux roux ou les yeux bridés. Du temps de Bourneville on ne parlait pas encore d'anomalie génétique mais plutôt de «tare». Par son choix d'une étiologie psychogénique, Bourneville s'oppose à la lignée des psychiatres qui avancent, comme explication, la tare génétique, le déviant social, et ils sont nombreux à l'époque dans toute l'Europe : le Français Morel¹⁰ parle de «folie des dégénérés»; l'Italien Lombroso¹¹ invente le «criminel-né»; l'Anglais Pritchard¹² crée la *moral insanity*; les Allemands décrivent les *moralische Krankheiten* – sans parler des «pervers constitutionnels» et autre «folie des instincts».

On notera que cette forme de pensée persiste encore aujourd'hui, peut-être même plus que jamais. Mais revenons à l'histoire du diagnostic.

Il existe une troisième voie pour décrire l'étiologie de certaines maladies mentales, c'est celle du traumatisme. Ainsi, en 1902, Still, un médecin anglais, se fait lui le chantre de la nature organique de l'hyperactivité. Il opte pour le *brain damage syndrome*, c'est-à-dire que l'élément

10. B.A. Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, J.-P. Baillière, 1857.

11. C. Lombroso, *L'homme criminel (criminel-né – fou moral. Épileptique)*, Paris, Felix Alcan, 1887 (1876).

12. J.C. Pritchard, *A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*, Sherwood, London, Gilbert and Piper, 1835.

causal n'est pas génétique ni psychogénique mais traumatique, tel un choc ou une autre maladie qui laisserait des séquelles dans le développement ou l'ordonnement du cerveau. À la suite d'une étude d'enfants instables, il considère qu'ils ont tous subi un traumatisme crânien. Cette thèse aura ses défenseurs en France. Ce *brain damage syndrome* change par la suite d'appellation, sous l'effet du pragmatisme des chercheurs qui ne réussissent pas à trouver l'emplacement de ce *damage*. En effet, comme ce traumatisme est invisible ou tout le moins introuvable, on va l'appeler *minimum brain damage*. Encore aujourd'hui, les arrière-petits-enfants de ces chercheurs continuent de chercher l'emplacement de cette lésion cérébrale, ce *minimum brain damage*. Certains pensent l'avoir trouvé sous la forme d'un réseau de neurones particuliers qui n'atteindrait pas le développement souhaité.

À la fin de la Première Guerre mondiale, une grave épidémie d'encéphalite (l'encéphalite de von Economo) vient servir les tenants de cette école du cerveau endommagé. En effet, des médecins vont décrire, chez les enfants qui ont contracté la maladie puis guéri, un changement des comportements et une agitation nouvelle associée à une difficulté dans les apprentissages. Il ne leur en faut pas davantage pour se ranger du côté des tenants du *minimum brain damage*.

Il est possible aussi que la triste histoire de Philéas Gage¹³, en 1848, ait influencé la recherche car la preuve de l'atteinte neurologique affectant le comportement est, avec ce cas, démontrée, et il semble qu'elle ait servi de modèle. En effet, cet homme, travaillant sur un chantier de voie ferrée, avait eu le devant de la boîte crânienne perforé par l'explosion prématurée d'une mine qui avait projeté la barre à mine alors qu'il était encore au-dessus du trou ménagé à cet effet. Le lobe frontal était atteint. Les médecins avaient alors constaté un changement très notable de son comportement à la suite de cet accident. Lui, si sociable auparavant, toujours poli et bon pratiquant, moral et modeste, était devenu un voyou sans foi ni loi, délaissant son travail, son épouse et son lieu de culte, et ne fréquentant plus que les tavernes et les filles de mauvaise vie. Ce cas est le paradigme pour les neurologues et neurobiologistes américains, car il démontre qu'une atteinte des circuits neuronaux affecte le comportement ; ce qui est vrai, mais cela ne signifie pas que tous les troubles du comportement sont dus à une lésion du système nerveux central. Une partie d'entre eux seulement. Sur une voiture la rupture des freins entraîne souvent un accident. Mais tous les accidents de voiture ne sont pas imputables à la rupture des freins...

13. A. Damasio, *L'erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob, 1995.

Si les comportements sont affectés par une modification des circuits neuronaux – traumatique ou développementale – il est logique de vouloir utiliser des molécules chimiques qui compensent l'effet morbide. En 1937, Bradley constate une amélioration des troubles comportementaux et des apprentissages scolaires par l'administration d'une amphétamine, la Benzédrine. Le paradoxe est effectivement que c'est un excitant (l'amphétamine) qui apaise là où l'on attendrait plus d'effet d'un sédatif. C'est le même effet paradoxal que produisent aujourd'hui la Ritaline® et les nouveaux concurrents de ce médicament.

À ce propos, on a tous tendance à penser qu'un laboratoire pharmaceutique dirige sa recherche uniquement selon le schéma suivant : « On nous signale telle maladie ou tel trouble, il nous faut trouver la bonne molécule pour soigner cela. » Ce n'est que partiellement vrai. Souvent le laboratoire trouve ou isole une molécule et se demande alors : « À quoi pourrait-elle bien servir ? » C'est au nom de cette stratégie que la plupart des laboratoires pharmaceutiques envoient des bio-explorateurs ou ethnologues interroger plantes inconnues et peuples préservés de la civilisation pour découvrir de nouvelles molécules. De là à penser que ces mêmes laboratoires inventent des maladies pour écouler leurs molécules chèrement découvertes, c'est un pas que nous ferons avec un peu de réticence. C'est le pas que franchit pourtant Jörg Blech¹⁴ à propos des « inventeurs de maladie ». Nous ne le suivons pas sur ce terrain mais au moins a-t-il le mérite de nous conter l'histoire cocasse de la découverte de la Ritaline®. Le chimiste Leandro Panizzon, employé par le laboratoire Ciba™, synthétisa en 1944 le méthylphénidate. Se demandant à quoi elle pouvait bien servir, il testa son produit sur lui-même et en constata le peu d'effet. Puis, il le fit tester à son épouse qui, après avoir réfléchi, estima que cette molécule favorisait ses scores au tennis. Le prénom de cette épouse confiante, sans doute aimante et non moins joueuse ambitieuse était Margueritte, son surnom, Rita... La Ritaline® était née. Après avoir été utilisée pour doper Rita elle fut, plus sérieusement, utilisée dans les cas d'extrême fatigue. Puis, dans les années 1960, le psychologue Keith Connors et le psychiatre Léon Eisenberg expérimentent dans deux écoles des quartiers populaires de Baltimore une molécule voisine, la dexédrine. Ils constatent qu'après administration générale du produit, le tapage et la cohue diminuent dans les classes. Mais le motif de prescription n'apparaît pas clairement alors. Fin des années 1960, quelques médecins proposent d'utiliser cette molécule à des fins de diagnostic : si l'enfant

14. J. Blech, *Les inventeurs de maladies. Manœuvre et manipulations de l'industrie pharmaceutique*, Arles, Actes Sud, coll. « Essais sciences », 2005.

réagit, c'est qu'il est malade, s'il ne réagit pas, c'est qu'il est sain. C'est quelques années plus tard que ce type de molécules sera plus largement utilisé pour corriger les comportements.

Aujourd'hui le terme « instable » est tombé plus ou moins en désuétude et, sous l'égide américaine, on ne dit plus « enfant instable » mais « Troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité », résumé par les acronymes TDAHA OU TDAH.

Dans les travaux les plus récents, essentiellement en neuropsychologie, la tendance est à la recherche de dysfonctionnements cérébraux. Le dernier article¹⁵ que nous ayons compulsé pour cet ouvrage met en avant le dysfonctionnement du réseau neuronal fronto-striatal comme cause probable du TDAH et rappelle que ce même réseau est impliqué dans l'inhibition. L'auteur formule l'hypothèse « d'un déficit de l'inhibition comportementale comme modèle explicatif du dysfonctionnement exécutif, en lien avec hypofrontalité dans le TDAH et comment ce modèle s'insère dans la fonction d'autorégulation ».

L'HYPERACTIVITÉ ET LE DÉFICIT D'ATTENTION DANS LES NOSOGRAPHIES

Aujourd'hui, il existe trois classifications en usage en France : le DSM-IV¹⁶, Manuel statistique et diagnostique, dont la dernière révision, chiffrée n°IV, date de 1994. Cette classification est élaborée par l'association des psychiatres états-uniens, elle est d'obédience comportementaliste. L'autre classification en usage est la CIM-10, Classification internationale des maladies, aujourd'hui dans sa dixième révision, élaborée par l'OMS. Elle est proche du DSM-IV, et à ce titre nous en parlerons peu. Pour la France seulement – et de manière marginale car la psychiatrie française est aujourd'hui largement dans la mouvance du DSM-IV –, on peut faire mention de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, la CFTMEA¹⁷. La dernière édition est parue en 2001 sous le vocable de CFTMEA-R 2000. Cette classification est l'héritière de la

15. H. Poissant, « Inhibition et autorégulation : l'exemple des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention », *Le journal des psychologues*, 244, février 2007, p.35-39.

16. American Psychiatric Association, *Diagnostic Statistical Manuel-IV. Critères Diagnostiques* (Washington DC, 1994), traduction française par J.-P. Guelfi et coll., Masson, 1996, 384 pages.

17. R. Misès, N. Quemada, M. Botbol, C. Bursztejn, B. Durand, J. Garrabé, B. Golse, P. Jeammet, A. Plantade, C. Portelli, J.-P. Thevenot, « Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA-R 2000 », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 50, Elsevier, 2002, 1-24.

grande tradition psychiatrique européenne. Mais, mondialisation oblige, et malgré sa grande pertinence intellectuelle et scientifique, elle tombe en désuétude.

Il est important de comprendre les critères nosographiques que l'on utilise quand on pense au TDAH chez un enfant ou un adolescent. En effet, ce choix révèle non seulement la nature de la pathologie examinée, l'approche épistémologique qui en est faite, mais aussi l'idéologie qui compose l'ossature de la nosographie. Nous allons donc d'abord examiner ce TDAH selon les trois classifications que sont la CIM-10, le DSM-IV et la CFTMEA-R-2000. Les plus perfectionnistes des lecteurs pourront se reporter au cas clinique d'Alex que nous avons rapporté plus haut, et comparer les symptômes de cet enfant avec ceux que pointent les nosographies, afin de se faire leur propre opinion sur le diagnostic.

Le TDAH est classé dans le chapitre consacré aux troubles des conduites. Qu'est-ce qu'un trouble des conduites? L'INSERM répond à cela dans l'avant-propos de l'expertise collective consacrée à la question: «Le trouble des conduites s'exprime chez l'enfant et l'adolescent par une palette de comportements très divers qui vont des crises de colère et de désobéissance répétées de l'enfant difficile aux agressions graves comme le viol, les coups et blessures et le vol du délinquant. Sa caractéristique majeure est une atteinte aux droits d'autrui et aux normes sociales.» Et le rapport ajoute: «La question se pose de savoir comment se situe le trouble des conduites au sein du phénomène social qu'est la délinquance¹⁸.»

Le DSM-IV-TR: trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

Selon le DSM-IV-TR, manuel d'aide au diagnostic et outil statistique, le clinicien note la présence d'un certain nombre de critères à partir d'un panel de comportements possibles. C'est la présence d'un certain nombre de ces critères qui sont, en fait, des aspects du comportement, ainsi que leur persistance dans le temps qui permettent d'avancer tel ou tel diagnostic.

Ce trouble est intégré au chapitre intitulé «Les troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence». Le sous-chapitre est dénommé: «Déficit de l'attention et comportement perturbateur» et comprend quatre catégories: le trouble des conduites, le déficit d'attention/hyperactivité, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble du comportement perturbateur non

18. INSERM, *Expertise collective: Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Éditions INSERM, 2005.

spécifié. Pour que le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité soit diagnostiqué, il faut noter la présence soit (1) d'inattention, soit (2) d'hyperactivité ou (3) d'impulsivité, soit d'inattention associée à l'un d'eux. Le texte est le suivant¹⁹:

«(1) Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

- (a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités.
- (b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans le jeu.
- (c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.
- (d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes).
- (e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.
- (f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison).
- (g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par exemple jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils).
- (h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes.
- (i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

(2) Six des symptômes suivants d'hyperactivité ou d'impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

Hyperactivité

- (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
- (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis.
- (c) souvent, court et grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice).
- (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- (e) est souvent "sur la brèche" ou agit souvent comme s'il était "monté sur ressorts".
- (f) parle souvent trop.

Impulsivité

- (g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.

19. American Psychiatric Association, *Mini DSM-IV. Critères Diagnostiques* (Washington DC, 1994), traduction française par J.-P. Guelfi et coll., Masson, 1996, p. 63.

(h) a souvent du mal à attendre son tour.

(i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux). »

Il est de plus en plus en usage de considérer la période d'apparition du trouble. La limite retenue est celle des 10 ans. L'apparition précoce est considérée comme plus préjudiciable.

La CIM-10

La CIM-10, dont la dernière édition date de 1992, définit le trouble de conduite comme « un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux des autres, soit les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant ».

Elle classe ensuite en sous-catégories en fonction du degré de sévérité, le critère étant la socialisation. Elle prend en compte les aspects de comorbidité²⁰ et en particulier l'hyperactivité. L'hyperactivité est donc un sous-groupe du trouble des conduites.

Les symptômes du trouble des conduites selon la CIM-10 sont les suivants :

1. A des accès de colère anormalement fréquents et violents, compte tenu du niveau de développement.
2. Discute souvent ce que lui disent les adultes.
3. S'oppose souvent activement aux demandes des adultes ou désobéit.
4. Fait souvent, apparemment de façon délibérée, des choses qui contraignent les autres.
5. Accuse souvent autrui d'être responsable de ses fautes ou de sa mauvaise conduite.
6. Est souvent susceptible ou contrarié par les autres.
7. Est souvent fâché ou rancunier.
8. Est souvent méchant ou vindicatif.
9. Ment souvent ou ne tient pas ses promesses, pour obtenir des objets ou des faveurs ou pour éviter des obligations.
10. Commence souvent des bagarres (ne pas tenir compte des bagarres entre frères et sœurs).

20. La comorbidité est le terme employé pour désigner différents symptômes qui peuvent être directement associés à la pathologie concernée, mais aussi ne pas avoir de lien direct avec une pathologie concernée. Simplement ils sont présents au même moment. Ainsi, dans le TDAH, les symptômes sont principalement l'hyperactivité, l'impulsivité et les difficultés d'attention, mais la dépression pourra, par exemple, être un élément comorbide.

11. A utilisé une arme qui peut sérieusement blesser autrui (par exemple un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu).
12. Reste souvent dehors après la tombée du jour, malgré l'interdiction de ses parents (dès l'âge de 13 ans ou avant).
13. A été physiquement cruel envers des personnes (par exemple ligote, coupe ou brûle sa victime).
14. A été physiquement cruel envers des animaux.
15. A délibérément détruit les biens d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu).
16. A délibérément mis le feu pouvant provoquer, ou pour provoquer des dégâts importants.
17. Vole des objets d'une certaine valeur, sans affronter la victime, à la maison ou ailleurs qu'à la maison (par exemple vol à l'étalage, cambriolage, contrefaçon de documents).
18. Fait souvent l'école buissonnière, dès l'âge de 13 ans ou avant.
19. A fugué au moins à deux reprises ou au moins une fois sans retour le lendemain alors qu'il vivait avec ses parents ou dans un placement familial (ne pas tenir compte des fugues ayant pour but d'éviter des sévices physiques ou sexuels).
20. A commis un délit en affrontant la victime (par exemple vol de portemonnaie, extorsion d'argent, vol à main armée).
21. A contraint quelqu'un à avoir une activité sexuelle.
22. Malmène souvent d'autres personnes (c'est-à-dire les blesse ou les fait souffrir, par exemple en les intimidant, ou en les tourmentant ou en les molestant).
23. Est entré par effraction dans la maison, l'immeuble, ou la voiture d'autrui.

La CFTMEA-R-2000 : hyperkinésie avec trouble de l'attention

La CFTMEA est d'un esprit tout différent. Elle s'adresse aux personnes intéressées par la compréhension des troubles et par le repérage de leur dimension étiologique. À cet égard, elle pose autant la question des processus à l'œuvre chez le sujet en acte ou en parole que la question de l'acte lui-même.

« La classification française prend donc ici en compte les orientations symptomatiques et comportementales, mais elle oblige, en même temps, le clinicien à s'interroger sur la signification de ces troubles. Plutôt que d'en faire, trop vite, des

entités dotées d'une entière autonomie et individualisées, exclusivement, sur les manifestations extérieures, il convient en effet, par une étude clinique et psychopathologique élargie, de rechercher, en premier, la présence d'une pathologie sous-jacente qui commanderait, prioritairement²¹. »

La révision 2000 est le résultat d'une négociation avec l'OMS qui s'est soldée par l'incorporation d'éléments présents dans la CIM-10. Dans cette nouvelle version R-2000, les troubles de l'attention se trouvent dans deux chapitres distincts, les chapitres 6 et 7.

Le chapitre 6, désormais intitulé « Troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales », distingue trois sous-catégories :

- les troubles de la parole et du langage, parmi lesquels figurent les aphasies et le bégaiement ;
- les troubles cognitifs et des acquisitions scolaires parmi lesquels figurent les troubles lexicographiques, les dyscalculies, les troubles du raisonnement sous-titrés : dysharmonies cognitives et les troubles de l'attention sans hyperkinésie ;
- les troubles psychomoteurs parmi lesquels on trouve, par exemple, les tics.

Le sous-chapitre 7.0, « Hyperkinésie avec trouble de l'attention », conseille de classer dans cette catégorie-ci les troubles jusque-là décrits en France sous les termes d'« instabilité psychomotrice ». Du point de vue symptomatique, cet ensemble est caractérisé par :

« Sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désorganisée, incoordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité.

Sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation motrice incessante.

Les relations de ces enfants avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue.

Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations, par exemple, en relation duelle ou dans une situation nouvelle²². »

21. American Psychiatric Association, *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques*, op. cit., p. 3.

22. *Ibid.*, p. 17.

FACTEURS DE RISQUES, COMORBIDITÉ, ETC.

J'ai déjà évoqué la très importante littérature publiée sur la question des difficultés d'attention, des troubles du comportement ou de l'hyperactivité. Cette littérature provient essentiellement de chercheurs qui se réclament du cognitivisme, toutes tendances confondues. Comme le montre la très riche biographie de l'expertise collective de l'INSERM consacrée à la question²³, les publications sont en langue anglaise dans plus de 90% des cas. Deux pays se distinguent dans ces publications : les États-Unis et le Canada, le Québec en particulier qui est en pointe sur ces questions et qui publie en français²⁴. Les psychologues français ne publient rien ou très peu sur la question, par orthodoxie lacanienne la plupart du temps. Cette littérature nous permet de dresser un rapide tableau des facteurs de risques et des éléments comorbides.

L'âge d'apparition des symptômes semble être un facteur de risque de gravité. La limite considérée est celle des 10 ans. L'INSERM, dans son expertise collective déjà citée²⁵, résume ainsi : « Les personnes qui ont un trouble des conduites à début précoce (avant 10 ans) ont généralement un niveau élevé d'agression physique qui se maintient durant l'enfance. Ce sont le plus souvent des garçons qui risquent de développer un trouble de la personnalité à l'âge adulte. » Étant entendu qu'un trouble de la personnalité est quelque chose de plus grave qu'un trouble du comportement.

Les risques périnataux : certains travaux présentent comme facteurs de risques l'exposition prénatale à des substances psychoactives telles que le tabac ou l'alcool. Ces risques expliquent 2% de la variance du TDAH.

Les risques liés aux facteurs familiaux et environnementaux sont avancés, ils expliquent 7 à 19% de la variance et sont légions. En premier lieu est citée la séparation des parents qui occasionne de maintes manières du stress chez l'enfant, tant par la modification des conditions matérielles que par les multiples formes de conflit qui apparaissent alors. Différentes études montrent aussi la violence intrafamiliale comme facteur de risque. Les délits commis par la fratrie ou d'autres membres de la famille sont un facteur de risque de même que la fréquentation de pairs délinquants. Les

23. INSERM, op. cit.

24. N. Chevalier, M.-C. Guay, A. Achim, P. Lageix, H. Poissant (sous la direction de), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, soigner, éduquer, surtout valoriser*, Presse de l'université du Québec, Montréal, 2006.

25. INSERM, op. cit.

interactions parents-enfants sont aussi à considérer, elles représentent 8% de la variance à rajouter aux chiffres ci-dessus.

Les troubles mentaux parentaux, et en particulier les troubles de la personnalité chez les parents, de même que les personnalités antisociales du père et ou de la mère et l'abus par eux de substances psychoactives interviennent et représentent jusqu'à 10% de la variance.

La dépression en général, et celle du post-partum en particulier, sont discutées comme facteurs de risque. Les grossesses précoces sont citées de même que certains modes de garde non parentaux.

Le statut socio-économique intervient dans de nombreuses études anglo-saxonnes et canadiennes ainsi que le contexte scolaire, et en particulier l'ambiance qui règne dans l'établissement. Ce risque intervient dans 3 à 4% de la variance. Enfin, est souvent mentionné l'impact des médias et en particulier de la télévision et des jeux vidéo.

Quelques études récentes proposent d'autres facteurs de risques sur la base de critères fondés sur des définitions nouvelles des concepts de «tempérament» et de «personnalité». Ces concepts revisités font référence à des différences individuelles de réactivités émotionnelle et de comportement. Le tempérament aurait une base génétique et des corrélats biologiques identifiables, le concept de personnalité englobant, lui, la notion de tempérament – biologique – et son versant social – le caractère. C'est la notion de vulnérabilité qui est retenue dans cette quête du facteur de risque²⁶.

Plus classique et plus ancien comme facteur de risque est le déficit neurocognitif. Cognitivement parlant, il porte sur deux fonctions : l'habileté langagière et les fonctions exécutives. Les auteurs du rapport reconnaissent que les travaux faisant un lien causal entre déficits neurocognitifs et trouble des conduites sont sujets à discussion, néanmoins, si l'on évite l'interprétation causale, il est un lien de covariation entre trouble des conduites, particulièrement le TDAH, et le déficit de l'habileté langagière (à ce propos, que l'on veuille bien se rapporter au cas clinique du jeune Alex que nous avons décrit au début de ce chapitre). Ce déficit explique en partie les grosses difficultés scolaires de ces enfants. Cependant, les études ne permettent pas de savoir si ce déficit cognitif est un des éléments causaux du TDAH ou, au contraire, s'il en est une conséquence. Le déficit des fonctions exécutives, qui décrit l'ensemble des processus nécessaires à une tâche complexe et dirigée vers un but, est plus sujet à caution dans la littérature scientifique. Le lien causal n'est

26. *Ibid.*, p. 133.

pas établi : est-ce le déficit qui participe à l'apparition du TDAH ou le TDAH qui entraîne le déficit ?

Certains chercheurs, dont l'INSERM se fait l'écho, nous refont le coup de ce bon vieux Philéas Gage dont nous avons déjà parlé et qui change de comportement à la suite de la destruction partielle de ses lobes frontaux à la suite d'un accident sur un chantier : «Il existe aujourd'hui un faisceau d'arguments issus de travaux en neurophysiologie, en neuropsychologie et en imagerie neuroanatomique faisant dépendre les compétences exécutives du bon fonctionnement des lobes frontaux [...]. L'analyse fine des désordres cliniques observés à la suite d'une lésion frontale a permis de souligner l'influence des lobes frontaux dans l'expression de l'affectivité et de la personnalité du sujet par leur rôle de modulateur des conduites émotionnelles et sociales²⁷.» Deux formes cliniques de syndrome frontal sont identifiées : le syndrome apathique (réduction de l'activité et indifférence) et le syndrome pseudopsychopathique (désinhibition comportementale et hyperactivité). Et les auteurs de conclure : «Malgré leur intérêt scientifique et clinique, ces différents travaux ne permettent pas de déterminer la place et l'importance des déficits verbaux et exécutifs dans la pathogenèse du trouble des conduites.»

Le risque génétique est souvent évoqué. Les facteurs génétiques, en matière de pathologie multifactorielle (la tresse causale), augmentent le risque et/ou modifient l'expression d'un trouble. Les recherches portent beaucoup sur la notion de susceptibilité génétique, en particulier ces études tentent d'identifier la nature des interactions entre gène(s) et environnement dans l'émergence des troubles des conduites. La majorité des études montre qu'il y a quatre à six fois plus de TDAH chez les apparentés au premier degré. Mais à ce stade il est impossible de dire si la transmission, père-fils par exemple, est due à un gène ou à un autre facteur non génétique. Je donnerai plus loin mon interprétation sur la question mais cette approche du risque est inquiétante, car cela signifierait que nos enfants sont des EGM²⁸ ! En effet, comment expliquer autrement l'augmentation considérable de cas ?

Les chercheurs utilisent beaucoup les jumeaux dans ce type de recherche. Ils permettent d'estimer la part des facteurs génétiques de l'environnement partagé (les jumeaux sont élevés dans le même environnement), de l'environnement non partagé (les jumeaux sont élevés séparément). Ces études semblent montrer une vulnérabilité génétique pour les troubles des conduites et le TDAH en particulier. Comme dans

27. *Ibid.*, p. 163.

28. EGM, entendre « enfants génétiquement modifiés ».

beaucoup de maladies ou de troubles du système nerveux central, la voie dopaminergique est mise en cause, et ce d'autant plus que le méthylphénidate, composant de la Ritaline®, agit sur les voies dopaminergiques. Le concept de gène de vulnérabilité est avancé, quoique le mode de transmission de ce poids génétique soit inconnu²⁹.

Le deuxième aspect est celui de la comorbidité, c'est-à-dire qu'à un symptôme sont très souvent associés un ou plusieurs autres symptômes. Parmi ces symptômes comorbides, la littérature, encore une fois nord-américaine, pointe les troubles anxieux, les troubles de l'humeur ou les troubles des apprentissages. La comorbidité la plus souvent citée, avec un article en langue française³⁰, est le trouble oppositionnel avec provocation.

Hélas, on voit bien à la lecture de ce qui précède que cela fait beaucoup de facteurs de risque. Comment autant de causes différentes peuvent-elles mener à un même symptôme ?

VOUS REPRENDREZ BIEN ENCORE UN PEU DE RITALINE®³¹ ?

La Ritaline® ou les produits concurrents sont un thème de discussion délicat. Les laboratoires communiquent peu sur la question, les statistiques sont quasi secrètes. Cela dit, en dix ans d'exercice en CMP, je n'ai jamais eu en psychothérapie d'enfant hyperactif qui soit « sous » Ritaline®. En effet, la réalité est la suivante en France : ou bien médicament, ou bien psychothérapie mais, hélas, jamais ou quasiment jamais les deux associés. Souvent, les médecins et/ou les parents considèrent que le médicament suffit. C'est facile à administrer et cela calme réellement l'enfant même si cela ne soigne strictement rien. Cesser la prise du médicament et le TDAH réapparaît. Ce choix exclusif pose la question du statut du TDAH dans notre culture.

Examinons auparavant comment les spécialistes apprécient « le pour et le contre ». Un article³² fort pertinent liste les arguments de la manière suivante :

Pour : amélioration du comportement en classe et des performances scolaires ; effets bénéfiques sur les troubles des conduites souvent

29. INSERM, *op. cit.*, p. 193.

30. D. Petot, « Pourquoi l'hyperactivité infantile évolue-t-elle fréquemment vers le "trouble oppositionnel avec provocation" ? », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 52, 2004.

31. En France on dit Ritaline®, au Québec Ritalin®.

32. F. Bange, M.-C. Mouren-Siméoni, « Hyperactivité et Ritaline® : le pour et le contre », *Mt pédiatrie*, vol. 3, n°3, mai-juin 2000, p. 168-171.

comorbides ; amélioration de l'attention en situation de psychothérapie ; incidence positive sur l'estime de soi.

Contre : inflation de la prescription du fait de la facilité d'emploi, incitation à abandonner les prises en charge non médicamenteuses ; médicaments purement symptomatiques ; traitement suspensif et non curatif ; effet à long terme mal connu ; stigmatisation du recours aux psychotropes avec ce que cela peut supposer de perte de contrôle et d'autonomie pour l'individu ; à certaines périodes comme l'adolescence le traitement médicamenteux, jusque-là bien accepté, prend une nouvelle signification symbolique, le rendant presque menaçant.

La question vient spontanément : y a-t-il un lien entre les rédacteurs du DSM-IV et l'industrie pharmaceutique ? Nous avons évoqué le livre de Jörg Blech qui force le trait en accusant certains laboratoires de créer des maladies, par le biais des nosographies, pour écouler les nouvelles molécules qu'ils découvrent. Certains auteurs³³ pensent, et même démontrent, que ce lien, rédacteur de nosographie-industrie pharmaceutique, existe bel et bien pour le DSM, au moins au niveau financier (en particulier entre les membres des comités consultatifs du DSM-IV et du DSM-IV-TR), avec l'industrie pharmaceutique qui fabrique les médicaments utilisés par les cliniciens pour le traitement des troubles mentaux. Les membres des comités consultatifs qui travaillent chacun à un groupe de pathologies ont été soumis à une série de tests « pour déterminer s'il (ou elle) avait été associé(e) avec une ou plusieurs compagnies pharmaceutiques dont l'activité pourrait potentiellement être affectée par les décisions ou les recommandations de la commission ». Nous donnons ci-après les résultats de cette étude :

« Parmi les 170 membres des panels du DSM, 95 (56%) présentaient au moins un des onze types de liens financiers possibles avec une compagnie de l'industrie pharmaceutique [...]. Dans 6 commissions sur 18, des liens avec l'industrie pharmaceutique ont été trouvés chez plus de 80% des membres. Ces liens concernent 100% des membres du groupe de travail "Troubles de l'humeur" (n = 8) et du groupe "Schizophrénie et désordres psychotiques" (n = 7), ainsi que 81% du groupe "Troubles anxieux" (n = 16), 83% du groupe "Troubles de l'alimentation" (n = 6), 88% du groupe "Troubles kinesthésiques liés à la prise de médicaments" (n = 8) et 83% du groupe « Troubles dysphoriques prémenstruels » (n = 6). Les catégories de maladies mentales désignées par "Troubles de l'humeur" et "Schizophrénie et autres troubles psychotiques" sont les deux principales catégories

33. L. Cosgrove, S. Krinsky, M. Vijayaraghavana, L. Schneiders, « Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2006, 75, p. 154-160 (vol. 3, avril 2006), traduction française : José Morel Cinq-Mars, Tristan Garcia-Fons avec la contribution de Francis Rousseau, <http://www.oedipe.org/fr/actualites/expertdsm>