

Le podcast - « Critique du « TDAH » » (Hors série)

Je vous ai proposé dans mon précédent podcast un petit « cours magistral » sur les grands principes simplifiés de la psychopathologie psychanalytique. L'écoute de ce précédent podcast sera nécessaire pour bien comprendre celui d'aujourd'hui. Car je ferai de nombreuses allusions à des notions éclairées précédemment.

Je vous propose donc aujourd'hui non pas un exposé sur le TDAH, mais un avis critique à son sujet. Je m'excuse donc par avance de l'effet « à charge » que donnera la succession de reproches que je m'appête à vous partager. Ce podcast ne fera pas consensus, et je m'y attends.

J'aimerais néanmoins préciser que je n'y remettrai pas en question l'existence du TDAH chez de très rares enfants ayant rencontré des entraves préfrontales sur la partie orbito-frontale de leur cerveau (par exemple en raison de séquelles de prématurité, d'alcoolisme fœtal ou de soucis d'oxygénation à la naissance) et qui, pour cette raison, ne parviennent pas à se concentrer et/ou s'agitent. Je renvoie d'ailleurs pour cela aux préconisations de la Haute Autorité de Santé de 2014, régulièrement remises à jour. Je ne remettrai pas non plus en question la souffrance des familles, que je ne connais que trop bien, et l'effet parfois immédiatement soulageant que la médication peut avoir sur les symptômes de leurs enfants. Mais il me semble impératif de mener aujourd'hui une réflexion intellectuelle sur l'omniprésence du TSA et du TDAH, qui semblent aujourd'hui avoir avalé toutes les nuances passées de la pédopsychiatrie en général, et de la psychopathologie en particulier.

Les 4 lettres du sigle TDAH signifient : « trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ». Il englobe, comme son nom l'indique, des enfants ayant des « troubles attentionnels » (c.-à-d. du mal à rester attentifs face à leurs tâches), « avec ou sans hyperactivité » (c.-à-d. avec ou sans agitation motrice associée). Si ces symptômes font l'objet d'observations depuis la nuit des temps, cette « maladie » est officiellement née aux États-Unis dans le « DSM », qui est la classification américaine des maladies mentales.

Critiques

A - « Opium de la population scolaire »

Sa naissance récente tient au fait que la santé mentale, aux États-Unis, s'organise de façon assez originale. En effet, certaines maladies naissent de laboratoires pharmaceutiques et sont conçues secondairement... Parce qu'une solution pharmacologique a révélé un pouvoir d'action sur certains symptômes.

Ça n'est donc pas *l'observation, sur le terrain, des patients malades* qui donne lieu à la découverte de maladies... mais *le pouvoir d'action de molécules* élaborées dans des laboratoires...

Des chercheurs ont donc un jour découvert le Méthylphénidate, un psychostimulant proche de l'amphétamine (que vous connaissez certainement sous les noms des médicaments commercialisés : Ritaline, Concerta, Quasym ou Medikinet). Ces chercheurs ont remarqué sa capacité à *mobiliser l'attention* et à *ralentir la motricité* et ont par conséquent choisi d'associer sous un même intitulé, ces deux symptômes (difficultés attentionnelles et agitation), qu'ils ont appelés TDAH. Et les psy pour enfants ont ensuite dû s'accommoder avec cette drôle de création pour soigner leurs patients.

Le Dr Landman, psychiatre, écrit en 2018 que « La pharmaco-induction n'est pas choquante en soi. Mais qu'ici, il s'agit d'une sorte de " drogue " administrée à des enfants ». (Le Méthylphénidate est en effet un stupéfiant dont le trafic est condamné par la loi) « Or, ajoute Landman, quand un trouble mental est induit par une drogue, il a vocation à être diagnostiqué pour servir l'usage de cette drogue, au risque de créer une fausse épidémie, et, ajoute-t-il, c'est ce qui est arrivé très vite aux États-Unis avec des surdiagnostics et des surprescriptions. Le Méthylphénidate servant de dopant, d'opium de la population scolaire », facilement dispensé pour soulager les enseignants.

Le résultat de cette politique de santé, c'est qu'en effet, aujourd'hui, 11 % des élèves américains de plus de 6 ans sont sous Méthylphénidate. Et 80 % de ces enfants sont des garçons, en particulier les plus jeunes de leurs classes, mais aussi les plus pauvres. Il faut savoir qu'aux États-Unis, avoir un enfant TDAH est aussi une façon de toucher une allocation mensuelle de 700 dollars (soit 540 euros) par mois, le SSI. Cette somme peut donc devenir le principal revenu de familles modestes.

Les compagnies pharmaceutiques sont très généreuses avec leurs prescripteurs : chercheurs, pédopsychiatres, journalistes, écoles, association de parents TDAH... Les enfants se trouvent donc pris au cœur d'une vaste entreprise commerciale dans laquelle les conflits d'intérêts pullulent. Je vous donnerai à la fin du podcast des liens vers de nombreux articles scientifiques pointant également la façon dont ces intérêts financiers sont entrés en écho 1/d'une part avec la force du *désir* du grand public de croire en une « pilule magique », quitte à souvent embellir ses effets, et à occulter les études les remettant en cause. 2/ et d'autre part avec le manque politique de moyens pour maintenir les lieux de soin qualitatifs en psychiatrie aujourd'hui. Il est évident que distribuer des médicaments est moins coûteux que recruter des psychologues pour engager des psychothérapies.

En France, aujourd'hui, environ 5 % des enfants sont sous Méthylphénidate. Sa prescription a augmenté de presque 60 % au cours des 10 dernières années et ne cesse de croître.

B- « Catégorie fourre-tout »

Le Dr Vera, spécialiste français du TDAH, écrit dans un livre de 2019 (intitulé : *Tous hyperactifs, vraiment ?*) que les critères de diagnostic de cette maladie sont « encore bien trop vagues », qu'il s'agit « d'une catégorie un peu fourre-tout ». Les critères officiels pour poser ce diagnostic sont les suivants : « des enfants qui ont du mal à se concentrer, qui sont inattentifs, agités et impulsifs, depuis 6 mois, à la maison comme à l'école ». Mais ces enfants sont très nombreux, et ces symptômes peuvent découler de nombreuses pathologies différentes, et même, nous dit le Dr Vera, d'un simple manque de sommeil.

Les abus de diagnostic et de prescription sont donc nombreux. Le Dr Vera ajoute « recevoir parfois des parents affolés disant qu'on leur a proposé de la Ritaline au bout de 10 minutes de consultation, sans parler à leur enfant, sur la foi des résultats d'un simple test d'attention. Mais c'est une aberration sans nom ! », ajoute-t-il, « un test d'attention loupé ne veut absolument pas dire qu'un enfant souffre de TDAH, ça veut dire qu'il a du mal à se concentrer, et cette nuance revêt une importance capitale. ».

Le papa de l'un de mes patients de 12 ans s'est récemment entendu conseiller ceci : « je vous conseille de le mettre dès maintenant sous Ritaline et si dans 15 jours il est toujours symptomatique, c'est que ça n'était pas un TDAH ».

Un autre de mes petits patients, de 4 ans cette fois-ci, avec un autisme sévère, qui passe son temps à bouger pour tenter de border son corps envahi par sa sensorialité et par des angoisses majeures, a également obtenu une prescription de Ritaline de la part d'un médecin certainement sensible à

l'épuisement de ses parents.

Mais comment définir l'indéfinissable ? Sans armature théorico-clinique sous-jacente (puisque, répétons-le ici, cette maladie est née de « la cuisse d'une molécule »), comment connaître *le mal* ?

Le Vidal semble un peu perdu : « *Paradoxalement et sans que le mécanisme de son mode d'action soit connu*, le Méthylphénidate permet de réguler l'hyperactivité de certains enfants. »

Les neurosciences peinent à trouver une origine et une logique à cette maladie.

Aucune confirmation de l'héritabilité d'un gène à l'origine du TDAH n'a été démontrée à ce jour.

Le Dr Vera, qui semble méconnaître la notion d'« agitation maniaque » comme « lutte anti-dépressive » (j'en parlerai un peu plus loin), tente quant à lui de justifier l'incongruité de calmer un enfant agité en lui donnant, non pas des calmants, ce qui semblerait logique, mais des amphétamines, censées agiter plus encore. Il fait donc l'hypothèse (toute personnelle) que : « la Ritaline stimule le cerveau des enfants et qu'ainsi, ils auraient moins besoin de bouger pour maintenir leur cerveau en éveil ». Autrement dit, l'agitation psychique des enfants avec troubles attentionnels serait une façon de rester plus éveillés.

Puis, occultant la notion pourtant bien connue d'« excitation psychique » (motrice, relationnelle, cognitive, car l'excitation a l'art de se glisser partout...), il formule une autre hypothèse chargée d'articuler cette fois-ci impulsivité et difficultés de concentration : « j'ai plutôt le sentiment que l'impulsivité chez l'enfant TDAH est un moyen de compenser la difficulté à rester concentré longtemps. L'enfant, sachant inconsciemment qu'il ne peut pas rester appliqué pendant des périodes très longues, travaillerait intuitivement plus vite ». L'enfant serait donc impulsif, car il aurait l'intuition de sa fatigabilité à long terme. Mais cette idée sous-entend que toutes les impulsions des enfants TDAH auraient une portée constructive, ce que la littérature scientifique est bien loin d'observer (leur impulsivité apparaît surtout encombrante).

Le Dr Vera semble pourtant prêt à se rapprocher de la psychopathologie lorsqu'il livre, ce qui pour nous psychanalystes est une évidence : « au fil de mes années de pratique, j'ai acquis la conviction que la très grande majorité des TDAH sont causés par d'autres troubles ». Ce qui fait tout à fait écho avec la façon dont la psychopathologie psychanalytique envisage elle aussi les symptômes du TDAH...

C — L'approche neurocognitive en échec :

Sur le terrain du soin, les approches neurocognitives et comportementales ne font pas forcément de liens entre tous les symptômes d'un enfant, et n'y donnent pas non plus de sens. Les critères du DSM sont isolés et tous les autres symptômes sont fréquemment appelés « comorbidités ». Par exemple, si une adolescente est agitée, peu concentrée, présente des troubles attentionnels et une anorexie mentale, elle sera diagnostiquée « TDAH » avec co-morbidité « TCA » (c.-à-d. « trouble du comportement alimentaire »). Si un enfant est impulsif, agité, peu concentré, et opposant à ses parents, il pourra lui aussi obtenir deux sigles accolés : TDAH et TOP (c.-à-d. « trouble oppositionnel »). Pour peu qu'un trouble de type DYS soit accolé, il obtiendra trois sigles du DSM. Mais ces symptômes ne feront pas sens ensemble et ne seront pas interrogés dans leur origine commune. Non. L'approche neurocognitive se préoccupe de l'« ici et maintenant », en agissant directement sur les symptômes. Ce qui est également, si l'on y pense, la logique de la médecine somatique. Que vous ayez une verrue plantaire ou mal à la gorge, il existe une molécule pour apaiser chaque affection et personne n'a besoin de se poser la question du « sens » à donner au symptôme physique pour le guérir. Mais il est logique que la *molécule*, première véritable initiatrice de cette

maladie, ne s'encombre pas de ces liens...

- **Le Méthylphénidate, remède non curatif**

Le méthylphénidate est donc le principal traitement de cette maladie. Mais il constitue néanmoins un remède non curatif. De l'avis unanime des spécialistes, cette molécule « ne soigne rien ». Le Dr Wahl, auteur du *Que sais-je* de 2019 sur le TDAH, écrit, je cite, que : « La Ritaline est un suspensif, pas un curatif : elle suspend les symptômes de l'inattention », mais sans améliorer les performances scolaires (ou très légèrement, en mathématiques), ni à court terme, ni à long terme.

- **Le TDAH, maladie incurable**

Il faut aussi avoir à l'esprit que le TDAH est aujourd'hui reconnu comme une maladie *incurable*. Le Dr Wahl affirme qu'« on ne guérit pas du TDAH ». Le Dr Vera ajoute quant à lui qu'« il n'est pas possible de guérir d'une fatigabilité attentionnelle ».

Le « consensus international 2020 du TDAH » va également dans ce sens. TOUS les « traitements non -médicamenteux » répertoriés font état d'une inefficacité globale de l'ensemble des thérapies sur les symptômes des enfants : thérapies comportementales et cognitives ; remédiations cognitives et neuro-feedback ; méditation ; entraînement aux compétences sociales ; programmes de formation des parents préscolaires...

Je vous conseille d'aller découvrir ces conclusions en tapant dans votre barre de recherche sur internet, les mots : « déclaration de consensus international de la fédération mondiale du TDAH »

On ne peut que noter et regretter que les thérapies analytiques et systémiques ne soient ni évaluées ni même évoquées, dans ces études.

- **Faute de soin, quelques aménagements...**

Faute de moyens curatifs réellement efficaces, les neurosciences envisagent donc, en complément du traitement par Méthylphénidate, d'acclimater l'environnement aux symptômes de ces enfants, afin d'amoiner leur impact sur leur confort de vie. Ils mettent donc en place :

1/ d'abord des ajustements scolaires (par exemple des aides techniques via un « projet scolaire personnalisé » impliquant ses enseignants ; le recours à une AESH [c.-à-d. à un adulte qui l'aide en classe], lui-même conditionné par la réalisation d'un dossier auprès de la MDPH, etc.).

2/ mais aussi des programmes d'habiletés parentales. Non pas pour guérir l'enfant du TDAH (puisque une étude avec méta-analyse a également démontré que ces programmes n'offraient pas non plus de résultat significatif sur ses symptômes), mais pour « soutenir les parents face à la maladie de leur enfant ». Ces programmes de type « Barckley » consistent en des conseils éducatifs très généralistes rappelant le B.A. BA de l'éducation d'un enfant : par exemple, « il faut l'encourager, le féliciter, mettre en place un système de récompenses par des gommettes et de sanctions non violentes, passer des temps privilégiés avec lui régulièrement, etc. ». Tout y est très sain, mais assez long et fastidieux, car il y a beaucoup de paramètres à mettre en place. Les promoteurs de ce programme d'entraînement justifient son usage par le fait que « le TDAH *détérior*e les relations parents-enfants » (cette phrase sous-entendant que la maladie frappe les enfants de façon hasardeuse, sans justification par l'atmosphère familiale à l'époque de son arrivée). Pourtant, ils ajoutent que « les pratiques éducatives semblent jouer un rôle déterminant dans le développement et le maintien des comportements inadaptés des enfants à court, moyen et long terme ». (cette phrase refait donc intervenir l'implication des relations parentales dans le destin de la maladie) Cette façon de ne pas faire aboutir les liens déductifs m'apparaît, encore une fois, comme l'aveu de

difficultés à reconnaître que ce sont les propositions relationnelles parentales qui forgent un bébé, et non l'inverse.

Je n'ai pas développé ici l'état des lieux des recherches neuroscientifiques concernant la description du TDAH, je les sais très riches et sophistiquées, mais ce qui m'importe relève uniquement de leur dégagement vers d'éventuelles voies thérapeutiques, or elles sont très faibles. Le Pr Thomas Insel, directeur américain de l'institut national de la santé mentale (NIMH) depuis 2002, a révélé en 2013 avoir abandonné le DSM comme référentiel. Dans son dernier livre, il partage son avis sur la psychiatrie scientifique : « J'ai lutté contre la maladie mentale en tant que parent, scientifique et médecin pendant près d'un demi-siècle. Psychiatre de formation et chercheur en neurosciences, j'ai passé les quatre dernières décennies à assister à des percées dans le domaine de la recherche sur le fonctionnement du cerveau, tant dans la santé que dans la maladie. J'ai fini par devenir, pendant plus de dix ans, le " psychiatre de la nation " (...). J'aurais dû être en mesure de nous aider à infléchir les courbes de la mort et de l'invalidité. Mais je ne l'ai pas fait. Parce que j'ai mal compris le problème. Ou peut-être est-il plus exact de dire que le problème que je résolvais en soutenant de brillants scientifiques et des cliniciens dévoués n'était pas le problème auquel étaient confrontés près de quinze millions d'Américains atteints de maladies mentales ».

Interrogé par le New York Times, il ajoute : « *J'ai dépensé 20 milliards, on a trouvé des petites choses, mais en fait cela ne sert à rien pour les patients. Et donc, il faut faire complètement différemment.* » Il dit s'en être rendu compte le jour où des parents de patients schizophrènes sont venus le voir et lui ont dit : « *Vos neurosciences, c'est très bien, mais, vous savez, la maison brûle et vous êtes en train de réfléchir à la couleur de la peinture. Cela n'a aucun intérêt.* » Il s'est dit qu'ils avaient raison.

Le Pr Falissard, mathématicien, psychiatre, professeur de psychologie et directeur de recherche à l'INSERM, évoque également le « coming out » de l'ancien rédacteur en chef de la revue américaine de pédopsychiatrie qui a récemment déclaré « qu'il y avait trop de neurosciences dans sa revue et qu'il fallait faire des sciences humaines et sociales, avec des études qualitatives, pour vraiment savoir ce qui importait pour les patients, et déterminer ce qui fait que les soins marchent ».

Pourtant, aujourd'hui, pour publier dans une grande revue de psychiatrie internationale, il faut utiliser le DSM comme référentiel théorique. Que nous y consentions ou non, nous sommes donc tous tenus, psychologues, psychiatres et usagers, par l'intervention *des laboratoires pharmaceutiques américains dans le soin.*

Le TDAH pour la psychopathologie

Si l'objectif de l'approche neurocognitive est d'amoindrir l'impact des symptômes sur la vie de l'enfant et de sa famille, nous allons maintenant voir que la psychopathologie psychanalytique suit un tout autre chemin... aspirant à comprendre l'origine du trouble et à soigner de façon ciblée le soubassement conflictuel de ces symptômes.

Pour nous psy cliniciens d'orientation analytique, donc, vous l'aurez bien compris, le TDAH n'existe pas en soi. Nous considérons que la souffrance psychique n'obéit pas du tout aux mêmes lois qu'une souffrance somatique et ne suit pas la même logique qu'un protocole de soin *médical* pour réparer une douleur *corporelle*...

Nous regrettons que les protocoles et ces solutions du DSM rendent des médicaments nécessaires alors que nous pensons parvenir la plupart du temps à soigner les maux de l'enfance, sans médicaments. Or, je pense inutile de vous infliger un topo sur les conséquences de vivre pendant toute son enfance et son adolescence avec des amphétamines au quotidien, mais ça n'est

évidemment pas anodin : les effets indésirables sont neurologiques, cardiovasculaires, cérébrovasculaires, et occasionnent des stagnations de la courbe de croissance chez les enfants qui en prennent longtemps. (vous pouvez consulter à ce sujet la mise à jour en 2021 de « L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé »)

Or, je l'ai dit un peu plus tôt, ce médicament ne soigne pas. Il apaise des symptômes qui cachent en réalité, selon nous, un *conflit psychique*. Mais en endormant ce conflit, on renonce à l'entendre, donc à le résoudre. Or, ce qui n'est pas réglé maintenant restera, selon nous, à vie, un problème pour l'enfant.

Pour la psychopathologie, des « troubles de l'attention », ça ne veut rien dire. Car avoir des difficultés attentionnelles est un symptôme qui s'inscrit toujours dans un tableau symptomatique plus large dont il faut, encore une fois, comprendre le sens, c.-à-d. le soubassement psychopathologique, autrement dit, la fixation. De quelle nature est-elle ? Est-ce que l'enfant est resté coincé sur la toute première marche de l'escalier et est tellement perdu dans son repérage du réel qu'il est incapable de comprendre ce que disent les consignes scolaires ? Est-ce qu'il est resté sur la deuxième marche de l'escalier et ses difficultés à se concentrer cachent en réalité une dépression qui le rend totalement indisponible pour les apprentissages et son lot d'efforts à fournir ? Est-ce qu'il est immobilisé sur la troisième marche parce que son père vient de l'abandonner sans lui expliquer les raisons de son départ et qu'il se sent nul, incapable de réussir un exercice face à une copie qui restera blanche ? Est-ce que l'enfant assis sur la quatrième marche profite d'une trop grande liberté pulsionnelle à la maison parce que ses parents ont connu des violences éducatives et ne veulent surtout pas contraindre leur enfant, le rendant, à l'inverse, malheureusement, intolérant à tout effort de « *mobilisation-attentionnelle-un-peu-disciplinée* » sur ses cahiers ? Est-ce que les transformations corporelles de l'adolescent qui nous arrive et ne parvient pas à dépasser la cinquième marche, réactivent un complexe d'Œdipe flamboyant et inhibent tout, y compris la pensée, dans un mouvement de refoulement psychique global ?

En bref, il n'y a pas un trouble attentionnel qui ressemble à un autre. Et les traiter tous, de façon indifférenciée, avec des amphétamines chargées d'éteindre l'expression de tous ces soubassements conflictuels et structurels me semble parfois prendre le risque d'empêcher le soin.

Venons-en maintenant à l'hyperactivité optionnelle de ce tableau de TDAH. Pour la psychanalyse, l'hyperactivité a toujours existé. Elle est également appelée « instabilité » ou « hyperkinésie ». Elle correspond à une fixation sur la deuxième marche de l'escalier. Vous savez, la dépression. Dans l'hyperactivité, l'enfant lutte contre *l'effondrement dépressif* par l'agitation. Ça semble un peu tordu, je vous l'accorde, mais c'est un principe connu en psychiatrie adulte, dans la bipolarité, qu'on appelle aussi maniaque-dépression. Tous ces patients sont en fait les mêmes : les hyperactifs sont les « instables », les « hyper-kinétiques », les « maniaque-dépressifs » et les « bipolaires ». Dans un article de 2021, une méta-analyse de Carmen Schiweck a d'ailleurs mis en évidence l'importante comorbidité entre TDAH et troubles bipolaires chez l'adulte.

Tous apparaissent *très excités* alors que le fond de leur cœur est plein de tristesse. La molécule de Méthylphénidate donne d'ailleurs raison à cette logique sur laquelle semblait buter le Dr Vera un peu plus tôt, puisqu'elle calme l'agitation par une... amphétamine (je rappelle encore une fois qu'une amphétamine, en principe, ça agite. Ça n'est pas fait pour endormir). La molécule empêche donc la dépression d'ensevelir la pensée, de rendre *inattentif*...

On a toujours donné des antidépresseurs aux patients adultes déprimés pour qui la thérapie ne suffisait pas. Mais donner systématiquement une amphétamine à un enfant, sous prétexte qu'il a du mal à se concentrer, alors même qu'on ignore si sa difficulté de concentration relève d'une fixation à la première, seconde, troisième, quatrième ou cinquième marche me semble inutilement lacunaire.

Parce que cette molécule ne devrait servir qu'à calmer les hyperactivités de la seconde marche et uniquement en appont de la psychothérapie, si celle-ci échoue à se mettre en place **à cause** de l'intensité des symptômes et de la souffrance. Or, le taux de prescription de cette molécule trahit bien que les profils de ces enfants aujourd'hui sous Méthylphénidate, ne sont pas forcément dans cette situation.

Vignettes cliniques

Je vais maintenant vous exposer quelques brèves situations cliniques que j'ai rencontrées avec des patients de tous âges, arrivés avec un diagnostic de TDAH et, pour certains, une prescription de Méthylphénidate. Si ces patients sont arrivés jusqu'à moi, c'est par bouche-à-oreille, parce que leurs parents avaient entendu parler d'une psychologue qui « *explique ce qui arrive et fait ensuite travailler les parents* ». Je préciserai pour chacun de ces enfants ou adolescents sur quelle marche ils étaient restés fixés et aussi, bien sûr, mes propositions thérapeutiques pour les aider à *s'envoler*.

Commençons par **Émilien, 8 ans et demi**. Il n'a pas d'amis à l'école et présente d'importantes difficultés comportementales et scolaires depuis la petite section de maternelle. Lorsqu'il a 3 ans, le médecin scolaire diagnostique un autisme puis revient sur ce diagnostic. En MS, Émilien ne veut pas rester en classe. En GS, il rencontre une multitude de neuropédiatres hospitaliers : tous s'accordent à parler d'un *retard intellectuel*, mais aucun diagnostic plus précis n'est fait. En CP ses apprentissages sont en suspend, il est au fond de la classe et regarde des images, est bruyant et pénible. Il redouble. C'est à 7 ans qu'un pédiatre hospitalier pose un diagnostic de TDAH et le met sous Méthylphénidate. Son traitement le rend plus calme, notamment autour des devoirs, mais il n'a plus aucun suivi psychologique depuis cette date. Il est suivi par un orthophoniste depuis l'âge de 3 ans pour plusieurs troubles DYS, et dispose de 2 h *d'aide au travail* par une AESH, chaque jour à l'école.

Lorsque je le rencontre, Émilien me dit « se sentir *nul-en-tout*, et avoir un cerveau bizarre ». Il articule mal, peine à traiter mes questions simples, et laisse son nez couler sans jamais le moucher. Je note aussi une très vive excitation verbale (il parle de façon ininterrompue et fait du bruit sans arrêt, de toutes les façons possibles). Émilien est également décrit comme « opposant aux cadres depuis toujours ».

Ses parents sont très mobilisés et aimants. Je note une histoire familiale très douloureuse du côté de son papa, qui a préféré ne pas transmettre son nom de famille à son fils « pour que rien ne lui rappelle cette famille ». Au cours de l'entretien préliminaire, je suis interpellée par la tendance de ce papa à projeter sur Émilien des traits de « paresse » et de « manipulation » qui me semblent inappropriés, compte tenu de son aspect au contraire très régressé.

Je propose à Émilien un bilan psychologique complet qui révélera sur le plan de la personnalité d'importantes fixations identitaires (je fais ici référence à la première marche de l'escalier). Son monde interne, c.-à-d. ses idées, apparaît peuplé d'angoisses d'incorporation, de persécution, d'oralité et de clivage... sa reconnaissance *du monde* et des *intentions relationnelles* entre les personnages se révèle complètement « interférée », et sa pensée est prise dans cette désorganisation interprétative. Dans les histoires projectives qu'il me raconte, les figures maternelles sont agitées, et les pères offrent des relations manquant de « sens » (pouvant par exemple faire cohabiter à la fois des moments de *plaisir partagé*, et des attitudes répressives simultanées, sans que les scénarios ne justifient cet étonnant assemblage, que je déduis par conséquent être « sa norme à lui »).

J'ai donc pu expliquer aux parents d'Émilien que son excitation ne relevait non pas d'un TDAH, mais d'une fixation *identitaire*, pouvant être mise en lien avec les conflits identitaires familiaux de son

papa. Que ce décalage « structurel » l'avait toujours isolé de ses camarades, car il n'avait pas grandi psychologiquement au même rythme qu'eux. Qu'il avait aussi entravé sa *disponibilité* face aux apprentissages. En effet, comment comprendre des consignes scolaires lorsque la reconnaissance du *monde-tout-entier*, vacille autant ? Ces 18 mois sous Méthylphénidate et sans soin éclairé, ont fait perdre du temps à Émilien. Une orientation en hôpital de jour a été organisée dans la foulée du bilan, pour renforcer son *socle identitaire*, c.-à-d. son *ancrage dans la réalité*, et lui permettre de mettre au repos des exigences scolaires qu'il était incapable d'honorer en l'état et lui donnaient le sentiment douloureux d'être « nul en tout ». Cet éclairage a profondément changé les propositions relationnelles de son papa, qui a pris la mesure de l'imaturité affective de son petit garçon et de son besoin de soutien.

Adam a 8 ans. Il m'est amené parce qu'il est « très bruyant, très agité, très bavard, très opposant et très sollicitant ». Il ne sait pas jouer seul, ses parents ont le sentiment de devoir toujours le contenir, et empruntent pour cela des attitudes qu'ils sentent nocives. Adam rejoue sensiblement ces modalités relationnelles avec son petit frère, de deux ans son cadet, dont les actes et les paroles semblent avoir un retentissement démesuré sur lui (susceptibilité, souffrance face au détournement de son attention...).

Il affiche par ailleurs une forte réactivité à l'injustice, un accès au second degré, et plus globalement, ce qui m'apparaît comme un douloureux besoin de contrôle. Par exemple, si son papa fait griller un blini et qu'il a déjà mangé le saumon qui devait aller dessus, Adam peut fondre en larmes et afficher une détresse totale pendant de longues minutes. Enfin, Adam peine à écrire, il est très crispé sur son stylo. Il a passé un bilan cognitif qui a affiché de très bons scores et a donné lieu à l'annonce d'un HPI sans éclairage sur sa souffrance. Je découvre un grand garçon sympathique et souriant. Ses deux parents sont impliqués, eux aussi bien vivants, expressifs et pulsionnels. Sa maman parle beaucoup et fort, ce qui fait écho avec *l'hypersymptomatologie* d'Adam (*très bruyant, très bavard, très intelligent, très agité*). Lorsque je lui demande si elle-même se sent un peu « hyperactive », elle déclare de façon touchante avoir « compensé ses peines familiales par l'agitation ». Je remarque aussi un discours un peu opératoire chez les deux parents d'Adam, transportant souvent cette idée que leur fils devrait parvenir à contrôler ce qui le rend triste (« Adam ne *veut pas comprendre* que le monde ne tourne pas autour de lui », « ce jour-là il a fait des *efforts* », etc.). Tous deux passent leur temps à lui expliquer le bien et le mal, une bonne conduite d'une mauvaise conduite, ne supportent pas sa mauvaise humeur, et peinent à envisager que quelque chose *d'incontrôlable* (un mouvement affectif, donc) puisse se nouer en lui. Par ailleurs, les parents d'Adam évoquent des environnements familiaux douloureux, colorés par les conflits et les ruptures.

Tous ces éléments de l'histoire de cet enfant m'apparaissent comme des sources traumatiques possibles, mais j'ignore à ce stade de l'investigation s'ils l'ont touché d'une façon ou d'une autre. Je lui propose donc un bilan de personnalité. Celui-ci révèle, cliniquement, une impressionnante agitation motrice, caractérisée par un maniement particulièrement impulsif des planches projectives (il les fait tomber, les jette sur le bureau, les reprend pour les classer, etc.). Mais derrière cette excitation se révèle surtout une imposante dépression (nous sommes donc sur la deuxième marche de l'escalier), caractérisée par d'envahissantes angoisses de *perte* et de *manque*, par une figure maternelle perçue comme assez *offensive* et une figure paternelle perçue comme *triste* laissant aux sollicitations infantiles, un goût permanent de frustration...

J'ai donc expliqué aux parents d'Adam que ses symptômes d'agitation relevaient d'une lutte antidépressive, qu'il « bougeait pour ne pas sombrer dans la peine s'il s'arrêtait ou s'il écoutait trop ce qu'il a sur le cœur »... j'ai inscrit sa crispation sur son stylo dans la difficile gestion de ce double mouvement, entre ralentissement dépressif et agitation maniaque (c'est un symptôme très fréquent chez les enfants agités). Je leur ai expliqué que les appels récurrents de leur fils espéraient des

réponses plus nourrissantes. Je leur ai aussi expliqué que leurs propres peines infantiles n'avaient sans doute pas tout à fait été entendues par leurs parents, et que dans ces circonstances, il leur aurait été bien difficile de décoder les besoins de leur fils et d'inventer des postures plus soutenantes que celles qu'ils ont connues. Je les ai encouragés à l'entourer de tout leur amour et de toute leur tendresse, en évitant les conflits autour de lui et en l'enveloppant de toutes les façons possibles. Des entretiens de guidance parentale ont également été préconisés.

Cette restitution a beaucoup remué les parents d'Adam qui ne s'attendaient pas du tout à surprendre une telle tristesse chez leur fils, et encore moins à ce que leurs propres affectivités soient grossies à la loupe et aussi impliquées derrière sa symptomatologie. La suite de la prise en charge n'a pas été de tout repos. Lors du premier rendez-vous après le bilan, la réaction très fermée des parents m'a rendue assez pessimiste sur les espoirs d'un quelconque remaniement intrafamilial. Ils sont restés très opératoires, assez hermétiques à mon approche très affective. La maman est entrée en me disant « nous aimerions *comprendre* ». Sa demande assez offensive était explicitement vouée à ce que je justifie mes conclusions. Toutes mes constructions étiologiques ont été ré-interrogées et remises en cause. Le papa a lui aussi semblé perplexe, notamment sur le lien entre la toute petite enfance d'Adam et ses symptômes actuels (« on a toujours été là pour lui », « on a élevé nos trois enfants de la même façon », etc.). J'ai tenu bon, dit comprendre leurs questionnements, tenté de les soutenir narcissiquement... j'ai expliqué, réexpliqué encore... puis, comme souvent, à la fin de l'entretien, certaines défenses ont lâché et la maman m'a confié avoir beaucoup réfléchi depuis la restitution et avoir réalisé qu'elle n'avait jamais pris Adam dans ses bras, bébé, si ça n'était pas justifié par un repas : « si ça n'était pas l'heure de manger, je prenais ses pleurs pour un caprice. Je voulais qu'il sache qu'il y avait des règles, dès son plus jeune âge ». Je lui ai dit que ça n'était pas ce dont avait alors eu besoin son bébé (et me suis dit à moi-même que la vérité de la souffrance d'Adam était ici, et nulle part ailleurs... ni dans un syndrome [inné] d'hyperactivité ni dans son chiffre de QI). Lors du troisième rendez-vous, j'ai appris qu'Adam était devenu plus calme à la maison, ses parents avaient « ouvert les vannes » de la tendresse et étaient parvenus à moins s'énerver. Une séquence très touchante a émergé au cours de cette consultation : Adam a convoqué une préoccupation qui perdurait, relative à son hostilité à l'égard de son frère. En l'interrogeant à ce sujet, j'ai compris que ce qui l'insupportait chez lui était son bonheur et son indépendance (« quand on arrête de jouer, moi ça m'embête et lui, il s'en fout, il chante, il va voir ses copains... »). J'en ai déduit qu'il jalousait inconsciemment, derrière ces facilités, les bons liens précoces nourrissants et gratifiants dont ce petit frère avait profité de la part de leur mère. La mise en relief de cette réalité a beaucoup touché sa maman qui a fondu en larmes, pris Adam dans ses bras, et s'est excusée d'avoir mal entendu et nourri ses besoins lorsqu'il était bébé et qu'il pleurait. Cette scène a été bouleversante pour nous tous, et je me suis dit à cet instant que je faisais un bien beau métier... à condition d'accepter de transcender le matériel manifeste qui nous était offert à voir, et d'oser pousser nos regards jusqu'à la réalité conflictuelle moins reluisante, parfois tragique, de la psyché lorsqu'un enfant souffre, quelle que soit sa souffrance... J'ai revu la famille environ six fois en tout et n'ai plus jamais entendu ses parents reprocher à Adam ses symptômes, ou me demander de « le changer ». Ses parents sont devenus de formidables agents thérapeutiques et j'ai eu le sentiment d'avoir permis à cet enfant de réaccorder son environnement au stade de développement auquel il était resté fixé.

Rodolphe a 10,2 ans. Il est accueilli en ITEP depuis 2 ans, après 6 ans de suivi psychologique en raison d'un TDAH caractérisé par une vive agitation, de l'opposition, une tendance à exciter l'agressivité de ses pairs, à raconter à tout va des aventures imaginaires et inquiétantes dont il serait le héros et à être très sollicitant avec sa maman. Ses deux parents, attentifs et dévoués, attendent en vain depuis 6 années quelques explications pour aider leur fils à aller mieux ; ce à quoi ils n'ont jamais eu droit, l'institution n'ayant de cesse de leur renvoyer qu'elle ne leur offrirait ni hypothèses étiologiques, ni conseils, et les encourageant à « leur faire confiance pour soigner leur

« fils », leur fonction s'arrêtant manifestement au fait de le leur amener une fois par semaine. Ses symptômes grandissant d'année en année jusqu'à devenir totalement excluants (renvoi de deux établissements scolaires et de toutes ses activités extrascolaires), ils se sont tournés vers des psychologues en libéral pour effectuer des bilans dont ils espéraient beaucoup. Mais les trois bilans mis en place en 4 ans n'ont investigué que les fonctions intellectuelles de Rodolphe en débattant par comptes-rendus interposés de la pertinence de catégoriser ou non son QIV parmi le profil du HPI. Lorsque je rencontre Rodolphe et ses parents, j'apprends de son père, manifestement lui-même très agité (sportif de haut niveau... et debout pendant les trois heures d'entretien préliminaire), qu'aucun des « psy » rencontrés en 6 ans, ne l'avait jamais interrogé sur sa propre histoire infantile ou sur ses relations quotidiennes avec son fils. Ces informations m'aiguillent pourtant vers d'intéressantes hypothèses traumatiques : j'apprends que le père de Rodolphe entretient un lien singulier avec son fils ; lui répétant régulièrement que ses idées valent autant que les siennes, que lui-même a encore tout à apprendre, et débattant avec lui de sujets métaphysiques gommant symboliquement la différence générationnelle entre eux... Ce papa m'explique avoir été privé de son propre père du temps de son vivant, mais également autour de son décès précoce, du fait d'une mère autoritaire ayant interdit tout travail de deuil à ses 5 fils (elle leur répétait qu'« un homme ne pleure pas »). Or, cet ancrage paternel flottant me semble avoir laissé le papa de Rodolphe bien démuni à la fois pour se « poser » physiquement (grande agitation) et pour créer un lien structurant avec son fils. Après la confirmation d'une problématique limite isolée par mon bilan psychologique (Rodolphe se situant donc sur la quatrième marche de l'escalier), j'ai conseillé à ses parents de suivre ma « feuille de route » (déroulée dans mon troisième podcast !), mais également à son papa de dîner dorénavant en famille le soir (au lieu de s'adonner à ses entraînements sportifs précisément pendant ce temps-là) ; de nouer un lien privilégié hebdomadaire avec son fils ; et de mettre fin à certaines discussions insécurisantes qu'il lui proposait sans le savoir... Je n'ai pu revoir Rodolphe qu'une seule fois après le bilan, car il vivait très loin de mon cabinet. Quelques mois plus tard, le lien père-fils s'était resserré et l'ensemble de ses symptômes s'étaient apaisés de façon spectaculaire.

Diane a 12 ans et 11 mois. Elle m'est décrite par ses parents comme impulsive, lunatique, dispersée, colérique et intolérante à la frustration ; cette dernière pouvant générer des réactions volcaniques (par exemple si le menu ne lui plaît pas, elle peut entrer en conflit avec sa mère, monter dans sa chambre, la mettre en désordre, jeter son téléphone de rage par terre, simuler qu'elle va se couper les veines, crier : « je te déteste, je ne t'ai jamais aimée », puis pleurer et regretter). Elle ne parvient pas à s'endormir le soir et affiche la même impulsivité avec les aliments.

Parallèlement à cela, Diane sollicite constamment sa mère (l'appelle dix fois au téléphone de chez ses amies, ne peut pas aller dormir chez elles...). Ses relations sociales ont longtemps également eu cette couleur directive et passionnelle.

Son niveau de mathématiques a baissé en raison de difficultés en géométrie. Un WISC a mis en relief des fragilités visuospatiales dans un contexte d'excitation globale de la pensée (la clinique de la passation avait relevé une associativité, une impulsivité et une agitation motrice générant explicitement des ruptures attentionnelles). Elle a été diagnostiquée TDAH et est sous Concerta depuis 6 mois. Ce qui a arrangé ses capacités de mobilisation attentionnelle en classe, mais pas son comportement à la maison.

Je lui fais donc passer un bilan de personnalité, qu'elle traverse dans une excitation verbale impressionnante, mais aussi dans une certaine désinhibition comportementale (elle entreprend de me montrer son ventre pendant la passation du Rorschach). Ses protocoles révèlent une personnalité très riche, mais agitée par des fantasmes œdipiens brûlants. Toutes les caractéristiques de la labilité hystérique émergent : récits très longs, plaisir et imagination, investissement massif de la sphère relationnelle, brandissement d'affects, histoires à rebondissements, dramatisation, triangulation systématique des relations amoureuses, rivalités féminines et fantasmes matricides,

symbolismes sexuels transparents et préoccupations autour de la castration. Diane colle sans aucune distance aux émotions et aux pulsions des personnages parentaux, sans doute dans la continuité de la façon dont ses parents réels ont collé à ses propres éprouvés et ses propres mots depuis l'enfance. Sans la hauteur qui leur aurait permis de les contenir. Ces épreuves projectives illustrent aussi la façon dont l'excitation pulsionnelle est venue infiltrer sa pensée et ses capacités attentionnelles.

J'ai expliqué à ses parents combien elle allait bien. Je leur ai dévoilé le sens de ses différents symptômes, parfois spectaculaires, tous imbibés par un conflit entre une très vive excitation agressive et sexuelle, et une très grande culpabilité d'éprouver ces pulsions. J'ai conseillé aux parents de Diane de prendre de la distance avec ce que leur fille leur adressait ; que ce soit du côté des plaintes ou des reproches. De ne pas accorder de crédit à ses *mots-décharges irréfléchis*. De rester calmes pour lui montrer l'exemple. De cesser de prendre en charge sa scolarité, de la laisser globalement davantage se débrouiller, éventuellement en optant pour un internat scolaire. Et de privilégier les bons moments mère/fille pour que la tendresse reprenne le dessus sur la rivalité... Lors de cette restitution, je leur ai également recommandé (comme je le fais toujours de façon très « théorique » pour juguler une névrose hystérique) de « veiller à respecter la pudeur de chacun et de bien cloisonner les espaces de nudité entre parents et enfants ». Ce passage avait fait éclater de rire les parents de Diane qui m'avaient alors révélé vivre entièrement nus, du matin au soir, et de janvier à décembre. J'ai donc orchestré un rhabillage familial général, qui a lui aussi contribué à aider Diane à refouler ses fantasmes œdipiens brûlants, qui interféraient à la fois dans ses relations et dans ses capacités attentionnelles...

En conclusion

Me voici arrivée à la conclusion... Ne pas prendre en compte l'histoire affective singulière de l'enfant et de sa famille voue le soin à l'échec, à court, moyen ou long terme. Car derrière des troubles attentionnels et/ou une agitation infantile, peuvent se nouer de nombreuses problématiques. Se contenter d'éclairer un symptôme par des évaluations de la vie *consciente et manifeste* telles que des questionnaires, des tests attentionnels ou de QI... prive l'enfant d'un diagnostic personnalisé, et empêche ses parents de comprendre sa souffrance et de progresser efficacement avec lui. Et endormir son symptôme par un psychotrope dérivé de l'amphétamine n'est pas une offre de soin suffisante.

Le psy qui travaille avec la psychanalyse envisage bien entendu de recourir à tous les dispositifs administratifs et médicamenteux qui existent, si nécessaire. Mais avant cela, il tente de mettre en mots les tensions qu'exprime l'agitation psychique et physique de l'enfant.

— Parce que *comprendre* est un immense réconfort pour les enfants, qui ne se sentent plus « frappés par la foudre de la folie ou du dysfonctionnement », mais comme les « victimes interchangeables et innocentes » d'un faisceau de liens intrafamiliaux qui les ont amenés à réagir, à alerter leurs parents sur le fait que dans leur vie affective, « quelque chose n'allait pas ».

— Parce que les parents sont soulagés que l'on chasse toutes les hypothèses parasites qui les habitaient et qu'on leur explique courageusement comment aider leur enfant, qu'on les guide dans la mise en place de relations mieux ajustées à ses besoins (par exemple : plus tendres, ou plus limitantes, etc.). Une fois la source de ces tensions apaisées, tout enfant peut redevenir maître de son attention... et de son corps !

— Et enfin, parce que c'est ici que notre métier devient intéressant ! La pédopsychiatrie actuelle est désertée par les jeunes médecins, qui lui préfèrent toutes les autres spécialités. Peut-on envisager que l'approche DSM ait appauvri les voies de compréhension et d'action de la souffrance psychique infantile, et décourage ses soignants potentiels ?

Il est certain que les diagnostics DSM sont plus faciles à manier, tant sur les plans conceptuels que cliniques et thérapeutiques. Ils déculpabilisent les parents en leur laissant entendre que le trouble de leur enfant est arrivé avant la détérioration de leurs liens. Mais pour combien de temps ? Je constate personnellement quotidiennement combien les parents ont l'intuition des véritables sources des maux de leur enfant... On peut se laisser aller à croire momentanément avec eux que le chagrin de leur enfant est dû à une qualité (qu'ils ont un QI trop élevé, ou ils sont trop sensibles...), on peut brandir un TDAH ou un TOP en leur expliquant qu'il est venu frapper sur leur tête de façon anarchique. Mais je crois vraiment qu'eux *savent*, qu'au fond de leur cœur, ils ont fait le lien entre leurs conflits conjugaux et sa difficulté à se laisser aller à des relations légères avec les autres... entre l'angoisse maternelle autour des repas et ses symptômes anorexiques... entre les hurlements de son papa au-dessus de ses devoirs l'année de son CP et sa souffrance scolaire depuis lors... entre les conflits familiaux et ses tentatives de suicide... Les liens sont là, ils cognent, encore et encore, toute la vie, et si nous psy ne nous offrons pas le luxe de la vérité, je pense que l'inconscient de nos patients continuera néanmoins à poursuivre son intuition et à appeler ces liens.

Les neurosciences et la psychopathologie envisagent des schémas opposés de compréhension de la maladie mentale.

Pour les neurosciences, au départ, il y a la maladie, innée. Et celle-ci entraîne secondairement des désordres relationnels et de la souffrance, envisagés comme ses conséquences.

Pour la psychopathologie, au départ, il y a des désaccordages relationnels. Ce sont eux qui génèrent à la fois la souffrance et la maladie, par une logique de « fixation » au cours du développement.

L'ordre est différent, mais les ingrédients sont les mêmes. Ils parlent de symptômes, de souffrance, et de conflits intrafamiliaux... et même la notion de « fixation » qui manquait à l'approche neuroscientifique semble venir faire son entrée derrière la nouvelle formule « troubles neurodéveloppementaux ».

En lisant les ouvrages de mes collègues neuroscientifiques sur le TDAH, je me suis dit que nous observions exactement les mêmes réalités, en les ordonnant et en les nommant simplement différemment.

J'ai aussi lu que nous pressentions les mêmes leviers thérapeutiques pour les agitations infantiles... et qu'ils se situaient de façon privilégiée du côté de la guidance parentale et du réaccordage des liens parents/enfants. Je renvoie d'ailleurs ceux que ces questions intéressent aux notions neuroscientifiques de « qualité de vie » et de « compétences parentales » des auteures Sonja FINCK et Céline CLÉMENT.

Je pense que c'est en effectuant ces passerelles théorico-cliniques interdisciplinaires critiques que nous parviendrons à dessiner la meilleure des thérapies du futur. Continuons à faire progresser nos propres référentiels théoriques, sans oublier de nous intéresser aux autres champs d'études, au risque d'appauvrir nos offres de soins. Toutes les approches ont quelque chose à dire aux autres, que leurs résultats de recherches fassent l'objet de découvertes validées ou qu'elles se révèlent avoir été de fausses pistes...

Voici mes ressources BIBLIOGRAPHIQUES : des ouvrages et des articles scientifiques, produits par des chercheurs universitaires.

À propos du DSM :

- Un article de de DI VITTORIO, MINARD et GONON « Les virages du DSM, enjeux scientifiques, économiques et politiques », dans *La revue du CNRS*, en 2013.

À propos de l'approche neurobiologique dans le soin :

- Je conseille toutes les ressources du site très bien fait de Sébastien HENRARD, neuropsychologue, qui répertorie chaque nouvelle publication scientifique internationale et en fait une courte synthèse.
- Pour la critique de cette approche, je vous conseille un article de Thomas Rabeyron : « Du néolibéralisme au tsunami cognitivo-comportemental en Grande-Bretagne. Est-il encore temps pour la France d'éviter la catastrophe britannique ? », dans la revue *Recherches en psychanalyse*, en 2019.

À propos du TDAH :

- Un petit livre synthétique et incisif de Yann Diener, psychologue : *On agite un enfant. L'état, les psychothérapeutes et les psychotropes*, La fabrique, 2011
- L'ouvrage de PATRICK LANDMAN, pédopsychiatre, président du mouvement « stop DSM » : *Tous hyperactifs ? L'incroyable épidémie des troubles de l'attention*, Albin Michel, 2015.
- L'article de François Gonon, Neurobiologiste, directeur de recherche au CNRS, « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », dans *Le journal français de psychiatrie*, 2016.
- Les deux articles de Sébastien Ponnou, maître de conférences en sciences de l'éducation : « prévalence, diagnostic et médication de l'hyperactivité TDAH en France », dans *Les annales médico-psychologiques* en 2020. Et le second article : « Hyperactivité/TDAH : un trouble scandale », dans la revue *Le sociographe*, en 2020.

Et si vous voulez découvrir de la belle psychopathologie clinique : l'ouvrage de JY CHAGNON & ALINE COHEN DE LARA, *Les pathologies de l'agir chez l'enfant*, 2012

Ou le livre de JM Forget : *L'enfant insupportable*, en 2010 chez Érès.