



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Evelyne SIMON-PEZESHKNIA

le 15 décembre 2011

**Le Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH) :
Agitation des psychiatres autour d'un diagnostic.
Comment comprendre les résistances et les réticences.**

Examineurs de la thèse :

M. Daniel SIBERTIN-BLANC
Mme Colette VIDAILHET
M. Bernard KABUTH
M. Emmanuel RAFFO
M. Edmond PERRIER

Professeur, Président
Professeur, Juge
Professeur, Juge
Professeur, Juge
Docteur en Médecine, Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillons lorrains » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ

—

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ
Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN (*à c. 1.12.2011*) - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A mon Président du Jury,

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Vous m'avez acceptée dans votre service et m'avez accordé votre confiance.

Votre enseignement et votre grande expérience clinique ont beaucoup contribué à mon intérêt pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse.

J'ai été très touchée par l'accueil bienveillant que vous m'avez réservé à cette occasion.

Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et de votre soutien pour que je le mène à terme.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A mes Juges,

Madame le Professeur Colette VIDAILHET

Je garde en mémoire la qualité de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier durant mon stage d'interne dans votre service.

Vous m'avez fait le plaisir et l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Recevez ici le témoignage de mes remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Emmanuel RAFFO

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Edmond PERRIER

Vous avez accepté d'emblée la direction de ce travail. Vous m'avez patiemment conseillée dans son élaboration. Et surtout votre motivation m'a permis de surmonter de grands moments de découragement.

Pour votre disponibilité et votre amabilité, je vous exprime ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance.

A ma famille et à ma belle-famille

En témoignage de mon profond attachement et de ma reconnaissance pour l'affection, la compréhension et le soutien, qu'en toutes circonstances, les uns et les autres n'ont jamais cessé de me prodiguer.

A mon cher époux Ali

A mon fils Darius

A mes parents

A Yannick et Jeanne-Marie

A Minoo

A Shahrzad, Shadi et Cyrus, Shahrnaz et Issam

A Avin, Sarah, Leïla, Nassim et Nader

A la mémoire de Manoutchehr et de mon grand-père Jean.

A mes proches et amis,

Je vous remercie de m'avoir soutenue et encouragée.

A Djamila pour m'avoir remise au travail

A Sylvane qui s'est portée volontaire pour la relecture

A Mihaela, Hafida, Carole

A Martine, Annick, Céline, Hélène, Anne, Jocelyn, Majid et Khatéréh, Nima et Véronique

A Madame Oswald

S E R M E N T

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Table des matières

Introduction.....	p 18
 I / L'élaboration du TDAH à travers l'histoire de la clinique de l'instabilité de l'enfant	p 21
1 / Une histoire traversée par une succession de courants de pensée.....	p 21
2 / Des hésitations entre le normal et le pathologique.....	p 23
3 / L'individualisation d'une forme pathologique d'instabilité infantile.....	p 23
4 / Un questionnement sur son origine.....	p 25
5 / Un questionnement sur son statut nosologique... ..	p 28
5.1 / Depuis les années 70 à nos jours sur le continent nord-américain.....	p 29
5.2 / Des années 70 à nos jours en France	p 30
6 / A propos de la bibliographie.....	p 31
 II / Le TDAH comme modèle médical de l'instabilité de l'enfant et de l'adulte.....	p 33
1 / Quelques remarques sur la méthode.....	p 33
2 / Définition.....	p 34
3 / Aspects cliniques et critères diagnostiques.....	p 34
3. 1 / Les symptômes cardinaux.....	p 34
3. 1. 1 / Le déficit attentionnel.....	p 34
3. 1. 2 / L'impulsivité.....	p 35
3. 1. 3 / L'hyperactivité.....	p 35
3. 2 / Troubles et pathologies associées.....	p 35
3. 3 / Critères diagnostiques des systèmes de classification.....	p 36
3. 4 / L'évolution.....	p 37

4 / Les difficultés à définir ce diagnostic clinique.....	p 38
4. 1 / Une absence de limite entre le normal et le pathologique.....	p 38
4. 2 / Une définition par la négative du trouble de l'attention.....	p 39
4. 3 / Des remises en question de la définition actuelle du TDAH et de ses trois sous-types.....	p 39
4. 4 / Un manque de pertinence des critères diagnostiques selon l'âge et le sexe.....	p 40
4. 5 / Le caractère variable et fluctuant des manifestations en fonction des situations.....	p 41
4. 6 / Un recouvrement important entre le TDAH et d'autres troubles.....	p 41
4. 7 / Les difficultés d'obtenir des données épidémiologiques précises.....	p 42
5 / L'évaluation.....	p 44
6 / L'étiopathogénie du TDAH.....	p 45
6. 1 / Des facteurs génétiques et moléculaires.....	p 45
6. 2 / Des facteurs neurochimiques.....	p 46
6. 3 / Des facteurs neuroanatomiques.....	p 46
6. 4 / Des facteurs neurophysiologiques.....	p 46
6. 5 / Des facteurs toxiques.....	p 47
6. 6 / Des facteurs obstétricaux.....	p 47
6. 7 / Des explications neuropsychologiques du TDAH.....	p 47
6. 8 / A propos des facteurs psychosociaux.....	p 48
7 / Le traitement.....	p 49
8 / Le TDAH chez l'adulte.....	p 50
8. 1 / Aspects cliniques et critères diagnostiques.....	p 51
8. 1. 1 / les symptômes qui persistent depuis l'enfance.....	p 51
8. 1. 2 / Les symptômes plus spécifiques de l'âge adulte.....	p 51
8. 1. 3 / Les critères diagnostiques.....	p 52

8. 2 / Les difficultés à définir ce diagnostic clinique.....	p 52
8. 3 / Comment faire le diagnostic de TDAH chez l'adulte ?.....	p 53
8. 4 / Le traitement.....	p 54
 III / Les aspects psychodynamiques de l'instabilité de l'enfant.....	p 55
1 / Quelques remarques sur la bibliographie.....	p 55
2 / Enfant instable ou enfant hyperactif ?.....	p 55
3 / Approche psychodynamique de l'enfant instable.....	p 55
3. 1 / Description clinique.....	p 56
3. 2 / Le bilan psychomoteur.....	p 58
3. 3 / Un contexte psychologique variable.....	p 59
4 / Les modèles psychodynamiques.....	p 59
4. 1 / Hypothèses psychanalytiques.....	p 60
4. 1. 1 / L'hyperactivité comme un équivalent de défense maniaque.....	p 61
4. 1. 2 / Un défaut de la mise en place du système de pare-excitation.....	p 63
4. 1. 3 / Un défaut d'évolution dans l'autonomisation subjective et l'individuation.....	p 64
4. 1. 4 / Un défaut d'évolution dans la relation d'objet et l'intégration du narcissisme secondaire.....	p 64
4. 2 / Les hypothèses psychosomatiques.....	p 65
4. 3 / Les hypothèses psychomotriciennes.....	p 66
4. 4 / Des modèles résolument polyfactoriels.....	p 66
5 / Les aspects psychodynamiques du traitement.....	p 67
 IV / Divergence d'opinions et vives controverses à propos du TDAH.....	p 69
1 / Des divergences apparemment radicales au sein de la communauté scientifique, médicale et psychothérapeutique.....	p 69
1. 1 / Une communauté divisée.....	p 69

1. 2 / Chez les Nord-Américains, des divergences qui enrichissent la réflexion.....	p 73
1. 2. 1 / La position « biologique exclusif ».....	p 73
1. 2. 2 / La position « biopsychosociale ».....	p 74
1. 2. 3 / La position « environnemental exclusif ».....	p 74
1. 2. 4 / La position « diagnostic non valide ».....	p 75
1. 3 / Des inquiétudes à propos de la prescription des psychostimulants.....	p 76
1. 3. 1 / Une évaluation positive de leur efficacité seulement à court terme..	p 76
1. 3. 2 / Des effets secondaires qui restent mal connus.....	p 77
1. 3. 3 / Des associations de psychotropes prescrites de manière empirique..	p 77
1. 3. 4 / Des conflits d'intérêt.....	p 77
1. 4 / Des considérations éthiques à propos du diagnostic et du traitement du TDAH.....	p 78
2 / Divers aspects et sociaux rendant l'existence du TDAH contestable.....	p 80
2. 1 / L'évolution de la société et de ses exigences envers l'enfant.....	p 80
2. 1. 1 / L'évolution de la place de l'enfant dans la société et au sein de la famille.....	p 80
2. 1. 2 / La moindre tolérance pour la mobilité nécessaire aux enfants.....	p 81
2. 1. 3 / L'attitude éducative des parents.....	p 82
2. 1. 4 / Les exigences de l'école.....	p 82
2. 2 / La médicalisation des difficultés de la vie.....	p 84
2. 3 / La thèse de la construction sociale du TDAH.....	p 87
V / La complexité du diagnostic psychiatrique.....	p 90
1. Le trouble mental : un concept qui reste difficile à définir.....	p 90
1. 1 / Des doutes au sujet de son existence même.....	p 91
1. 2 / Des définitions qui évoluent au cours de l'histoire de la psychiatrie.....	p 92

1. 3 / Les tentatives actuelles de définition du trouble mental.....	p 95
1. 3. 1 / La persistance d'une conception ontologique du trouble mental.....	p 95
1. 3. 2 / L'approche biologique de Wakefield.....	p 96
1. 3. 3 / L'approche constructionniste d'Hacking.....	p 96
1. 3. 4 / La proposition de D. Bolton.....	p 98
2 / Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM.....	p 98
2. 1 / Les décalages entre l'objectif initial du DSM et son utilisation actuelle....	p 99
2. 2 / L'absence de prise en compte des difficultés propres à la psychiatrie.....	p 101
2. 3 / Le déni de l'intersubjectivité.....	p 102
3 / Le choix d'un modèle psychopathologique et son impact sur la praxis psychiatrique.....	p 104
3. 1 / Un choix sous influence.....	p 104
3. 2/ Un impact conséquent sur la praxis.....	p 105
3. 3 / Comment les théories sont mises en œuvre au cours de la consultation....	p 106
Discussion.....	p 108
1 / La nécessité d'un pluralisme théorique en psychiatrie.....	p 108
2 / Point faible – Point fort de ce travail de thèse.....	p 110
3 / Le pluralisme théorique et la diversité des pratiques à l'épreuve du TDAH.....	p 111
3. 1 / La pluridisciplinarité constitutionnelle de la pédopsychiatrie.....	p 111
3. 2 / Le pluralisme théorique dans la pratique psychiatrique institutionnelle....	p 113
3. 3 / Le pluralisme théorique et la diversité des pratiques face à l'enfant hyperactif et ses parents.....	p 116
Conclusion.....	p 122
Bibliographie.....	p 124
Annexes.....	p 142

Introduction

Le Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH) est un trouble mental défini par les critères diagnostiques du DSM-IV (9). Ce système de classement des troubles mentaux bénéficie d'une reconnaissance internationale et est le plus utilisé actuellement dans le monde. On retrouve les principales caractéristiques du TDAH dans le trouble hyperkinétique décrit dans la CIM-10 (193), autre manuel de classification des troubles mentaux proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Cela lui confère une existence institutionnelle incontestable.

Le TDAH a aussi une existence sociale. Dire d'un enfant qu'il est hyperactif est devenu une expression verbale couramment utilisée dans l'entourage d'un enfant turbulent. Elle est une sorte de code qui signifie que le comportement de cet enfant dérange et est un signal pour faire intervenir des psy.... Cette expression verbale est en vogue, on en use et en abuse. Elle tend à devenir un véritable diagnostic qui se suffirait à lui-même.

Pourtant si le terme d'hyperactif pour qualifier un enfant agité est facilement utilisé par les parents, les éducateurs et les enseignants, la conception médicale de l'enfant hyperactif reste problématique pour nombre de psychiatres et de psychologues.

Le TDAH est le trouble le plus débattu actuellement en psychiatrie de l'enfant. Il y a pléthore de publications à son sujet. Une récente consultation (le 1^{er} septembre 2011) de la base de données Pub Med montrait qu'il y avait 12678 références bibliographiques de publications médicales qui contenaient les mots « attention deficit hyperactivity disorder » ou « ADHD » dans le titre et/ou le résumé. Des congrès et des symposiums lui sont régulièrement consacrés. Et il persiste à mettre dans l'embarras les psychiatres d'enfants. Ils hésitent, sont réticents voire hostiles à établir ce diagnostic.

Les psychiatres craignent de médicaliser à outrance des enfants turbulents. Diagnostiquer un TDAH chez un enfant, c'est lui poser une étiquette d'enfant hyperactif. Ils s'interrogent sur la pertinence d'une labellisation médicale dans la vie, la destinée d'un individu jeune en pleine structuration psychologique et en pleine construction identitaire. Diagnostiquer un TDAH induit de le traiter, éventuellement avec un traitement médicamenteux psychotrope, listé

parmi les stupéfiants de surcroît. Or en matière de psychopathologie de l'enfant, en France, fort peu de médicaments psychotropes sont prescrits.

Mais les psychiatres ne peuvent pas pour autant se désintéresser de ce syndrome. Il y a le risque de ne pas traiter suffisamment et efficacement un trouble qui peut avoir des conséquences très négatives sur la vie de l'enfant et son entourage. Ils ne peuvent pas non plus ignorer simplement ces enquêtes et études cliniques nord-américaines (15, 19) qui montrent que les enfants hyperactifs présenteraient un risque plus élevé de développer à l'adolescence des conduites délinquantes ou toxicomaniaques et d'être en échec scolaire.

Certains psychiatres doutent de la réalité de ce trouble. Cette formulation du « trop » dans le domaine de la psychologie et de la médecine soulève implicitement la question de la norme ainsi que celle de la définition de la santé et de la maladie et de l'usage et du mésusage de ces concepts.

Parce que de l'hyperactivité, il en est question partout, à l'école, dans les magazines et les émissions de télévision, elle apparaît aujourd'hui comme un « nouveau mal du siècle ». La médiatisation importante de ce trouble a probablement une influence sur la démarche diagnostique et thérapeutique du psychiatre. Ce dernier est désigné comme le spécialiste qui a les moyens de remédier au problème. D'autre part, le psychiatre est soumis à des pressions provenant des tutelles, des associations de malades, des laboratoires pharmaceutiques qui empêchent de plus en plus son libre-arbitre. Il subit la pensée médicale scientifique dominante. Il est tiraillé entre des conceptions neuropsychologiques et des conceptions métapsychologiques.

Au final, en tant que cliniciens face à des enfants qui remuent sans cesse et épuisent leur entourage, nous ne sommes pas très à notre aise ni dans l'adoption d'une démarche médicale, ni dans l'adoption d'une approche purement psychologique. Et le mélange des deux n'est pas aisé non plus.

Dans cette thèse, nous avons fait une revue générale de la littérature, en langue française et anglaise, en parcourant différents domaines de la connaissance : la médecine, la psychiatrie, la psychologie, la philosophie, la sociologie, les sciences de l'éducation.

Ce qui nous a guidés n'était pas le souci d'exhaustivité mais celui d'actualisation des recherches et des interrogations. Nous avons d'abord voulu retracer une histoire des idées qui se sont succédées à propos de l'enfant excessivement agité. Nous nous sommes intéressés aux différentes manières de voir, de penser, de conceptualiser le comportement problématique de cet enfant. Ceci dans l'élaboration historique et nosologique du TDAH, dans l'exposé des conceptions différentes de ce trouble, dans les divergences qu'il provoque.

Et puis nous sommes revenus à un questionnement fondamental en psychiatrie: qu'est-ce qu'un trouble mental, qu'est-ce qui le définit, qu'est-ce qui permet de le diagnostiquer. Enfin, la discussion a porté sur la question de comment intégrer ces diverses manières de penser l'agitation psychomotrice de l'enfant dans la pratique clinique quotidienne d'un service public sectoriel de psychiatrie infanto-juvénile.

L'objet de ce travail n'a pas été de dire ce qu'il fallait penser du TDAH mais d'avoir favorisé la critique et la réflexion à partir de l'ensemble des approches possibles, de leur diversité, de leur dialectique et même de leurs contradictions.

Le but de ce travail a été de montrer qu'une forme de diversité favorisait la pensée en montrant qu'il y avait toujours d'autres points de vue, d'autres considérations à prendre en compte, que les choses n'étaient ni bouclées, ni fermées. D'où la nécessité de préserver le pluralisme théorique et thérapeutique en psychiatrie et la nécessité de défendre la diversité au sein des équipes de santé mentale. Ceci pour lutter contre le dogmatisme, pour résister à l'hégémonie d'un courant de pensée et pour s'opposer à des simplifications dictées par des considérations budgétaires.

I / L'élaboration du TDAH à travers l'histoire de la clinique de l'instabilité de l'enfant

La clinique de l'instabilité de l'enfant a commencé véritablement à la fin du XIX^e siècle et a connu quatre principales orientations (97).

Une première orientation (qui fut aussi la première étape) a été l'individualisation d'une forme pathologique d'instabilité ou de turbulence de l'enfant.

Une seconde orientation a été la question de son origine : organique ou psychoaffective.

Une troisième a été que très tôt, des auteurs en marge du débat « tout psychogénétique » ou « tout organogénétique » ont tenté, si ce n'est d'intégrer ces deux points de vue, tout au moins de les faire dialoguer au travers d'une démarche de nature développementale.

Une quatrième orientation a été la question de son statut nosologique : symptôme, syndrome ou entité pathologique à part entière.

1 / Une histoire traversée par une succession de courants de pensée

La divergence entre les courants de pensée français et anglo-saxon a été présente dès le début de la conceptualisation d'une forme pathologique de la turbulence de l'enfant. Chez les auteurs anglo-saxons, ce sont les conceptions organiques et constitutionnelles qui ont d'emblée dominer l'idéologie ambiante pour la compréhension du trouble. Chez les auteurs français, l'hyperactivité infantile a été appréhendée comme un concept médian entre la neurologie et la psychiatrie, et s'est située de façon ambiguë entre organogénèse et psychogénèse.

Dans le cours des années 1950-1960, est apparu en France (et quelques autres pays du Sud de l'Europe) un profond mouvement de rénovation et d'humanisation de la psychiatrie appuyé sur l'émergence des théories psychodynamiques (182). Ce mouvement a trouvé un vaste champ d'application du côté de la pathologie mentale de l'enfant. Il en a résulté une révision des critères concernant à la fois l'étiopathogénèse, la clinique et l'évolution des troubles mentaux de l'enfant dont l'instabilité psychomotrice.

A partir des années 1970, du fait de l'importance des recherches déployées dans le domaine des troubles du comportement, notamment en tirant partie des progrès techniques réalisés dans le domaine de l'étude de l'activité cérébrale, plusieurs chercheurs anglo-saxons d'horizons divers ont amorcé une réinstrumentalisation de l'appareil psychique. En s'appuyant sur des arguments liés à la neuropsychologie fonctionnelle et développementale, ils tentèrent d'expliquer la logique du fonctionnement psychique sous le paradigme du traitement de l'information. Il s'est alors développé une approche neurocognitive de l'instabilité de l'enfant (243).

Aux Etats-Unis, la conceptualisation de l'hyperactivité a évolué au fur et à mesure de l'élaboration des différentes versions du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) de l'Association Américaine de Psychiatrie. Ces différentes propositions ne sont pas situées dans une parfaite continuité l'une par rapport à l'autre, traduisant des hésitations conceptuelles (118).

La première édition du DSM, publiée en 1952 (5) et dans laquelle l'hyperactivité ne figurait pas, était surtout le reflet de l'influence exercée par Adolph Meyer (1866-1950), considéré comme un des fondateurs de la psychiatrie américaine moderne (260). Il s'agissait d'un compromis entre la psychanalyse freudienne et une conception psychobiologique, qui considérait le malade comme un être en interaction avec son environnement, mais également comme une entité biologique. Le DSM-II (6), paru en 1968, est resté dans la même logique que son prédécesseur, témoignant d'une influence plus marquée de la psychanalyse.

L'hyperactivité y a fait son entrée sous la forme de *réaction hyperkinétique de l'enfance*. La notion de réaction de la personnalité à des facteurs psychologique, social ou biologique l'emportait sur les déterminants classiques du genre génétique, constitutionnel ou métabolique. Puis est apparu un mouvement de remédicalisation qui a pris une importance considérable dans la psychiatrie américaine à travers les tentatives de classification développées dans le DSM-III (7), le DSM-III-R (8) et le DSM-IV (9).

La terminologie n'a cessé d'évoluer au cours de cette histoire clinique de l'instabilité de l'enfant. Chaque dénomination est liée à la manière de conceptualiser le trouble à un moment donné de son histoire (202). Ce qui a motivé le choix de garder les « appellations du moment » et qui fait que cette instabilité apparaît dans ce chapitre sous diverses désignations.

2 / Des hésitations entre le normal et le pathologique

Dans l'introduction de son étude médico-pédagogique de l'enfant instable, parue en 1951, A. Beley écrivait : « L'histoire de l'instabilité infantile remonte aux âges les plus lointains s'il s'agit de l'incapacité dans laquelle se trouve normalement l'enfant à fixer sa pensée et la difficulté physiologique qu'il manifeste à coordonner ses mouvements en vue d'un but précis...Il est parfaitement clair que tout individu naît instable, et le demeure, restant en cela dans la règle, un certain nombre d'années » (23).

Des références littéraires à l'instabilité de l'enfant et de l'adulte ont précédé les premières descriptions cliniques du trouble.

Ainsi, A.R. Barkley (16) évoque des portraits d'individus ayant de sérieux problèmes d'inattention, d'hyperactivité et de manque de contrôle de leur impulsivité dans la pièce *Henry VIII* écrite en 1612 par Shakespeare.

H. Hofmann, médecin mais aussi artiste allemand, illustra de nombreux comportements souvent observés chez les enfants à l'aide de bandes dessinées recueillies dans un livre paru en 1854. Ce livre, *Der Strunwelpeter -Crasse-Tignasse-* en français, racontait notamment l'histoire de Philippe-qui-gigote (127).

Quelques années plus tard aux Etats-Unis, tout comme H. Hoffmann qui illustrait un comportement observé chez l'enfant mais pas forcément pathologique, W. James décrivit dans ses *Principes de psychologie* paru en 1890 (267) une variante normale du tempérament qu'il avait dénommé « explosive will » et dans laquelle se retrouvaient des éléments descriptifs de l'actuel TDAH.

3 / L'individualisation d'une forme pathologique d'instabilité infantile

Des descriptions initiales essentiellement symptomatiques, on allait glisser progressivement à une conception plus syndromique de l'instabilité. Ceci en raison de l'association remarquée d'au moins trois types de symptômes : défaut d'attention, hyperactivité, troubles du comportement avec impulsivité.

C'est à Bourneville en France, à Still aux Etats-Unis, à Demoor en Allemagne, que l'on doit les premières descriptions cliniques détaillées d'une forme pathologique d'instabilité de l'enfant.

Bourneville a décrit en 1897, dans son livre sur *Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie*, des enfants débiles légers instables de surcroît : « Leur mobilité est exubérante, ils ne restent en place nulle part, se lèvent de table à chaque instant sans motif. S'ils jouent, ils passent rapidement d'un jeu à l'autre. Dans le service, ils se font remarquer par l'indifférence aux observations, la désobéissance et l'indiscipline, mais ils sont suggestibles et peuvent se soumettre aux personnes qu'ils aiment » (39).

Bourneville a fait de l'instabilité le symptôme principal dans certaines arriérations et a tenté de rendre compte de ses spécificités : « mobilité intellectuelle et physique extrême, susceptibilité et irritabilité, penchant pour la destructivité, besoin d'une surveillance continue, insouciance et négligence, suggestibilité et soumission aux personnes aimées » (40).

Demoor (1901) a défini l'instabilité de l'enfant par analogie : « une sorte de chorée mentale » (73).

G. Still en 1902, dans une série de conférences au Royal College of Physician de Londres, analysait le cas de vingt enfants dont la plupart manifestaient les caractéristiques de ce que l'on nommerait hyperactivité à l'heure actuelle : agitation extrême, incapacité à soutenir l'attention, échec scolaire même en l'absence de retard mental. Ces enfants provenaient souvent de familles chaotiques mais une proportion non négligeable d'entre eux semblait recevoir une éducation adéquate. De même, si pour certains, diverses maladies aiguës ou cérébrales fournissaient une explication au trouble, pour d'autres, aucune cause connue et précise ne pouvait être décelée. Ces derniers d'après Still souffraient principalement « d'un contrôle moral défectueux », c'est-à-dire « d'un manque total de considération pour l'autorité et les ordres, malgré une éducation et une discipline qui entraîneraient forcément l'obéissance chez l'enfant sain » (231).

Les observations de Still ont permis également de mettre en évidence des éléments apparus plus tard comme caractéristiques de L'ADHD : la surreprésentation masculine (un ratio de 3 pour 1 dans l'étude de Still) ; l'importance de la comorbidité avec les troubles du comportement (conduites asociales) et les troubles de l'humeur (la dépression) ; une agrégation familiale avec un risque augmenté de développer le trouble chez les apparentés. Il suggérait une prédisposition biologique « sous-tendant » ce comportement, probablement transmise héréditairement ou résultant d'atteintes pré ou postnatales.

En France, cette vision de l'instabilité, appréhendée comme une entité pathologique à part entière, fut avancée dès 1905 par Philippe et Paul Boncour qui, étudiant particulièrement l'écolier, distinguaient une catégorie d'enfants « remuants et difficiles qui ne sont ni des arriérés notoirement déficients ni des hystériques, ni des turbulents épileptoïdes » (36).

E. Dupré (78) créa le terme de « débilité motrice » qui pouvait être associée à la débilité mentale et qui apporta une notion nouvelle de déséquilibres où les troubles moteurs et psychiques étaient étroitement liés. C'est à partir des travaux d'E. Dupré que des troubles psychomoteurs ont été peu à peu individualisés par opposition aux troubles moteurs.

Dans sa thèse de 1914 sur *Les enfants anormaux et les délinquants juvéniles* (123), G. Heuyer chercha à isoler sur le plan affectif une clinique propre à l'enfant instable. En effet, non seulement il considérait l'instabilité en excès comme un syndrome d'anormalité. Mais encore, il proposait d'aller voir ce qu'elle recouvrait et d'analyser les modes d'affectivité et leurs motivations autant que les formes de motricité, souhaitant se dégager d'une conception purement organique du trouble.

4 / Un questionnement sur son origine

Still avait déjà suggéré une prédisposition organique mais l'hypothèse d'un lien entre comportement hyperactif et dommages cérébraux s'est trouvée renforcée par l'épidémie d'encéphalite qui s'est répandue aux Etats-Unis (mais aussi en Europe) en 1917-1918. Il a été constaté dans plusieurs études, Paterson & Spence 1921 (196), Hohman 1922 (128), Ebaugh 1923 (79), Kennedy 1924 (147), Stryker 1925 (234), Strecker 1929 (233), que les enfants ayant survécu présentaient des troubles du comportement évoquant une hyperactivité.

En France, H. Wallon inaugura une troisième voie théorique. Il entreprit, dans sa thèse *L'enfant turbulent* (259) parue en 1925, une ambitieuse synthèse des acquis de la psychologie de l'enfant et des données de la neurophysiologie disponible à son époque. Il réalisa ce travail à partir de 214 observations d'enfants caractériels ou arriérés. Il s'agissait d'observations minutieuses de l'ensemble des comportements que manifestait spontanément l'enfant dans sa vie quotidienne à l'institution, observations qui duraient souvent plusieurs années. Wallon y notait toutes les manifestations d'activité et les circonstances qui les environnaient, non

seulement des attitudes, des gestes, des actions et des paroles, mais aussi des agitations désordonnées, des décharges impulsives, des moments d'inertie et d'hébétéude, des stéréotypies indéfiniment répétées.

Wallon pratiquait une analyse neuro-fonctionnelle mais aussi une analyse psycho-environnementale et en cela il a été précurseur de ces auteurs qui ont tenté de faire dialoguer les deux points de vue psychogénétique et organogénétique au travers d'une démarche de nature développementale. Néanmoins, il restait attaché à l'idée d'un ancrage corporel de l'instabilité infantile et il a distingué quatre syndromes psychomoteurs en fonction de la localisation de l'insuffisance organique.

S'inscrivant en droite filiation avec les travaux de H. Wallon, P. Mâle (170) voyait dans l'instabilité de l'enfant une manifestation de l'indifférenciation du substratum neurologique en face des effractions émotives, d'ordre plus ou moins conflictuel, se succédant dès l'âge de 3 ans. Il insistait sur la nécessité pour toute observation clinique de délimiter soigneusement le versant organique et le versant psychologique de l'instabilité sans oublier le versant socio-familial.

Dans cette même ligne de pensée, J. Abramson, dans son livre sur l'enfant et l'adolescent instables paru en 1940 (1), analysa de nombreuses observations cliniques sous l'angle du développement intellectuel, affectif et moteur. Elle observa que par opposition à l'équilibre et à la corrélation qui s'établissaient progressivement chez l'individu normal entre les aptitudes affectives, intellectuelles et motrices, l'instabilité était fondamentalement basée sur les déséquilibres de ces trois registres.

E Dupré, G. Heuyer, H. Wallon et J. Abramson furent les précurseurs de ce qui allait devenir par la suite la position de « l'école française » en insistant sur le double versant psychique et moteur de l'instabilité et en formulant l'hypothèse d'une dysharmonie dans l'évolution des fonctions de l'enfant instable (72).

Des instabilités « acquises » attribuées à des facteurs organiques ou à des traumatismes ou à des situations psychologiques ont été opposées à des instabilités « constitutionnelles » répondant à des dispositions innées.

G. Heuyer et S. Lebovici, en 1951 (124), individualisaient une forme « conditionnée » d'instabilité infantile rapportée à deux déterminants causaux souvent associés. Ils

concernaient d'une part l'ensemble des conditions de vie défectueuses et insécurisantes, d'ordre matériel ou affectif, ne permettant pas à l'enfant de constituer une relation d'objet stable et maturante ; d'autre part toutes les expériences de séparation précoce ou durable susceptibles de créer d'importantes carences affectives. S. Lebovici a abordé cette question avec une visée psychopathologique freudienne. Avec lui l'instabilité devint l'expression symptomatique d'un mode de fonctionnement du psychisme de l'enfant en interaction avec son environnement notamment familial.

Pendant ce temps là outre-atlantique, les recherches cherchant à étayer le concept de *brain damage syndrome* évoqué par Still ont conduit à envisager d'autres causes de dommages cérébraux tels que des infections, de l'épilepsie, des traumatismes crâniens ou autres.

En 1937, Bradley remarqua, dans une étude princeps (42) portant sur trente enfants instables âgés de 5 à 14 ans et d'intelligence normale, une amélioration paradoxale de leurs troubles du comportement ainsi que de leurs performances scolaires par la prescription d'une amphétamine, la benzédrine. Et ceci en comparaison de la prise de barbituriques dont on aurait pu attendre une efficacité thérapeutique supérieure. Pour Bradley, ce résultat abondait dans le sens d'une participation neurochimique à la physiopathologie du trouble.

Mais il devenait de plus en plus clair qu'à côté d'une pathologie comportementale associée à des atteintes cérébrales majeures ou minimales prouvées ou vraisemblables, existait toute une série de cas d'anomalies comportementales sans rapport avec une pathologie cérébrale évidente.

Contournant les critiques mettant en cause ce lien de causalité directe, Strauss et Lehtinen en 1947 (232) adoptèrent un point de vue plus fonctionnaliste en définissant à l'aide de tests neuropsychologiques le syndrome de « lésion cérébrale à minima » (*Minimal Brain Injury*) pour rendre compte des désordres cognitifs et perceptivomoteurs rencontrés chez les enfants instables. Puis dans les années soixante, la notion « lésion cérébrale à minima » a été remplacée par la notion de « dysfonctionnement cérébral à minima » (*minimal brain dysfunction*).

Le déclin du concept de *minimal brain damage* coïncida avec un intérêt croissant pour celui de *syndrome de l'enfant hyperkinétique* décrit par Laufer et Denhoff en 1957 (160) et Chess en 1960 (57). L'importance symptomatique était donnée à l'activité motrice excessive. Ce

trouble pouvait être dû à une hyperactivité physiologique et pouvait être associé à des lésions cérébrales mais pas forcément. L'aspect psychoaffectif était davantage pris en compte par ces quelques auteurs qui estimaient que les comportements perturbateurs à type d'instabilité ou de symptômes oppositionnels ne pouvaient être compris qu'en référence à l'organisation psychique de l'enfant et à l'évolution de ses modalités relationnelles avec une attention particulière portée sur les conditions affectives et éducatives.

Cette évolution terminologique et conceptuelle (d'une minorité d'auteurs anglo-saxons) a paradoxalement -eu égard à la pensée ambiante- inspiré l'édification des critères d'inclusion de l'hyperactivité infantile lors de sa première apparition dans la seconde édition du *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* de l'Association Américaine de Psychiatrie (1968). Elle regroupa les problèmes d'hyperactivité, d'agitation motrice, de distraction et de manque d'attention sous l'étiquette diagnostique de *réaction hyperkinétique de l'enfance*. Le DSM-II postulait que l'instabilité de l'enfant était une réaction secondaire à diverses difficultés rencontrées dans l'entourage familial et /ou social et précisait que le diagnostic ne pouvait pas être posé si le trouble était la conséquence d'une lésion cérébrale (76).

5 / Un questionnement sur son statut nosologique

Il y a d'abord eu une divergence entre les Etats-Unis et la Grande-Bretagne sur l'intensité des symptômes. En Grande-Bretagne, jusqu'à dans les années 80, le trouble se caractérisait par sa rareté, une hyperactivité extrême et l'association fréquente à un retard mental ou à d'autres signes évidents de dommages cérébraux. Aux Etats-Unis, l'hyperactivité était considérée comme un syndrome comportemental relativement fréquent non associé à une pathologie cérébrale objectivable. Cette divergence de conception théorique a eu des conséquences sur l'estimation de la prévalence.

Elle s'est estompée dans les années 90 avec la similitude des critères diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10.

Une autre divergence, plus profonde et qui est toujours d'actualité, est apparue dans les années 60-70 lors de l'émergence des théories psychanalytiques dans la clinique psychiatrique.

En France (mais aussi en Italie, en Espagne et en Grèce) où « le courant psychanalytique régnait en maître » (96), où « la pédopsychiatrie faisait d'importants progrès sous l'impulsion

de la compréhension psychodynamique de l'enfant » (261), l'instabilité psychomotrice quitta son statut d'entité syndromique spécifique. On la considéra alors comme un symptôme dont l'interprétation ne pouvait faire sens qu'en lien avec la compréhension de l'organisation psychique de l'enfant et à celle de ses modalités relationnelles avec son entourage.

5 .1 / Depuis les années 70 à nos jours sur le continent nord-américain

Aux Etats-Unis et au Canada, l'hyperactivité est devenue un véritable sujet d'intérêt scientifique pour les professionnels. Les systèmes de classifications des troubles mentaux ont rendu opérant le diagnostic grâce aux critères proposés et ont donné un grand essor aux recherches et aux publications. Les recherches ont été multiples dans tous les domaines : l'épidémiologie, la clinique, la thérapeutique, le pronostic, la neuropsychologie, la neurophysiologie, la génétique.

Ces recherches ont influencé la conceptualisation de l'hyperactivité dans l'élaboration des différentes versions du DSM. Ainsi durant les années 70 et 80, les chercheurs ont accordé une importance symptomatique au trouble de l'attention et au déficit de contrôle des impulsions (75). Le DSM-III a proposé une définition multidimensionnelle du trouble rebaptisé *trouble déficit de l'attention avec hyperactivité* et *trouble déficit de l'attention sans hyperactivité*. Cette nouvelle conceptualisation a donné lieu à de nouvelles recherches notamment sur le sous-groupe *trouble de l'attention sans hyperactivité*. Les premiers résultats ont montré que la moindre importance accordée à l'hyperactivité et à l'impulsivité rendait l'entité nosographique moins pertinente d'où la renomination du trouble dans le DSM-III R en *trouble hyperactivité avec déficit de l'attention* et une redéfinition unidimensionnelle du trouble, en rupture avec la précédente. Mais cette version du DSM a été publiée prématurément alors qu'il n'y avait pas suffisamment de confirmation empirique de la conceptualisation du DSM-III.

Plusieurs recherches ultérieures (112, 154, 155) ont montré qu'il y avait essentiellement deux dimensions à ce trouble, l'une d'inattention et l'autre d'hyperactivité motrice et d'impulsivité. De ce fait les critères diagnostiques du DSM-IV ont marqué un retour à la multidimensionnalité. Le trouble a été finalement nommé *déficit de l'attention / hyperactivité* et trois sous-types ont été définis selon la combinaison des trois catégories de critères :

- le déficit de l'attention / hyperactivité type mixte
- le déficit de l'attention / hyperactivité type hyperactivité-impulsivité prédominante
- le déficit de l'attention / hyperactivité type inattention prédominante

Le débat a continué sur l'importance respective des symptômes fondamentaux du trouble.

5.2 / Des années 70 à nos jours en France

Durant les années 70, la production psychodynamique et théorique française autour du concept d'instabilité psychomotrice a été nettement moins prolifique qu'Outre-Atlantique.

J de Ajuriaguerra (69) se dégagea du courant psychanalytique dominant en France en tentant de dépasser quelque peu la dichotomie théorique organogénèse / psychogénèse, perpétuant ainsi la troisième voie théorique inaugurée par Wallon. Il décrit cette entité clinique à travers la notion de « double polarité ». Il estimait que l'enfant instable pouvait se situer sur un continuum s'étendant entre deux extrémités : l'une correspondait à l'instabilité subchoréique (décrite par Wallon) et admettait l'existence dans sa genèse de facteurs endogènes ; l'autre était représentée par une forme d'instabilité de nature purement affectivo-caractérielle étant apparue secondairement et en réaction à des désordres émotionnels survenus précocement au cours du développement de l'enfant.

M. Berger (25) a tenté une explication au fait que les psychanalystes se sont dans l'ensemble peu intéressés au problème de l'instabilité chez l'enfant. La motricité, dans la mesure où elle ne s'accompagne pas forcément de mots, est un domaine qui n'est pas d'accès aisé aux psychanalystes. Il est assez difficile pour eux de comprendre des sujets pour lesquels une psychothérapie, dans son déroulement classique, se révèle irréalisable.

C'est seulement à partir de la fin des années 80 que les psychanalystes ont montré un certain intérêt pour l'instabilité psychomotrice de l'enfant.

Les principales hypothèses psychanalytiques sont décrites dans le troisième chapitre de cette thèse.

6 / A propos de la bibliographie

Pour écrire cette histoire clinique de l'instabilité de l'enfant, deux bibliographies ont été nécessaires. Une bibliographie sur l'instabilité psychomotrice qui est une notion essentiellement française et une bibliographie sur l'hyperkinésie et sur l'hyperactivité qui sont des notions essentiellement anglo-saxonnes.

G. Micouin et J.-C. Boucris (178) ont évoqué deux bibliographies parallèles qui ne se recoupent pas. Ils ont expliqué cela par une différence de méthode d'étude. En France, ce sont des « médecins du psychisme » qui se sont intéressés à l'instabilité de l'enfant avec une approche psychiatrique qui aborde l'enfant comme l'adulte, en tant qu'être psychosocial, c'est-à-dire en relation au monde.

Aux Etats-Unis, ce sont des « médecins de l'enfant » qui se sont intéressés à l'hyperkinésie et à l'hyperactivité avec une approche neuropédiatrique qui privilégie l'enfant en tant qu'organisme, dans son organisation physiopathologique.

G. Micouin et J.-C. Boucris ont remarqué aussi que ces deux notions ont en commun la référence à une norme et l'abord de la pathologie comme déficit par rapport à cette norme. L'approche psychiatrique envisage l'enfant comme un être psychosocial en référence à un idéal d'adaptation et l'instabilité comme défaut d'adaptation. L'approche neuropédiatrique envisage l'enfant comme un être physiologique en référence à un idéal de maturation et l'hyperkinésie-hyperactivité comme défaut de maturation.

L'approche psychanalytique, quant à elle, reste singulière. Elle tente de s'affranchir de la référence à une norme en prenant en compte essentiellement la souffrance psychique du sujet.

Les signes cliniques de l'enfant instable et inattentif ont été décrits de façon remarquablement semblable par des auteurs ayant des conceptions étiopathogéniques et thérapeutiques différentes.

Confronter l'évolution de la conceptualisation de l'hyperactivité avec les différents courants de pensée qui ont traversé la psychiatrie et la psychologie de l'enfant permet de mieux comprendre ce qui est à l'origine du constat pragmatique que fait R.A. Barkley sur la manière différente des cliniciens de voir le trouble. En Amérique du Nord, au Canada et en Australie, en présence d'un enfant perturbateur qui manifeste une variété de symptômes (inattention, hyperactivité, impulsivité) un clinicien américain aura tendance à choisir un diagnostic de TDAH. Alors que son collègue européen y verra plutôt des manifestations d'un trouble du

comportement en lien avec des difficultés psychologiques, un dysfonctionnement familial, des conditions socioculturelles défavorables (16).

Enfin, l'histoire de la clinique de l'instabilité de l'enfant a été contemporaine du développement d'une nouvelle discipline : la pédopsychiatrie.

Ainsi que le résumait Léo Kanner (143), le XXème siècle a d'abord découvert l'enfant ; puis il est apparu nécessaire de faire quelque chose pour cet enfant ; puis il s'est avéré indispensable de comprendre l'enfant dans son milieu familial et scolaire ; par la suite on fut dans l'obligation d'élaborer des techniques pour travailler avec l'enfant.

« Maintenant nous nous devons de l'aider à s'intégrer, au mieux de ses moyens, dans la société où il est appelé à vivre » (92).

II / Le TDAH comme modèle médical de l'instabilité de l'enfant et de l'adulte

1 / Quelques remarques sur la méthode

Il y a eu de très nombreuses publications sur le TDAH dans les revues scientifiques anglo-saxonnes. La bibliographie ne pouvait pas être exhaustive. Nous avons choisi d'exposer les connaissances actuelles sur ce trouble en faisant référence à des auteurs anglo-saxons, spécialistes reconnus en matière de TDAH du fait de l'importance de leurs recherches et publications : Biederman J., Faraone S.V. et Spencer T.J. (13, 31, 87, 85, 201, 228, 266), Barkley R.A. (16, 17, 18, 191), Hinshaw S.P. (125, 126). Ces auteurs figuraient parmi les quinze auteurs les plus souvent cités dans les bases de données PUB MED et SCOPUS, dernièrement consultées en août 2011.

Nous avons fait référence aux textes de recommandations écrits collégialement par des groupes de chercheurs qui font autorité aux USA et en Europe (4, 153, 192, 206, 242) ; ainsi qu'à des ouvrages et articles de revue francophones, pour certains didactiques visant à mieux faire connaître le TDAH aux cliniciens français (55, 188, 200, 214, 252), pour d'autres évoquant aussi les questionnements que suscitent ce trouble en tentant d'y apporter des réponses argumentées (41, 76, 97, 173, 186, 251, 257).

Nous avons également retenu un ouvrage traitant d'une approche spécifiquement neurocognitive du TDAH (243).

Ce chapitre n'est pas une somme sur le TDAH. Nous nous sommes limités à ces deux questions :

- Qu'est-ce qui constitue l'entité pathologique TDAH ? Une entité pathologique étant définie par une clinique spécifique, une étiologie et une évolution déterminée.
- Qu'est-ce qui fait que ce diagnostic reste difficile à établir ?

2 / Définition

Les enfants atteints d'un TDAH manifestent un ensemble de comportements perturbateurs dans lesquels l'inattention et/ou l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent. Ces comportements persistent et sont nettement plus fréquents et plus sévères qu'ils ne le sont chez la plupart des enfants du même sexe et du même âge. Ils surviennent dans différentes situations qui nécessitent de l'attention, une inhibition de l'impulsivité et une restriction des mouvements. Ils entravent le fonctionnement adaptatif de l'enfant.

Le TDAH est un trouble chronique, complexe et invalidant.

3 / Aspects cliniques et critères diagnostiques

3. 1 / Les symptômes cardinaux

Les trois symptômes fondamentaux qui forment l'entité syndromique sont le déficit attentionnel, l'impulsivité et l'hyperactivité.

3. 1. 1 / Le déficit attentionnel

Il se caractérise par une vigilance et une attention soutenue altérées, par rapport aux enfants de même sexe et de même âge développemental.

Il peut être repérable spontanément dans des situations de jeu libre où l'enfant joue peu de temps avec un jouet et passe très vite d'un jeu à l'autre.

Mais il est surtout apparent dans les situations exigeant une attention soutenue. Il est constaté que l'enfant ne termine pas ses tâches et ses occupations, qu'elles soient contraignantes ou agréables ; qu'il a des difficultés à s'organiser ; qu'il a des difficultés à se souvenir et à suivre des instructions qui s'appliquent à une activité ; qu'il se laisse distraire par des stimuli secondaires.

Des travaux de psychologie expérimentale ont tenté de mieux définir le déficit attentionnel lié au TDAH. Ils ont observé que les enfants atteints d'un TDAH ont une moins bonne persévérance dans l'effort, qu'ils reviennent plus lentement et plus difficilement à une tâche interrompue, qu'ils sont moins attentifs aux changements de règles concernant la réalisation

d'une tâche, qu'ils parviennent moins bien à moduler leur attention selon le niveau requis par l'activité.

3. 1. 2 / L'impulsivité

Elle se caractérise par une difficulté à attendre, un besoin d'agir et de réagir vite et un manque d'anticipation des conséquences de l'action et cela de manière excessive par rapport aux enfants de même sexe et de même âge développemental.

Il est constaté que l'enfant répond vite, trop vite aux sollicitations, sans attendre l'ensemble des instructions et sans évaluer correctement les éléments nécessaires à la réponse. Ceci entraîne des erreurs et surtout l'enfant n'envisage pas les possibles conséquences négatives, destructives ou dangereuses.

L'enfant paraît incapable de contrôler les comportements verbaux ou physiques inadaptés.

3. 1. 3 / L'hyperactivité

Elle se caractérise par une activité motrice excessive ou inappropriée pour le niveau de développement de l'enfant et perturbatrice pour l'entourage de l'enfant.

Elle se traduit par une agitation incessante, une activité désordonnée et inefficace et une incapacité de l'enfant à rester en place quand les conditions l'exigent.

3. 2 / Troubles et pathologies associées

Le TDAH est rarement isolé et une comorbidité est très fréquente :

- troubles des apprentissages : dyslexie-dysorthographe, trouble d'acquisition du langage ou de l'arithmétique qui majorent les difficultés scolaires et accentuent la baisse de l'estime de soi
- troubles émotionnels : troubles anxieux et dépressifs
- trouble des conduites et trouble oppositionnel avec provocation
- à l'adolescence risque d'abus d'alcool et de substances illicites

3. 3 / Critères diagnostiques des systèmes de classification

La catégorie « Trouble déficit de l'attention / hyperactivité » du DSM-IV (annexe 1) implique la présence de six critères d'inattention (ou plus) sur une liste de neuf, persistant pendant au moins six mois ; et/ou la présence de six critères d'hyperactivité-impulsivité (ou plus) sur une liste de neuf, persistant également depuis six mois.

Trois sous-types se dessinent selon la combinaison de ces critères :

- le déficit de l'attention / hyperactivité type mixte
- le déficit de l'attention / hyperactivité type inattention prédominante
- le déficit de l'attention / hyperactivité type hyperactivité-impulsivité prédominante

La rubrique « Trouble hyperkinétique » de la CIM-10 (annexe 2) exige la présence d'au moins six critères d'inattention sur une liste de neuf, au moins trois d'hyperactivité sur une liste de cinq et au moins un d'impulsivité sur une liste de quatre, persistant pendant au moins six mois. Il a une subdivision en plusieurs catégories cliniques.

La CFTMEA (185) permet de poser le diagnostic de « troubles hyperkinétiques » au sein d'une catégorie plus large de « troubles de conduite et du comportement » (annexe 3), qui peuvent être associés à un diagnostic de structure. D'après la CFTMEA, il reste essentiel de rechercher, par une étude clinique et psychopathologique élargie, dans quels cas cette symptomatologie peut s'intégrer dans l'une des quatre premières et principales catégories : autisme et troubles psychotiques, troubles névrotiques, pathologies limites et troubles de la personnalité, troubles réactionnels. Si au terme de cette étude, le syndrome comportemental suffit pour délimiter le cadre clinique, la sous-catégorie « Hyperkinésie avec troubles de l'attention » peut être utilisée comme catégorie principale (184).

Dans les trois classifications, les critères diagnostiques sont relatifs : ils décrivent un comportement excessif ou insuffisant, en décalage, inapproprié par rapport à ce qu'on observe habituellement dans des circonstances semblables chez d'autres enfants du même âge.

L'algorithme diagnostique de la CIM-10 est plus restrictif que celui du DSM-IV. Un travail comparant les groupes d'enfants identifiés avec les deux systèmes de classification (153) a repéré que le DSM-IV sélectionnait un groupe d'enfants plus nombreux et moins sévèrement

atteints que la CIM-10. Les études épidémiologiques qui se basent sur les critères diagnostiques de la CIM-10 ont donc des taux de prévalence inférieurs à celles qui se basent sur les critères diagnostiques du DSM-IV (201, 218).

3. 4 / L'évolution

L'hyperactivité et l'impulsivité sont habituellement les premiers symptômes à se manifester. Ils apparaissent vers l'âge de 3 - 4 ans pour être suivis, deux ou trois ans plus tard, par le déficit attentionnel. L'ensemble des symptômes du trouble diminuent avec l'âge :

l'hyperactivité et l'impulsivité vers la fin de l'enfance ou en début d'adolescence, le trouble attentionnel persistant jusqu'à la fin de l'adolescence voire jusqu'à l'âge adulte.

Il semble, plus qu'une véritable rémission du trouble, qu'il s'agisse d'une mauvaise adaptation à l'âge des critères diagnostiques du DSM-IV.

Dans une proportion importante de cas, le TDAH s'avère être un trouble chronique et invalidant.

La caractéristique principale du TDAH à l'adolescence n'est plus la triade symptomatique mais la persistance de difficultés d'adaptation dans le domaine scolaire, éducatif et interpersonnel. Les difficultés scolaires sont particulièrement importantes avec un taux élevé d'échec scolaire. C'est la principale complication du sous-type inattention prédominante.

Dans les sous-types hyperactivité-impulsivité prédominant et mixte, surtout si l'hyperactivité et l'impulsivité persistent à l'adolescence, d'autres complications peuvent survenir. Il s'agit du développement d'un trouble des conduites, d'une personnalité antisociale, d'abus de substances toxiques. Le risque d'évolution vers la délinquance fait l'objet de beaucoup de recherches. « Il semble que le TDAH ne soit pas en soi un facteur prédisposant à la délinquance. En revanche, il constitue un facteur de risque pour le développement d'une personnalité antisociale, elle-même facteur de risque pour le développement d'une criminalité ultérieure. Le risque de développer de tels troubles est plus élevé quand le TDAH s'associe à un trouble des conduites » (41).

Le TDAH peut être de découverte tardive, à distinguer dans la nébuleuse diagnostique représentée par la « crise de l'adolescence » et pour laquelle la tentation est grande alors de proposer un diagnostic affectif ou éducatif. Il s'agit alors d'une hyperactivité existant depuis

le plus jeune âge mais qui, compensée par différents stratagèmes, ne se révèle que lors de l'adolescence. Ainsi pour un enfant inattentif mais brillant, quelques minutes de travail par jour peuvent suffire à être bon élève jusqu'au collège où ce travail dilettante va se révéler insuffisant. Pour d'autres enfants disposant d'un peu moins de dextérité cognitive, un bon niveau peut être maintenu grâce à un forcing scolaire parental auquel les adolescents ne se soumettent plus (257).

4 / Les difficultés à définir ce diagnostic clinique

4. 1 / Une absence de limite entre le normal et le pathologique

Il est normal pour un jeune enfant d'être actif, énergique et exubérant, d'aller d'une activité à l'autre quand il explore son environnement et ses nouveautés, d'agir sans beaucoup de prévoyance et de réagir impulsivement.

Ces manifestations comportementales deviennent symptomatiques quand elles sont inappropriées dans leur intensité, compte tenu de l'âge et du niveau de développement de l'enfant ; quand elles surviennent dans différentes situations qui nécessitent de l'attention, une inhibition de l'impulsivité et une restriction des mouvements ; quand elles prennent un caractère invalidant avec un retentissement dans de nombreux domaines.

Mais dans certains cas, il peut être difficile d'authentifier le caractère pathologique des symptômes allégués.

Les différences comportementales qui séparent le TDAH des variations normales du niveau d'attention et d'activité, observées au cours du développement de l'enfant soumis à divers contextes, sont d'ordre quantitatif. Sur les 18 symptômes énumérés par les deux systèmes de classification, 15 (CIM-10) et 17 (DSM-IV) d'entre eux comprennent le mot « souvent ». Cela nécessite de l'évaluateur, pour qu'il puisse établir la présence ou non du trouble, qu'il détermine pour chaque comportement s'il se manifeste assez « souvent » pour excéder les limites de la normale ou les limites de sa tolérance personnelle (76). « Dès l'instant qu'entre en ligne de compte une appréciation subjective du symptôme, la relativité est de mise » (207). D'autre part, le DSM –IV requiert la présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents. Il s'agit le plus souvent de l'environnement familial et de l'environnement scolaire. L'appréciation de

l'importance de cette gêne fonctionnelle est appréciée diversement par les professeurs et les parents. Des études ont montré un taux de concordance plutôt faible (3). Si cela atteste des différences de comportement de l'enfant dans des environnements différents, cela reflète aussi des différences d'attitudes et de jugements entre des personnes de milieux différents. Les échelles diagnostiques les plus couramment utilisées (comme celle de Connors), ne font que recueillir le jugement subjectif des parents ou des enseignants. La transformation de ce jugement en un score chiffré ne résout en aucune façon le problème de l'objectivité du jugement (49).

4. 2 / Une définition par la négative du trouble de l'attention

La majorité des critères diagnostiques de l'inattention du DSM-IV et de la CIM-10 décrivent des lacunes, plutôt que des caractéristiques comportementales distinctes. La nature exacte du déficit attentionnel du TDAH reste difficile à préciser d'autant plus que l'on ne sait pas encore avec précision la manière dont les processus d'attention se développent chez les enfants sans difficultés particulières.

4. 3 / Des remises en question de la définition actuelle du TDAH et de ses trois sous-types

Si de nombreuses descriptions cliniques confirment l'importance de l'inattention dans la symptomatologie du trouble, les recherches scientifiques la mettent généralement en doute. Des études expérimentales (122, 219) tendent à démontrer que contrairement à ce qui est classiquement décrit, les enfants atteints d'un TDAH ne sont pas plus facilement distraits par des stimuli secondaires que des enfants contrôles. Elles ont également montré que lorsqu'on leur propose une tâche qui les intéresse, ils sont capables d'un niveau d'attention soutenue comparable à celui d'enfants sans difficultés particulières ou d'enfants atteints d'un autre trouble psychopathologique.

Cela implique qu'un déficit de l'attention n'est pas une caractéristique fondamentale du TDAH pour de nombreux enfants auxquels ce diagnostic s'applique.

Ces études vont dans le même sens que les recherches (17, 126, 179) qui tendent à démontrer que le TDAH tel qu'il est défini aujourd'hui regroupe très probablement deux troubles distincts avec des troubles cognitifs de nature différente. Il y a donc actuellement un risque de

diagnostiquer un TDAH chez des enfants présentant des troubles de l'attention liés à d'autres difficultés cognitives.

D'autre part, le fait que le sous-type mixte et le sous-type hyperactivité-impulsivité prédominante se recouvrent largement sur le plan évolutif et cognitif interroge également sur la pertinence de cette distinction.

En outre, nous avons vu précédemment que la symptomatologie du TDAH est évolutive, or la perspective essentiellement catégorielle (qui établit ou non la présence du trouble) du DSM-IV et de la CIM-10 tend à le faire considérer comme un état psychopathologique statique. Elle reflète ainsi davantage une pratique clinique qu'une réalité scientifique. La plupart des études ont actuellement une perspective beaucoup plus dimensionnelle du trouble où les symptômes représentent l'extrémité pathologique d'un continuum de nombreux comportements que l'on peut observer chez tous les enfants.

Le TDAH nécessiterait d'être diagnostiqué plus comme un déficit relatif du développement de certaines fonctions cognitives telles que l'auto-régulation et l'inhibition de l'impulsivité. Il y a des discussions en cours sur la possibilité de passer d'un diagnostic catégoriel à un diagnostic dimensionnel du TDAH dans la prochaine édition du DSM (129).

Enfin, la durée minimale requise de 6 mois est considérée par certains auteurs comme trop brève et risquant d'être « surinclusive ». Cette durée de 6 mois n'a pas fait l'objet de recherches particulières mais dans la perspective dimensionnelle du TDAH vu comme un trouble du développement, une durée plus longue (de 12 mois au moins) paraîtrait souhaitable (18).

4. 4 / Un manque de pertinence des critères diagnostiques selon l'âge et le sexe

Le DSM-IV propose d'appliquer la liste des critères et leur nombre minimal nécessaire dans chaque rubrique aux enfants de 4 à 16 ans. Il est difficile de considérer que ces critères soient parfaitement adéquats de la petite enfance jusqu'au début de l'âge adulte.

Chez l'enfant avant l'âge de 5 ans, le diagnostic de TDAH est particulièrement difficile car le tableau se résume, en général, à une exagération des particularités développementales de cet âge (agitation et inattention).

L'application de ces critères chez les enfants de moins de 5 ans présente un risque important d'inclure des faux-positifs.

Russel A. Barkley (18) évoque la nécessité de déterminer un âge inférieur en dessous duquel le diagnostic de TDAH ne peut être posé. Il propose 3 ans car l'impulsivité et l'excitabilité chez le tout petit enfant peuvent relever autant de l'immaturation que du présage d'une évolution vers un TDAH ou vers un autre trouble. Dans un entretien réalisé par la revue *Enfance&Psy* avec des professionnels d'une crèche collective, ces derniers évoquaient même le caractère ordinaire de l'excitabilité chez les enfants de moins de trois ans (37).

Les critères diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10 correspondent au tableau clinique du TDAH chez un garçon d'âge de 7 à 10 ans. Ils sont moins pertinents pour diagnostiquer un TDAH chez une fille du même âge.

4. 5 / Le caractère variable et fluctuant des manifestations en fonction des situations

Ce qui rend aussi le diagnostic difficile, c'est que les symptômes du trouble, comme les répercussions sociales et affectives, dépendent considérablement du contexte dans lequel l'enfant est évalué.

Les difficultés s'atténuent dans une situation nouvelle ou d'attente, dans une situation particulièrement intéressante pour l'enfant ou qui est suivie d'un renforcement positif ou d'une récompense immédiate.

En revanche, la symptomatologie s'aggrave en situation de groupe, qu'il s'agisse de la famille, du groupe classe en milieu scolaire ou du groupe de sport ou de loisirs.

La symptomatologie varie également selon que l'enfant est avec son père ou avec sa mère et selon son état de fatigue.

4. 6 / Un recouvrement important entre le TDAH et d'autres troubles

Le diagnostic différentiel entre le TDAH avec comorbidité et les autres pathologies psychiatriques peut-être difficile en pratique clinique. Beaucoup d'autres troubles psychopathologiques de l'enfant comportent des troubles du comportement à type d'agitation ou d'impulsivité et des troubles attentionnels.

L'importance des comorbidités, soulignées par les études épidémiologiques, met en évidence un recouvrement considérable entre le TDAH et d'autres troubles psychopathologiques. Une figure, située en annexe 4, illustre la complexité des situations cliniques des enfants avec un TDAH. Seulement un tiers des enfants ont uniquement un diagnostic de TDAH. Plus de la moitié ont un TDAH avec un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel avec provocation et un quart de ces derniers ont aussi des troubles anxieux (135).

Pour certains auteurs (49) une telle fréquence de troubles psychopathologiques associés met en cause la validité de l'entité diagnostique.

En tous cas cette abondante comorbidité souligne une certaine faiblesse des systèmes nosographiques. Elle peut suggérer que le THADA constitue un ensemble de conditions pathologiques comportant des sous-groupes d'étiologies variées, dont les évolutions et les facteurs de risque seraient potentiellement différents (41).

D'autre part, les réactions de l'entourage à ces troubles du comportement perturbateurs peuvent faire plonger l'enfant dans une véritable « spirale psychopathologique ». Il devient alors extrêmement difficile pour le clinicien de distinguer, dans le comportement de l'enfant, ce qui relève d'une éventuelle cause constitutionnelle de ce qui n'est que la conséquence de ces relations perturbées.

4. 7 / Les difficultés d'obtenir des données épidémiologiques précises

Malgré le nombre important de travaux disponibles, l'ampleur du trouble reste difficile à préciser. Les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité sont très communs pendant l'enfance. Si l'évaluation se limite à la présence des symptômes constatés par les parents ou l'enseignant, la prévalence peut alors atteindre des taux de 22 à 57 % (16).

Les études de prévalence du TDAH montrent de grandes variations de résultats. Ainsi la prévalence peut varier de 2 % à 18 % dans les études réalisées aux Etats-Unis (209), de 0,5 % à 26 % dans des études réalisées au Royaume-Uni (225).

Les résultats des principales études épidémiologiques varient en fonction des échantillons étudiés, des critères diagnostiques, des instruments utilisés et plus généralement des méthodologies employées.

Ces difficultés d'évaluation peuvent se comprendre en partie par les particularités que présente l'épidémiologie de l'enfant et de l'adolescent (249). Chez l'enfant, le développement doit être pris en compte car un même symptôme peut être pathologique ou non selon l'âge de la vie. Il faut aussi tenir compte des caractéristiques de la pathologie observée. En effet, l'entourage de l'enfant reconnaîtra plus volontiers des troubles de type externalisés (hyperactivité, distractibilité, accès de colère) que des troubles de type internalisés (dépression, anxiété) mieux reconnus par l'enfant lui-même. D'où la nécessité de combiner ces diverses sources d'information qui sont l'enfant ou l'adolescent lui-même, son entourage familial (parents) et scolaire (enseignant).

Il est important aussi de déterminer le seuil de reconnaissance de la pathologie :
tempérament, symptôme, trouble.

Les enquêtes épidémiologiques actuelles (dites de deuxième génération) répondent à une méthodologie qui tente de tenir compte de ces différentes particularités. Elles sont organisées en deux phases : une première phase de dépistage symptomatique proposée aux parents et /ou à l'enseignant à l'aide de questionnaire de symptômes comme la « Children Behaviour Check List » (2). Puis une deuxième phase de conduite d'entretiens cliniques auprès des enfants ou adolescents susceptibles de présenter la pathologie à l'aide d'un instrument diagnostique standardisé type « Diagnostic Interview Schedule for Children » (220).

Dans la littérature francophone, il est généralement dit que la prévalence du TDAH, en population générale d'enfants d'âge scolaire, est de 3 à 5%.

La prévalence mondiale a été estimée à 5,29 % (201). Dans nombre d'études, la prévalence du TDAH en Europe est significativement plus basse qu'en Amérique du Nord. Cette disparité géographique ne serait pas réelle mais serait plutôt due à la manière différente qu'ont les Européens et les Américains de reconnaître et de définir le trouble. Les études basées sur les critères diagnostiques de la CIM-10 trouvent généralement un taux de prévalence plus bas que celles basées sur les critères diagnostiques du DSM-IV (87, 227).

Les études épidémiologiques descriptives mettent en évidence une diminution de la prévalence du TDAH avec l'âge et une prévalence plus élevée chez les garçons que chez les filles, le sex ratio variant de 2/1 à 4/1 en population générale et de 9/1 en population clinique (175).

Le fait que la symptomatologie du TDAH se modifie avec l'âge et diffère chez le garçon et la fille n'est pas suffisamment pris en compte dans les études épidémiologiques.

5 / L'évaluation

Etablir le diagnostic de TDAH est à la fois simple et complexe. Simple lorsqu'on considère les plaintes des parents et des enseignants. Simple, rapide mais peu pertinent lorsque ce diagnostic est porté uniquement sur les critères du DSM-IV (216). Complexe et long lorsqu'on tente d'objectiver les troubles par un bilan neuropsychologique.

Le diagnostic nécessite une procédure d'évaluation rigoureuse, systématique, standardisée, réalisée par des spécialistes ou des centres spécialisés pratiquant les examens cliniques et paracliniques appropriés.

En effet, il s'avère de plus en plus important que l'examen clinique de l'enfant puisse s'appuyer sur un affinement de la séméiologie apporté par des instruments d'évaluation standardisés.

L'évaluation clinique est pluridisciplinaire avec des interventions psychiatrique, psychologique, pédagogique, orthophonique. On peut également la qualifier de « plurisource » car elle s'appuie sur des informations issues des différents milieux où vit l'enfant.

Les outils standardisés d'évaluation sont issus de la psychologie quantitative et de la neuropsychologie. Il s'agit d'échelles d'évaluation (échelles d'hyperactivité, échelles pour les troubles associés) et de tests cognitifs. Les échelles d'évaluation procèdent par recensement de symptômes. Elles permettent de préciser l'intensité et le retentissement des symptômes, d'esquisser un profil de comportement et de personnalité, et d'apprécier le devenir des troubles. Les questionnaires de Conners (annexe 5) sont les plus diffusés.

Les tests cognitifs mesurent en particulier le temps de réaction, l'attention sélective visuelle et auditive, l'inhibition, la flexibilité mentale, la planification et la programmation, les stratégies visuoconstructives.

Le bilan cognitif tend à constituer une étape essentielle de l'évaluation diagnostique.

« Sans le recours à des tests paracliniques, il est impossible de faire un choix pertinent du type de rééducation à proposer et il semble peu indiqué sur le plan médical de prescrire un traitement médicamenteux en se basant uniquement sur une liste de symptômes et sans avoir recouru au système expert que constituent les tests cognitifs et neuropsychologiques » (243).

6 / L'étiopathogénie du TDAH

L'étiopathogénie du TDAH est une question qui est encore largement débattue dans la littérature. Elle repose sur de nombreux modèles théoriques qui n'ont cessé d'évoluer avec cependant une constante : le trouble est considéré comme constitutionnel et explicable par un dysfonctionnement cérébral.

Aujourd'hui encore, les hypothèses qui dominent sont celle d'un déterminisme intrinsèque de nature neurobiologique ou celle, plus nuancée, d'une vulnérabilité neurobiologique chez l'enfant qui le prédispose au développement des manifestations cardinales du TDAH.

Les bases neurobiologiques du TDAH reposent sur des facteurs génétiques, des facteurs neurochimiques, des facteurs neuroanatomiques et des facteurs neurophysiologiques. Elles sous-tendent les explications neuropsychologiques du TDAH.

6. 1 / Des facteurs génétiques et moléculaires

Les différentes études d'agrégation familiale, de jumeaux, d'adoption, viennent régulièrement renforcer l'hypothèse d'une prédisposition génétique du TDAH. Mais il n'a pas encore été possible d'en déterminer le mode de transmission exact. La principale hypothèse actuelle est qu'il y aurait une association entre le TDAH et des gènes impliqués dans le système dopaminergique, en particulier le gène du transporteur de la dopamine (DAT1) et le gène codant pour les récepteurs dopaminergiques D4 (DRD4).

Des gènes impliqués dans le système sérotoninergique comme le gène du transporteur de la sérotonine interviendrait dans la vulnérabilité neurobiologique au TDAH.

La recherche de facteurs génétiques est rendue difficile par l'hétérogénéité diagnostique du TDAH. Pour palier ce problème, de nouvelles pistes de recherches sont apparues avec les endophénotypes. Un endophénotype est un phénotype simplifié d'un trouble plus complexe mais qui est plus près d'une cause biologique ou d'un gène candidat (100, 114). Ainsi, des chercheurs tentent de déterminer des endophénotypes du TDAH à partir de composants neurobiologiques directement mesurables comme le système dopaminergique (66).

6. 2 / Des facteurs neurochimiques

Les hypothèses actuelles sont celles d'une diminution de l'activité globale du système dopaminergique et du système noradrénergique dans le TDAH. Cela affecterait le bon fonctionnement de secteurs clés de la neuropsychologie tels que l'attention et la motivation.

6. 3 / Des facteurs neuroanatomiques

Les nouvelles techniques d'imagerie cérébrale ont permis d'identifier deux types d'anomalies, non pathognomoniques du TDAH : des anomalies morphologiques au sein des lobes frontaux, des ganglions de la base et du corps calleux ainsi que des anomalies fonctionnelles dans le sens d'une hypoactivité du cortex préfrontal, du striatum et du thalamus (80, 174).

Chez les enfants qui ont un TDAH, il y aurait un problème au niveau des structures cérébrales responsables de l'inhibition du comportement et de l'autorégulation. Ces structures se trouvent en partie dans les aires frontales.

Les différences structurelles et fonctionnelles retrouvées chez les sujets TDAH dans les aires cérébrales dopaminergiques contribuent à la compréhension de la psychopathologie du trouble. Ces anomalies structurelles pourraient aussi servir de marqueurs neurobiologiques du TDAH. Mais pour le moment, ces données restent insuffisamment prouvées du fait des différentes techniques d'imagerie utilisées, du manque de données évolutives à l'adolescence et à l'âge adulte, du trop petit nombre de patients inclus dans les différentes études (225).

6. 4 / Des facteurs neurophysiologiques

Des anomalies spécifiques, qui semblent altérer davantage les mécanismes de transition veille-sommeil que l'architecture même du sommeil, ont été constatées dans un certain nombre d'études (151). Il s'agit notamment d'un trouble du maintien de l'éveil avec alternance d'excès d'éveil (hyperéveil) et de phases d'hypovigilance et d'une activité motrice au cours du sommeil qui serait augmentée chez les enfants ayant un TDAH.

6. 5 / Des facteurs toxiques

Les expositions au tabagisme, au plomb et aux additifs alimentaires sont régulièrement évoquées (44).

6. 6 / Des facteurs obstétricaux

La prématurité et la dysmaturité (retard de croissance intra-utérin et faible poids de naissance) représentent, selon la majorité des études, un important facteur de risque.

Sont également impliqués la consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse. L'alcool en particulier semble fortement corrélé soit avec l'hyperactivité, soit avec les déficits cognitifs associés, par le biais du syndrome d'alcoolisme fœtal.

6. 7 / Des explications neuropsychologiques du TDAH

Du foisonnement des travaux sur le TDAH dans ce domaine se dégage un consensus pour réinterpréter les troubles comportementaux et attentionnels dans le cadre d'un dysfonctionnement plus large des fonctions exécutives (266). On entend par fonctions exécutives l'ensemble des opérations cognitives qui permettent à l'individu d'adapter efficacement et de manière continue son comportement en fonction de l'objectif visé et des contraintes fluctuantes de l'environnement.

Cette adaptation suppose une capacité à sélectionner la réponse pertinente, à la séquencer en opérations élémentaires que le sujet devra organiser, hiérarchiser, planifier et à inhiber les réponses inadéquates ou incongrues lors des étapes de planification et de programmation motrice, ou secondairement lors du contrôle et de la régulation de l'action.

La théorie neuropsychologique postule que le TDAH est lié à un déficit des fonctions exécutives, spécifiquement dans le contrôle de l'inhibition.

Ainsi, le TDAH se caractérise essentiellement par sa dimension d'impulsivité, liée à un trouble de l'auto-régulation avec un défaut de contrôle inhibiteur, qui impliquerait spécifiquement certaines structures cérébrales ainsi qu'un dysfonctionnement des systèmes catécholaminergiques, en particulier du système dopaminergique.

Différents facteurs étiologiques, essentiellement des facteurs génétiques, mais sont aussi évoqués des facteurs toxiques et obstétricaux, pourraient mener à cette voie neurologique finale.

6. 8 / A propos des facteurs psychosociaux

L'état actuel des connaissances suggère une participation biologique importante dans la physiopathologie du TDAH. Les facteurs psychosociaux sont habituellement cités comme des facteurs qui prédisposent au trouble, qui le pérennisent et qui influencent sa symptomatologie et son devenir.

Mais l'hypothèse d'une vulnérabilité neurobiologique chez l'enfant, sur laquelle un nombre croissant d'études neuroscientifiques s'appuie plus ou moins implicitement, suscite un intérêt grandissant pour les facteurs environnementaux et psychosociaux (13, 53, 61) dont la relation parent-enfant (98). En effet, cette vulnérabilité neurobiologique peut être considérée comme pouvant exercer une importance majeure sur le fonctionnement relationnel de l'enfant notamment dans la qualité de l'attachement mise en place au cours des interactions précoces. Les facteurs psychosociaux tendent à être moins considérés comme accessoires pour comprendre l'étiologie et la nature du trouble.

Il n'existe pas aujourd'hui de consensus sur l'étiopathogénie du TDAH. Les résultats des nombreux travaux scientifiques convergent cependant sur plusieurs points:

- Des facteurs biologiques et des facteurs psychosociaux jouent un rôle dans le développement et l'évolution des difficultés de l'enfant
- Les enfants atteints d'un TDAH forment un groupe hétérogène et il est nécessaire de considérer que leurs difficultés ont probablement des étiologies diverses.
- Dans la plupart des cas cliniques diagnostiqués aujourd'hui l'étiologie reste inconnue, les facteurs étiologiques impliqués dans différentes études ne s'appliquant qu'à une minorité d'enfants concernés.
- Toutes ces considérations convergent vers le constat que le diagnostic de TDAH en tant que forme syndromique spécifique de nature essentiellement neurobiologique et dont l'origine serait constitutionnelle reste délicat à poser.

7 / Le traitement

Les objectifs du traitement du TDAH sont pluriels. Ils sont non seulement de réduire les symptômes majeurs du TDAH, mais aussi de diminuer l'impact de ces symptômes ou des troubles associés sur les différents niveaux de fonctionnement de l'enfant. Il y a les traitements spécifiques de l'hyperactivité auxquels s'ajoutent d'autres approches thérapeutiques complémentaires, en particulier pour les troubles associés.

Les recommandations actuelles dans le traitement du TDAH prônent une intervention multimodale qui implique l'enfant, sa famille et les enseignants. Il s'agit d'un processus thérapeutique associant des approches éducatives, rééducatives, psychothérapeutiques et pharmacologiques.

Des stratégies thérapeutiques consensuelles à un niveau international ont été élaborées (153, 242). Elles comportent une première étape thérapeutique qui consiste en une information et une éducation des parents et de l'enfant sur la nature du trouble, son évolution et son étiopathogénie.

En cas de troubles des apprentissages associés, des rééducations orthophoniques et/ou psychomotrices sont entreprises.

Elles préconisent des interventions psychosociales, systématiques et en première ligne qui font appel à des techniques cognitivo-comportementales et à des interventions comportementales et éducatives en milieu scolaire.

Le traitement médicamenteux que sont les psychostimulants ne doit être proposé qu'en seconde intention, en cas d'échec des interventions psychosociales seules sur une durée de 8 à 10 semaines. Il n'est justifié en première ligne que dans les formes sévères de TDAH.

Le médicament spécifique du traitement du TDAH est le méthylphénidate. C'est un stimulant du système nerveux central qui augmente la concentration de la dopamine et de la noradrénaline dans la fente synaptique. C'est le seul médicament psychostimulant disponible en France disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement du TDAH depuis 1995. Il est considéré comme un médicament ayant prouvé son efficacité avec une bonne tolérance. Il se prescrit à une posologie de 0,5 à 1,5 mg/ kg/j (sans dépasser 60 mg/j) en deux prises matin et midi ; éventuellement une troisième prise avant 17 heures peut être proposée pour aider l'enfant à se concentrer sur ses devoirs scolaires. C'est une posologie individualisée et d'augmentation progressive. Le délai d'action est rapide (30 à 45 minutes)

mais de courte durée (4 à 5 heures). Il est préférable de maintenir le traitement tous les jours de la semaine, y compris le week-end. En revanche, il est indiqué d'interrompre le traitement pendant les grandes vacances de l'été, afin de réévaluer à chaque rentrée scolaire l'indication du traitement.

Les conditions de prescription et de délivrance en France ont été très précisément limitées par l'AMM. La prescription initiale est hospitalière, réservée aux seuls services spécialisés de psychiatrie, neurologie et pédiatrie ; le renouvellement tous les 28 jours peut être prescrit par tout docteur en médecine ; la prescription hospitalière doit être refaite de manière annuelle. La prescription doit être effectuée sur une ordonnance sécurisée car le méthylphénidate figure dans le groupe des stupéfiants.

8 / Le TDAH chez l'adulte

La considération du TDAH en tant que trouble développemental persistant à l'âge adulte est tardive et encore controversée. Le TDAH reste un trouble méconnu et largement sous-diagnostiqué en France (117). Pourtant depuis une trentaine d'années et de façon importante ces dernières années, les études chez l'adulte se multiplient, intéressant différents domaines sanitaires (pharmacologie, médecine générale, santé publique, prévention routière). On dénombrait 211 publications scientifiques sur le sujet en 2005 (41), on en dénombre actuellement 645 en provenance majoritairement d'études nord-américaines (dernière consultation Pub Med le 31 août 2011).

Parallèlement les demandes de soins augmentent. Elles viennent, d'une part, d'adultes déjà traités dans l'enfance et, d'autre part, de ceux jamais diagnostiqués jusque-là, se reconnaissant dans le diagnostic porté chez un de leurs enfants, ou bien dans les descriptions accessibles à travers la presse écrite et audiovisuelle, les livres et internet. Le TDAH chez l'adulte est souvent autodiagnostiqué. Ce caractère, en plus de cette impression de pathologie « à la mode » et « importée » des Etats-Unis, contribue au scepticisme de nombreux cliniciens « n'y voyant qu'une explication commode apportée à leurs problèmes et leurs échecs personnels par nos contemporains. » (41).

Le TDAH chez l'adulte n'apparaît jamais de novo ; il s'agit d'une persistance partielle ou complète de ce syndrome au-delà de l'adolescence.

Il s'agirait d'un trouble fréquent : une étude récente réalisée aux Etats-Unis (148) a montré une prévalence de 4,4% en population générale.

Comme chez l'enfant, le diagnostic du TDAH repose d'abord sur l'évaluation clinique et nécessite une évaluation complémentaire paramétrique et neuropsychologique.

8. 1 / Aspects cliniques et critères diagnostics

8. 1. 1 / les symptômes qui persistent depuis l'enfance

Comme dans l'enfance, les symptômes cibles du TDAH sont l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité. Cependant l'expression de ces trois dimensions évolue avec l'avancée en âge. L'inattention est stable ; elle est liée à une distractibilité majeure. Elle entraîne un retentissement variable en fonction des exigences de l'environnement professionnel et familial.

L'agitation motrice se manifeste sur un mode mineur. Les manifestations extériorisées de l'hyperactivité diminuent le plus souvent alors que les sensations subjectives persistent comme le sentiment d'impatience physique. Cela peut être perçu par le patient comme une sensation très pénible.

L'impulsivité retentit sur un plan professionnel, relationnel voire légal. Elle augmente le risque que se développent des conflits interpersonnels familiaux et professionnels.

8. 1. 2 / Les symptômes plus spécifiques de l'âge adulte

Chez les adultes il y a une aggravation fréquente du retentissement du déficit des fonctions exécutives telles que l'organisation et la planification, le raisonnement abstrait et la réponse au renforcement social, l'ajustement émotionnel, la stabilité thymique et la tolérance au stress. Les adultes présentant un TDAH éprouvent ainsi des difficultés à s'organiser, à établir et maintenir une routine, à établir des relations stables, à réussir leurs études à un niveau équivalent à leur fonctionnement intellectuel, à avoir des performances professionnelles en accord avec leur capacité.

Ces déficits sont souvent à l'origine d'une gêne importante dans la vie courante mais ont également un retentissement sur l'estime de soi.

8. 1. 3 / Les critères diagnostiques

Il existe plusieurs systèmes de critères de TDAH chez l'adulte.

Le DSM-IV identifie un sous-type « déficit de l'attention / hyperactivité en rémission partielle ». Ce diagnostic peut être posé quand persistent certains symptômes significatifs sur le plan clinique et qu'il existe une gêne fonctionnelle alors que tous les critères exigés ne sont plus remplis après l'avoir été dans l'enfance. Les critères du DSM-IV ont été formulés de façon à être plus facilement extrapolables à l'adulte. C'est le seuil diagnostique, en nombre de critères exigés, qui est différent chez l'adulte. Murphy et Barkley proposent des seuils diagnostics décroissants selon l'âge (191):

- De 17 à 29 ans : nécessité de la présence de 4 symptômes d'inattention et / ou 5 symptômes d'hyperactivité.
- De 30 à 49 ans : nécessité de la présence de 3 symptômes d'inattention et / ou 4 symptômes d'hyperactivité.
- Au-delà de 50 ans : nécessité de la présence de 2 symptômes d'inattention et / ou 3 symptômes d'hyperactivité.

Dans la CIM-10, le trouble est décrit sous la forme de « troubles hyperkinétiques », diagnostic pouvant être également posé à l'âge adulte. Elle propose des critères identiques quelque soit l'âge, l'attention et l'activité étant jugées par rapport aux normes appropriées du développement. Aucune mention du descriptif clinique ne porte directement sur l'adulte.

Wender et al (263) ont établi des critères plus spécifiques pour les adultes en élaborant les critères d'Utah. Plusieurs conditions sont exigées : d'une part, la présence d'une hyperactivité dans l'enfance, d'après les souvenirs du sujet lui-même ou d'une personne de son entourage l'ayant bien connu à cet âge ; d'autre part, la présence actuelle d'une hyperactivité et d'un déficit de l'attention. Il faut en plus au moins deux critères dans cette liste de cinq : impulsivité, labilité de l'humeur, incapacité à accomplir une tâche en entier, intolérance au stress, tempérament explosif.

8. 2 / Les difficultés à définir ce diagnostic clinique

Comme pour l'enfant, les limites entre le normal et le pathologique restent imprécises.

Comme pour le TDAH chez l'enfant, les concepts, les critères et les dénominations essayant de décrire le TDAH chez l'adulte ont été modifiés à maintes reprises depuis son introduction dans le DSM-III (117).

Le manque de spécificité des manifestations psychologiques et comportementales qui composent les critères diagnostiques font qu'un grand nombre de troubles psychiatriques vérifient ces critères. Eliminer un diagnostic différentiel est particulièrement délicat à réaliser. Il s'agit d'éliminer un trouble psychotique, un trouble anxieux, un trouble de l'humeur, un trouble de la personnalité. Il est possible de retrouver certains symptômes dans le cadre de pathologies organiques telles que les troubles de la vue ou de l'audition, les épilepsies, les maladies infectieuses, les troubles hormonaux comme l'hypo- ou l'hyperthyroïdie ou les troubles du sommeil.

Comme chez l'enfant, le TDAH est rarement un trouble psychiatrique isolé chez l'adulte. Parmi les pathologies comorbides, il y a les troubles des conduites et la personnalité antisociale, les troubles liés à l'usage de substances psycho-actives, les troubles de l'humeur, les troubles spécifiques des apprentissages et les troubles du sommeil. Une comorbidité particulière paraît avérée également avec le syndrome « des jambes sans repos ».

8. 3 / Comment faire le diagnostic de TDAH chez l'adulte ?

La démarche clinique qui aide à établir le diagnostic de TDAH revient à se poser les questions suivantes (190) :

- Les symptômes cibles sont-ils présents à l'âge adulte ?
- Les symptômes cibles étaient-ils présents dans l'enfance ?
- Existe-t-il une altération significative du fonctionnement ?
- Les symptômes sont-ils mieux expliqués par des circonstances environnementales ou par un autre trouble ?

L'entretien doit être systématique et minutieux. Pour le dépistage ou l'évaluation des critères diagnostiques, le clinicien peut également s'aider d'échelles comme la « Wender Utah Rating Scale » (WURS) (20) ou les « Conners 'Adult ADHD Rating Scales » (190).

Le diagnostic de TDAH chez l'adulte a un caractère rétrospectif lorsque ce diagnostic n'a pas été posé dès l'enfance. Cela pose la question de la fiabilité des souvenirs de l'intéressé lui-même et/ou d'un parent.

Une évaluation neuropsychologique permet à la fois de compléter la démarche diagnostique mais aussi de préciser le profil cognitif du sujet.

8. 4 / Le traitement

Le traitement de l'hyperactivité chez l'adulte est multimodal, complexe et mal codifié (41). Il est complexe en raison de l'importance de la comorbidité des troubles neuropsychiatriques. Cela impose des choix de priorités thérapeutiques.

La première étape thérapeutique est la psychoéducation. Elle consiste à informer les patients sur le trouble et à évaluer son retentissement passé et actuel.

Les interventions cognitivocomportementales ont un rôle important à jouer dans l'hyperactivité de l'adulte. Elles consistent à aider les patients à développer des stratégies d'adaptation. Un programme de TCC développé par Safren et al. (212, 213) vise à améliorer les compétences d'organisation et de planification, de gestion de la distractibilité, de modulation des pensées dysfonctionnelles, de gestion de la procrastination, de la colère et des problèmes relationnels et de communication.

La place du traitement médicamenteux chez l'adulte hyperactif est mal codifiée. Il est centré sur les psychostimulants. En France, c'est le méthylphénidate bien que l'AMM se limite à l'enfant et l'adolescent. Les conditions de prescription et de délivrance sont donc les mêmes que pour l'enfant.

Pour l'adulte aussi, la posologie est individualisée et d'augmentation progressive. La posologie maximale est de 1 mg/kg/j ou de 100 mg/j. Les heures des prises sont établies en fonction des moments de la journée où le patient doit impérativement être amélioré.

Le problème majeur reste que les psychostimulants n'ont qu'une activité palliative et non curative. Si chez l'enfant, on peut espérer arrêter le traitement en raison de la diminution des symptômes avec l'âge, chez l'adulte la question de la durée du traitement reste entière.

D'autant plus que les éventuels effets indésirables d'un traitement à long terme ne sont pas connus. Rien ne permet à l'heure actuelle d'exclure leur survenue après dix ou vingt ans de traitement continu. C'est une réalité que les patients et les prescripteurs s'engageant dans cette démarche, doivent constamment conserver à l'esprit (41).

III / Les aspects psychodynamiques de l'instabilité de l'enfant

1 / Quelques remarques sur la bibliographie

Comme pour le TDAH, nous avons fait une recherche d'articles de revue et de livres, traitant des aspects psychodynamiques de l'hyperactivité de l'enfant. Notamment dans les bases de données Pub Med et SCOPUS. Nous avons constaté une relative rareté des publications sur ce sujet dans la littérature anglo-saxonne. Ainsi, lors de notre dernière consultation de Pub Med en août 2011, 9 publications seulement (dont 4 européennes) comprenaient dans leur titre et/ou résumé les mots « ADHD » ou « attention deficit hyperactivity disorder » et « psychoanalytic ». Ce qui contraste avec le très grand nombre de publications portant sur l' « ADHD ».

2 / Enfant instable ou enfant hyperactif ?

Dans la littérature psychanalytique, les auteurs parlent plutôt d'enfant instable que d'enfant hyperactif et plutôt d'instabilité psychomotrice que de TDAH.

Cette différence d'appellation a une signification pour les psychanalystes. « Instable » suppose qu'il manque quelque chose pour concourir à la stabilité, alors que « hyperactif » suppose qu'il y a quelque chose en trop (28).

Présentant de fait à la surface des conduites manifestes les mêmes et bruyantes lignes comportementales et symptomatiques, il s'agit des mêmes enfants -les enfants instables et les enfants hyperactifs - mais ceux qui ont à penser à leur sujet ne pensent pas de la même manière.

3 / Approche psychodynamique de l'enfant instable

Ce qui diffère, c'est la position du consulté. Le thérapeute se référant à la théorie psychanalytique écoute d'abord la demande (qui le plus souvent n'est pas celle de l'enfant) et cherche à savoir pourquoi cet enfant est cet instable en tentant de préciser les bases du

fonctionnement psychique de l'enfant, la structuration de sa personnalité, les interactions parents-enfant. Il s'agit de découvrir et de mettre à jour les tendances psychoaffectives profondes qui peuvent conditionner cette instabilité.

La conception psychodynamique intègre le symptôme « instabilité psychomotrice » dans la situation globale de l'enfant afin de l'inscrire dans une véritable perspective clinique. Le symptôme a une toute autre signification que dans la démarche médicale. Pour les psychanalystes, le symptôme n'a pas de réalité en soi. Le symptôme est un effet de surface, il est l'émergence d'un conflit psychique interne. Il n'a d'autre réalité que celle d'un signe dont le but est de parler d'autre chose que de lui-même. Une fois posé, cerné et reconnu pour tel, le symptôme demande à être oublié. Oublier le symptôme est significatif dans la relation avec le psychothérapeute de l'instauration d'un processus de subjectivation (58).

Dans la clinique psychodynamique, une importance particulière est donnée à « l'historicisation » des troubles de l'enfant. Cette mise en récit de ce qui fait problème vise à relancer chez les parents comme chez l'enfant la capacité de penser. Elle fait partie intégrante de la démarche sémiologique afin de pouvoir choisir des modalités thérapeutiques qui amènent des changements durables et profonds en même temps qu'elle est le premier temps thérapeutique (109).

La problématique des parents est abordée en termes d'interaction par rapport à des attitudes profondes liées à leur histoire personnelle (notamment de l'enfance des parents) prenant en compte la spécificité de la relation avec chaque enfant.

3. 1 / Description clinique

Abordée d'une façon dynamique, cette description ne peut se réduire à la description photographique des symptômes apparents de l'enfant que l'on retrouve dans les classifications. Elle doit permettre d'accéder en profondeur à cet enfant en souffrance psychique (72).

L'instabilité psychomotrice normale et nécessaire de l'enfant devient symptomatique quand elle n'est plus tolérée par l'entourage familial et social de l'enfant et qu'elle devient un motif de consultation.

« La tolérance à l'instabilité, véritable pivot de ce syndrome, met d'emblée l'accent sur ce que celui-ci a de relationnel » (27). L'enfant instable envahit l'endroit où il est par son comportement moteur et sonore, et amène assez rapidement les personnes qui l'entourent à intervenir par des mesures agies pour limiter ses débordements.

L'instabilité ne touche pas que l'enfant instable, elle « fait appel au corps de celui qui l'apprécie, qui la supporte..... Elle vient frapper le regard, l'ouïe, le tact ; elle provoque » (27).

Elle peut être à l'origine de situations conflictuelles qui font « craquer » les adultes concernés (256).

L'instabilité psychomotrice se manifeste sous les formes d'une instabilité motrice et d'une instabilité psychique le plus souvent associées. Chez certains enfants, l'une d'entre elles peut occuper le devant de la scène.

L'instabilité motrice se caractérise par l'utilisation intempestive de la motricité. L'enfant bouge beaucoup, est maladroit, se lève en classe, se cogne partout. Il privilégie les jeux moteurs.

Il est très rapidement « en mouvement » conduit par une logique qu'il n'exprime pas habituellement avec le langage. Cette instabilité motrice est souvent accompagnée d'une instabilité posturale. L'immobilité n'est pas possible pour l'enfant instable.

« Enfant toujours en mouvement, dont le tourbillon nous étourdit parfois » (103).

L'instabilité psychique se manifeste quand l'enfant ne peut pas rester plus de quelques minutes sur un travail scolaire ou un jeu ; qu'il ne peut pas suivre les consignes nécessaires à la réalisation d'une tâche. L'enfant est comme happé par tous les stimuli extérieurs. Tout est prétexte pour lui à découverte mais aussi à changer en permanence d'investissement dans un mouvement psychologique ininterrompu.

Tel un « enfant papillon » (103), son attention paraît passer sans cesse d'un objet à un autre.

L'instabilité psychomotrice s'accompagne d'impulsivité. C'est un terme qui marque la tendance de l'enfant instable à répondre immédiatement à une force intérieure. L'impulsivité rend compte de la réalisation motrice. Il s'agit d'impatience motrice, l'acte moteur étant plus rapidement exécuté qu'il n'est pensé.

Chez l'enfant instable, l'affectivité, les émotions, l'humeur sont manifestement et immédiatement perceptibles. Il présente une labilité émotionnelle et une hyperémotivité. Il réagit vivement sur le plan affectif.

De ces difficultés découlent des troubles relationnels aux personnes et à soi-même à l'origine d'une souffrance psychique.

L'instabilité psychomotrice est un trouble « hors représentation » en ce sens que le sujet ne se voit pas bouger sans cesse, ne s'entend pas parler de manière ininterrompue et parfois impertinente. Il ne se représente pas sa manière d'être, n'en souffre pas, ne réalise pas à quel point elle peut le gêner et gêner les autres (25).

3. 2 / Le bilan psychomoteur

Dans l'approche psychodynamique de l'hyperactivité, la psychomotricité en tant qu'elle révèle l'engagement du corps par rapport à soi-même et par rapport à autrui, a une place importante. Abordée d'une façon dynamique, la séméiologie psychomotrice permet d'apporter des renseignements sur le vécu psychocorporel de l'enfant (64).

Le bilan psychomoteur met en évidence des troubles toniques, des troubles du schéma corporel, des troubles praxiques et des troubles spatio-temporels.

Il met aussi souvent en évidence, outre l'instabilité motrice, une instabilité posturale et l'existence de réactions de prestance (attitudes guindées, adultomorphes).

L'étude du tonus peut montrer une paratonie caractérisée par un fond permanent de contractures ou de tension où l'instabilité apparaît comme une échappée par rapport à cet état de contrôle.

Il y a des instabilités où le bilan tonique paraît normal mais où, en revanche, existent de nombreux signes d'une émotivité envahissante, voire chaotique : regard inquiet, sursaut important à la moindre surprise, moiteur des mains, bouffée vasomotrice au visage. Ces enfants ont l'air d'être dans un état permanent d'hypervigilance anxieuse, comme si l'environnement était à chaque instant susceptible d'être dangereux ou défaillant (172).

3. 3 / Un contexte psychologique variable

Il y a toute une gamme d'instabilités psychomotrices et de conduites d'agitation, allant de simples variations de la normale, d'états réactionnels mettant en jeu des facteurs transitoires jusqu'à des configurations psychopathologiques avérées. Il est donc important d'apprécier le contexte psychologique qui entoure cette instabilité.

L'instabilité peut être réactionnelle à une situation traumatisante ou anxiogène pour l'enfant, par exemple une intervention chirurgicale, une séparation, une dissociation familiale.

Un comportement hyperactif peut s'observer dans le contexte de troubles de l'attachement et d'une structure abandonnique.

Elle peut être associée à d'autres manifestations psychopathologiques : énurésie, troubles du sommeil, difficultés scolaires, comportements agressifs avec réaction de prestance, conduites provocatrices et dangereuses, susceptibilité importante, tendance à la destructivité ou à l'autodestructivité.

L'instabilité s'observe dans certains tableaux psychiatriques plus complexes comme les troubles envahissants du développement.

Chez un tout petit nombre d'enfants, l'instabilité paraît relativement isolée : il n'existe pas de difficultés majeures dans les autres axes de développement, l'équilibre psychoaffectif ne paraît pas franchement perturbé, le niveau intellectuel est normal. Il est possible que chez ces enfants se constituent des organisations appréhendables au plan psychopathologique, répondant préférentiellement à toutes formes de tension et de sollicitations sur un mode d'hyperactivité engageant la motricité (248).

4 / Les modèles psychodynamiques

Ces modèles donnent des explications théoriques de l'instabilité psychomotrice infantile. Ils sont inspirés par les différents courants de la psychanalyse mais aussi de la psychomotricité et de la médecine psychosomatique. Ils tentent de rendre compte des mécanismes psychopathologiques susceptibles d'être à l'origine ou de favoriser un comportement hyperactif.

4. 1 / Hypothèses psychanalytiques

Il y a diverses théories pour tenter de répondre à la question : quelle fonction, quelle place vient prendre ce « trop de mouvement » dans la vie du sujet ? Il est impossible de construire une seule élaboration théorique sur un syndrome qui peut relever d'organisations psychodynamiques différentes et qui peut s'intriquer de façon complexe aux avatars du développement affectif (261). Mais elles ont en commun que les psychanalystes soutiennent l'origine psychoaffective de l'instabilité, vue comme une difficulté à mettre en place pour l'enfant une organisation psychique en raison de son contexte environnemental (198).

La difficulté de la mise en place de l'organisation psychique de l'enfant instable tient à un défaut d'élaboration psychique des pulsions et des émotions, qui s'extériorisent alors dans le corps (99). Cela se passe comme si les pulsions ne trouvaient pas à se lier à des représentations psychiques adéquates à elles ou comme si les liens des pulsions aux représentations se faisaient et se défaisaient sans cesse. La pulsion, restant libre d'attaches représentatives, tend à se résoudre en sensations et à s'extérioriser par la motricité. Accepter le calme, après un moment d'excitation, c'est se détourner des stimulations du perceptif et retrouver son espace psychique. Les enfants qui ont à leur disposition un monde interne riche et sécurisant se calment sans difficultés particulières. Les enfants instables, dont la vie pulsionnelle est peu mentalisée, ont un monde interne ténu, sans doute plus figé que pauvre, et sont bien plus rétifs à l'apaisement. Ils craignent de se retrouver seuls avec eux-mêmes car cela s'accompagne d'angoisses vives. Quand la thérapie rend un peu possible la verbalisation des affects, les angoisses suggérées par l'immobilité sont celles de paralysie, d'enfermement, de liquéfaction, d'étouffement.

Chez l'enfant instable, le jeu habituel des déplacements et des condensations qui permet la mentalisation des pulsions et la transformation des processus primaires en processus secondaires étant entravés, la créativité psychique et fantasmatique est déficiente et le recours aux agis devient préférentiel.

L'objet externe est hyperinvesti par l'enfant instable, à la mesure du défaut d'investissement des espaces psychiques. Pas plus le moi que les objets internes ne sont les agents d'un dialogue intérieur qui nourrit la réflexion.

La plupart des auteurs se réfèrent de près ou de loin à la théorie psychanalytique des relations d'objet. Ils se centrent sur les internalisations de relations et d'expériences importantes dans la petite enfance quand ils cherchent des explications plausibles pour l'émergence de symptômes d'instabilité. Leurs hypothèses ont en commun d'accorder une importance particulière à la nature des relations du jeune enfant à ses parents et particulièrement à sa mère faisant de ce trouble, avant tout, une « pathologie du lien » (60). C'est au cours de ces relations précoces que l'enfant fait ses premières expériences motrices et ses premières expériences de satisfaction.

Le mécanisme psychopathologique est que l'objet primaire dans la famille de l'enfant instable n'a pas permis à l'enfant de développer des fonctions du Moi suffisamment stables et bonnes. Si l'objet primaire ne peut pas fournir à l'enfant un soutien fiable et continu pour réguler ses processus biologiques, sensoriels et moteurs, il sera à peine capable de développer une régulation primaire adéquate de ses pulsions et de ses affects et l'hyperactivité peut en être une conséquence (208).

Comme tout cela débute avec les premières relations, l'attention se porte sur des anomalies des interactions mère-enfant. Mais c'est la persistance, sur plusieurs années, d'anomalies croisées intrapsychiques et intersubjectives qui peut aboutir à un syndrome avéré d'instabilité psychomotrice. Les tiers, que sont le personnage paternel mais aussi les substituts de la fonction maternelle, ont leur part dans la persistance voire dans l'aggravation de l'instabilité normale de la petite enfance. Ils ont leur part dans les carences représentatives de la pulsion de l'enfant avec qui ils sont en relation (99).

Les perspectives psychodynamiques du TDAH nord-américaines sont aussi centrées sur ces carences des fonctions du Moi et basent leur intervention thérapeutique là-dessus. Mais elles intègrent plus dans leur mécanisme psychopathologique les facteurs neurobiologiques du TDAH en accordant plus d'importance au tempérament de l'enfant (106).

4. 1. 1 / L'hyperactivité comme un équivalent de défense maniaque

L'hyperactivité de l'enfant peut être envisagée comme une réponse de type « hypomaniaque » envers un noyau dépressif sous-jacent. « Ce serait dans la recherche répétitive de l'excitation et de l'exercice d'une motricité inextinguible que serait menée la lutte du sujet contre l'effondrement dépressif et narcissique (195) ».

Cette hypothèse psychopathologique est mise en lien avec une insuffisance des capacités contenantes de l'environnement, en cas d'environnement carenciel ou de dépressions maternelles. Notamment la dépression maternelle post-natale qui se manifeste par un sentiment d'incapacité à s'occuper de l'enfant et qui est génératrice d'un désaccordage affectif et relationnel entre la mère et l'enfant

Dans la réaction contra-dépressive du bébé décrite notamment par P. Mazet (177), l'enfant est contraint à utiliser des comportements d'instabilité motrice et psychique avec comme noyau pathologique le besoin de s'autostimuler (comportement maniaque contre des angoisses dépressives).

Daniel Stern (230) a montré dans des microanalyses d'interactions filmées en vidéo comment des nourrissons réagissaient à leurs mères dépressives. Certains nourrissons semblaient essayer, avec toute leur force, de ramener leur « mère morte » à la vie ; un comportement hyperactif observable en était le résultat.

B. Welniarz (261) évoque une autre conséquence possible de la dépression maternelle. Celle d'entraîner un défaut de soutien (holding) dont l'enfant a besoin pour aborder la position dépressive décrite par Mélanie Klein comme une étape nécessaire à la structuration psychique. Une élaboration incomplète ou une absence d'élaboration de la position dépressive entraîne une vulnérabilité à la dépression. L'instabilité apparaît pour masquer cet état dépressif. Elle est alors en rapport avec une défense maniaque.

Cette considération de l'hyperactivité comme un équivalent de défense maniaque doit être cependant nuancée. La question de la perte d'objet et de son vécu ne paraît pas cliniquement manifeste derrière ce qui serait une défense maniaque. L'agitation interne manifestée par l'enfant instable et inattentif serait plutôt liée à une difficulté à entrer en relation avec les premiers objets voire à un échec de sa recherche d'un objet extérieur apaisant. L'objet premier, la mère en l'occurrence, ferait plutôt fonction d'objet excitant ou angoissant et l'enfant pris dans une relation paradoxale et complexe ne parvient plus à distinguer ce qui est mauvais ou bon pour lui, ce qui provient de son psychisme ou de l'extérieur (25).

4. 1. 2 / Un défaut de la mise en place du système de pare-excitation (59, 107)

Ce système permet de métaboliser mentalement les stimulations endogènes et exogènes dont tout nourrisson est bombardé. Il s'agit de la constitution des premières enveloppes psychiques.

Pour que cette limite psychique se construise, elle doit contenir de manière organisée des perceptions internes, kinesthésiques, musculaires, osseuses, viscérales, associées aux vécus tactiles, visuels, auditifs, gustatifs, olfactifs. Cette construction peut être mise à mal s'il y a un trop-plein de stimulations extéroceptives et un manque de vécu intéroceptif.

Contrairement aux premiers modèles théoriques qui décrivaient une phase autistique du développement précoce, on sait maintenant que le nouveau-né est d'emblée en prise directe avec son environnement, soumis aux stimulations internes et environnementales. Il est débordé par un excès de stimulations sensitivo-sensorielles diverses face auxquelles il va devoir être protégé. Cette protection est due à un système pare-excitation assuré en partie par la fonction maternante, en partie par le bébé lui-même et en partie par l'interaction entre ces deux composantes.

La partie maternelle du système pare-excitation concourt à l'édification des enveloppes psychiques selon la dynamique décrite par Esther Bick (30), qui fait dériver celle-ci de l'investissement libidinal de la peau du bébé par la mère, laquelle sera ensuite, si tout se passe bien, intériorisée en tant qu'objet suffisamment contenant et suffisamment limitant et prenant part aussi au système pare-excitation.

Le bébé est lui-même compétent pour s'autoprotéger vis-à-vis de diverses excitations émanant du dehors notamment par les variations de l'état de vigilance, par des processus d'habituation (l'enfant prête de moins en moins attention à des stimuli qui se répètent) ; le bébé dispose aussi de procédés autocalmants.

La composante interactive du système pare-excitation découle du fait que chacun des deux partenaires de l'interaction se trouve à même de rendre l'autre compétent ou incompétent. Le bébé par sa part personnelle va profondément influencer le style interactif de sa mère et la rendre plus ou moins efficace dans sa fonction de pare-excitation tandis que celle-ci, de son côté va rendre son bébé plus ou moins compétent dans ses manœuvres d'autoprotection. La

dépression maternelle postnatale qui donne lieu à une faillite durable du holding initial de l'enfant peut entraîner un défaut de la mise en place du système dit de pare-excitation.

Quand le système de pare-excitation a été défaillant, que les enveloppes psychiques ne se sont pas édifiées de manière optimale, l'agitation d'un enfant peut prendre la valeur d'une enveloppe motrice défensive face à un défaut de contenance primordiale. Les limites corporelles sont indécises et sont alors recherchées dans le monde extérieur et dans autrui car le corps propre ne les possède pas.

L'enveloppe d'excitation serait alors un substitut bien coûteux à la non-constitution d'un Moi-peau.

4. 1. 3 / Un défaut d'évolution dans l'autonomisation subjective et l'individuation

Quand l'enfant grandit avec une mobilité croissante et des changements cognitifs, langagiers et émotionnels liés, il doit franchir des étapes au cours desquelles il dépend davantage de la personne de référence primaire qui procure une assurance et qui lui fournit une sécurité.

Ainsi bouger et apprendre à marcher permet à l'enfant de mettre de la distance entre lui et sa mère, d'accomplir ses désirs de rejoindre un objet ou une personne. Une attitude hyper protectrice, voire fusionnelle de la mère, ou au contraire une trop grande distance, ne permettent pas à la mère de jouer auprès de l'enfant un rôle de repère sécurisant. Si ces capacités d'« accordage », de contenance, de holding et de référence sociale sont absentes, l'enfant ne sera pas capable de s'identifier à l'« objet suffisamment bon » et de développer ultérieurement sa propre régulation de pulsions et d'affects internes (208).

4. 1. 4 / Un défaut d'évolution dans la relation d'objet et l'intégration du narcissisme secondaire

Quand les pulsions sont non suffisamment intégrées psychiquement, elles risquent d'envahir le Moi et ainsi d'inhiber ou d'entraver complètement le développement de la pensée symbolique en processus secondaire ; en d'autres termes, elles risquent d'empêcher de fixer l'attention, de verbaliser les affects, les besoins et les fantasmes, ainsi que la capacité de se concentrer (208).

Plusieurs auteurs (65, 91, 164, 204) évoquent la défaillance de la fonction paternelle ; dans le sens où la fonction paternelle est le lieu de la médiation entre la mère et l'enfant. Sur le plan familial, on retrouve fréquemment chez les enfants instables une constellation particulière : mère proche de son garçon, mais cette proximité masque souvent des fantasmes agressifs ou de mort ; père lointain, disqualifié par la mère ou se disqualifiant lui-même dans la relation à son fils, avec parfois une agressivité crûment exprimée envers cet enfant ressenti comme un concurrent direct par rapport à la mère.

Le père se retrouve en position de doublure maternelle hyperprotectrice, de copain ou de grand frère de son enfant. Ce qui favorise une tendance à l'indifférenciation adulte/enfant. Ce qui ne permet pas à ce père d'imposer des castrations symboligènes à son enfant. Ces dernières sont des vaccins de rappel aidant à l'intériorisation du principe de réalité, permettant d'amorcer un renoncement à des satisfactions pulsionnelles archaïques et à un objet de désir incestueux. L'impossibilité d'élaborer le conflit œdipien chez l'enfant empêchera notamment l'investissement scolaire (qui suppose son dépassement et l'intégration de la loi symbolique et sociale).

C'est ainsi qu'on retrouve chez les enfants instables des sujets dont l'histoire dans la constellation familiale et la place dans la fantasmagorie parentale n'a pas permis l'accès à une fonction paternelle suffisamment castratrice.

4. 2 / Les hypothèses psychosomaticiennes

Des psychosomaticiens font l'hypothèse qu'une difficulté dans la transformation psychique des excitations (internes et externes) serait à l'origine de l'hyperactivité.

Ainsi des enfants qui ont une pensée opératoire avec peu d'affects apparents et une carence importante de leur capacité de fantasmer, ne pourraient exprimer un état de tension interne qu'en s'agitant. Cet état de tension interne peut être majoré ou lié à un traumatisme psychique, à une carence affective, à un défaut du système pare-excitation...etc.

D'autre part, des enfants soumis à des excitations externes excessives, par exemple l'enfant dont la mère est instable ou nerveuse, mettrait en place un procédé autocalmant par cette agitation motrice incessante. Le registre perceptif et moteur joue alors chez ces enfants un rôle de substitut à l'activité de liaison des représentations absentes de l'appareil psychique (256).

Des psychosomaticiens considèrent qu'une des caractéristiques majeures de l'enfant instable est de ne pas développer d'activité ludique. Les enfants instables manipulent les objets qui sont toujours considérés pour ce qu'ils sont et non pour ce qu'ils pourraient représenter ou devenir comme cela se produit quand un enfant a une véritable activité ludique (102).

4. 3 / Les hypothèse psychomotriciennes (70, 136)

Par définition, les troubles psychomoteurs sont des organisations motrices déviantes, significatives d'une psychopathologie actuelle ou résiduelle. Ils se distinguent à la fois des troubles du développement et des anomalies motrices liées à une atteinte lésionnelle du système nerveux ou neuromusculaire périphérique.

L'hyperactivité peut être aussi considérée comme un trouble psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. Dans cette perspective, l'hyperactivité peut apparaître très tôt, dès le sixième mois de l'enfant, ou se déclencher ultérieurement à l'âge de la marche ou dans la troisième année, parfois après une phase de tranquillité voire d'inertie.

L'agir n'est pas seulement un corps en mouvement engagé dans une action que la finalité justifie, c'est aussi un corps en relation avec un environnement susceptible d'influer sur ce même mouvement.

Avant même la naissance, il y a une correspondance entre le tonus de la mère et celui de l'enfant, s'installant un véritable « dialogue tonique ». Après la naissance, la motilité freinée au départ par l'hypertonie physiologique, évolue au rythme de la maturation physiologique mais aussi au rythme des interactions possibles avec l'entourage qui accueille cette motilité, et qui accepte les modifications qui peuvent en résulter. Ainsi pour les psychomotriciens, la manière dont l'enfant se représente et se sent agir (intégration d'un schéma corporel statique et dynamique) et sa relation à l'environnement, avec la dimension affective que cela suppose, sont fondamentales et peuvent être à l'origine d'instabilité psychomotrice.

4. 4 / Des modèles résolument polyfactoriels

Les modèles qui fondent la conception psychodynamique de la psychopathologie laissent une place aux effets d'après-coup et de reprises significantes, et s'affirment de ce fait comme résolument polyfactoriels (50, 72).

Quelle que soit l'hypothèse privilégiée, il est important de veiller à ne pas revenir, subrepticement, à un modèle linéaire du déterminisme étiopathogénique.

L'hyperactivité de l'enfant est considérée comme le fruit de la rencontre entre la part personnelle du sujet (sujet avec son équipement biologique, génétique, psychologique, cognitif) et toute son histoire relationnelle, ainsi que celle de son groupe familial.

Par exemple, il ne peut être retenu une relation de cause à effet directe entre la dépression maternelle et l'hyperactivité de l'enfant. Pour qu'un enfant souffre de la psychopathologie maternelle, il est nécessaire que tous les tiers qui auraient pu, qui auraient dû, le protéger aient fait la preuve de leur faillite.

5 / Les aspects psychodynamiques du traitement

La réponse thérapeutique n'est pas univoque.

La reconstruction de l'histoire relationnelle précoce permet de privilégier certaines hypothèses et d'orienter la réponse thérapeutique. La mise en récit constitue le premier temps thérapeutique.

L'action thérapeutique peut porter sur une tentative de réinvestissement libidinal positif de l'ensemble du corps statique (relaxation) ou dynamique (divers jeux psychomoteurs, danse rythmique).

L'action thérapeutique peut porter sur une recherche de dégagement des conflits psychoaffectifs (psychothérapie). Un travail psychique, notamment de type psychanalytique peut être rendu possible par un travail thérapeutique en psychomotricité de première intention.

Dans les cas d'insuffisance du holding, quand le système pare-excitation a été défaillant, que les enveloppes psychiques ne se sont pas édifiées de manière optimale, un travail au niveau du corps par le biais de techniques de relaxation analytique, ou un travail au niveau de petits groupes thérapeutiques peuvent s'avérer très précieux en permettant de retravailler ces différents niveaux d'enveloppes corporelles et groupales.

La relaxation analytique ou thérapeutique permet à l'enfant de faire l'expérience qu'il peut répondre autrement que par l'agitation à ses pensées, à ses fantasmes, à ses angoisses. Elle lui

permet également d'explorer son image du corps à travers l'expérience qu'il fait de la présence de son corps et de ses limites à travers les mots que propose le thérapeute.

Les interventions de guidance parentale permettent également de réélaborer les schémas d'attachement de l'enfant et d'aider au dépassement d'un environnement dépressif ou carenciel, d'intervenir sur les cercles vicieux qui se sont mis en place à partir des dysfonctionnements initiaux.

Pour les thérapeutes tenants d'une démarche psychodynamique, il ne s'agit pas de récuser toute prescription de psychotropes et notamment de psychostimulants chez l'enfant. Ils l'estiment justifiée dans les cas où une hyperactivité sévère entrave complètement l'activité psychique du sujet constituant une véritable contrainte et est source de souffrance pour l'enfant. Dans ce cas, les psychostimulants peuvent redonner la possibilité à l'enfant de s'interroger sur le sens de ces difficultés dans son histoire personnelle.

IV / Divergences d'opinions et vives controverses

à propos du TDAH

Avec l'autisme infantile, le TDAH est probablement un des troubles les plus débattus de la psychiatrie de l'enfant. Il divise non seulement les « professionnels » de la pathologie mentale mais son existence même apparaît contestable du fait des aspects et enjeux sociaux qu'il recouvre.

1 / Des divergences apparemment radicales au sein de la communauté scientifique, médicale et psychothérapeutique

1. 1 / Une communauté divisée...

...scindée en deux courants...

Dans cette revue de la littérature sur le TDAH, la communauté scientifique, médicale et psychothérapeutique est apparue traversée et divisée par deux manières de conceptualiser un même problème :

- Celle des auteurs qui ont une conception psychiatrique de ce trouble avec une démarche médicale, neurophysiologique et neuropsychologique et qui sont en majorité des auteurs américains.

- Celle des auteurs qui s'appuient sur des modèles psychodynamiques inspirés par les différents courants de la psychanalyse et qui sont le plus souvent des auteurs français.

Cette division est apparue très tôt dans l'histoire de la clinique de l'instabilité de l'enfant.

...ne communiquant pas entre eux...

Il n'y a pas de véritable débat entre les tenants d'une démarche neuropsychiatrique et les tenants d'une démarche psychodynamique, comme en témoignent les réflexions ci-après :

« La démarche des auteurs français diffère de celle proposée dans les travaux anglo-saxons et ceux-ci, semblent tout simplement ignorer l'apport de la conception française » (91[p 82]).

«ici dans notre vieille Europe (et singulièrement du côté des archaïques gaulois résistant

encore à l'envahisseur) on ne saurait rien de cette nouvelle maladie, de cette épidémie face à laquelle nous serions impuissants et méconnaissants, au mépris des savoirs accumulés, des réflexions et des expériences de toute l'école psychiatrique européenne, psychodynamique, et singulièrement pour notre propos de l'école française de psychomotricité » (139 [p 13]).

« Entre l'hégémonie impérialiste des thèses anglo-saxonnes et le repli protectionniste de certains spécialistes francophones de l'appareil de l'âme » (138 [p 18]).

« Le tourbillon instable! Agitations théorico-cliniques autour de l'enfant agité » (137 [p 95]).

Des auteurs jugent cette absence d'échange préjudiciable à la qualité même des recherches et des théories.

« Les diverses théories explicatives proposées provoquent un sentiment de malaise dû à la manière fréquemment exclusive dont chacun présente son point de vue » (25 [p 1]).

« Le dialogue paraît aujourd'hui nécessaire loin du terrorisme intellectuel de l'une ou de l'autre des disciplines qui s'intéressent à cette question et modélisent dans l'isolement, et parfois à outrance, ses démarches et ses méthodes » (256 [p 9]).

...présentant des désaccords.

Ces divergences s'expriment avec une intensité allant de l'expression de différences, d'interrogations sur..., de discussions, de critiques voire de critiques serrées, de remises en cause, d'un simple affrontement entre..., à des propos plus virulents évoquant des oppositions, des disputes, des conflits. Quand les positions se radicalisent, on s'interpelle sur les risques encourus et sur des questions d'éthique.

Ces divergences portent sur :

- l'approche clinique et thérapeutique du TDAH

Ainsi un auteur faisant le reproche à la démarche médicale qu' « ... aucune compréhension psychodynamique n'étant alors envisagée, l'enfant est considéré comme s'il n'était pas un être affectif et social engagé dans des interactions qui jouent ... un rôle essentiel » (256 [p 4]).

« Mais le risque encouru est bien celui d'un renoncement à la réflexion psychopathologique sur chaque histoire clinique singulière, d'un rassemblement monolithique de la nosographie autour d'un symptôme à réduire et à faire disparaître puisque ne compterait que ce qui se voit, et celui enfin d'un glissement progressif qui ferait que c'est le traitement qui définit le trouble » (248 [p 48]).

« L'abord thérapeutique privilégie très naturellement la recherche de substances médicamenteuses susceptibles de corriger le désordre invoqué » (72 [p 11]).

- l'étiopathogénie du TDAH

« Une interrogation critique sur les présupposés de la démarche anglo-saxonne, qui semble n'envisager la caractérisation d'une constellation syndromique que dans la perspective, d'ailleurs le plus souvent implicite, d'une étiologie organique » (91 [p 81]).

« Chaque désordre d'une conduite est à priori lié à un facteur étiologique précis et univoque dans un enchaînement causal linéaire formant une entité close sur elle-même » (173 [p 433]).

- la nosographie du TDAH

Si les tenants de la démarche médicale en ont une conception « sur laquelle un consensus semble établi dans la littérature de langue anglaise » (50 [p 30]), pour les tenants de la démarche psychodynamique, « ces manifestations ou symptômes forment une entité pathologique problématique qui ne fait pas l'objet d'un consensus minimal chez les spécialistes de la santé mentale » (256 [p 1]).

« Le point le plus délicat est celui de la construction de cette entité dans une pseudo-cohérence avec la réponse thérapeutique standard qui fait en quelque sorte retour sur la définition même du trouble et vient en prouver la validité par une succession d'approximations... » (248 [p 51]).

« Y a t il une pertinence à réunir ainsi des patients aux organisations subjectives et aux fonctionnements intrapsychiques et intersubjectifs bien différents autour d'un regroupement symptomatique/syndromique des signes bruyants de l'instabilité? » (137 [p 98]).

« Avec le DSM, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperkinésie apparaît clairement délimité sur des critères simples : il possède une cohérence clinique fondée sur le recueil des symptômes superficiels ; il invoque une étiopathogénie réductrice qu'appuie un modèle psychophysiologique ; il mène à l'utilisation dominante ou exclusive de la ritaline... » (183 [p XI]).

...et bien au-delà, dans la manière de concevoir la psychopathologie,...

« L'hyperactivité est devenue, au fil des dernières années, emblématique de l'opposition entre deux conceptions de la psychopathologie de l'enfant et, peut-être, de la psychopathologie en général » (72 [p 10]).

« L'approche pragmatique et positiviste des troubles psychocomportementaux, prônée par la majorité des cliniciens anglo-saxons, et la perspective métapsychologique encore largement défendue par la pédopsychiatrie française. (96 [p259]).

« En traitant les données psychopathologiques à l'image des données d'un autre domaine de la médecine, la conception psychiatrique et neurocognitiviste met en avant les symptômes négligeant ainsi la notion d'organisation mentale et la dimension subjective du sujet » (256 [p 5]).

«Le comportement ne saurait être réduit à une simple production du système nerveux : la reconnaissance de l'importance fondamentale de ce substratum biologique dans son expression et sa régulation, ne doit pas faire évacuer l'importance tout aussi déterminante du jeu des pulsions et des représentations » (49 [p 26]).

Et quand les tenants d'une démarche médicale évoquent brièvement les théories psychanalytiques de l'hyperactivité : « Pour nombre de ces cliniciens, ces théories correspondent à une problématique chargée de sens. Pour d'autres, dont nous sommes, elles apparaissent parfois comme une hypersémantisation en effet très problématique » (257 [p88]). Et de rajouter, en note en bas de page, à propos d'hypersémantisation: « Nous empruntons ce mot à Alain qui désignait ainsi les surinterprétations de la psychanalyse » dans un livre paru en 1916 et intitulé *Eléments de philosophie*.

... la discipline pédopsychiatrique,...

« Les différentes approches de cette pathologie particulière de l'enfant, autour de laquelle se jouent toutefois des conceptions très différents de la discipline pédopsychiatrique » (109 [p 242]).

Fabien Joly, à propos d'un congrès international de pédopsychiatrie tenu à Lille en 2003 : « L'esprit en était – pour une des très rares voire toute première fois en France, c'est-à-dire probablement dans le monde, pour cause d'hégémonie fondamentaliste, de réductionnisme généralisé et de raz-de-marée *ritalinique* – à la confrontation, à la pluridisciplinarité, à la complexité et à l'attachement farouche à la dimension humaine, clinique et intersubjective, quelles que soient les données incontournables de l'équipement. » (139 [p 11]).

... et la manière de penser la condition humaine.

En parlant de la psychanalyse et de l'hyperactivité : « une conception du fonctionnement humain qui est ici à défendre » (248 [p 49]).

« Aujourd'hui, la psychiatrie se trouve hantée et divisée par deux logiques inconciliables, l'une se réfère au *pathei mathos* de la connaissance tragique de la psychanalyse, la connaissance dans et par la souffrance, l'autre à l'objectivation et à l'expertise des comportements, à leur neurozoologie, à leur classification et à leur quantification à même d'établir les diagnostics-cibles pour les molécules chimiques et les thérapies cognitivo-comportementales. Ces deux logiques inconciliables établissent deux conceptions irréductibles l'une de l'autre du diagnostic de la psychopathologie et de l'humain » (113 [p 41]).

1. 2 / Chez les Nord-Américains, des divergences qui enrichissent la réflexion

Même si dans la littérature anglo-saxonne, les théories psychodynamiques de l'instabilité psychomotrice de l'enfant sont rarement évoquées, le TDAH n'est pas unanimement reconnu par la communauté médicale, scientifique et psychothérapeutique d'Outre-Atlantique. Ce qui provoque le débat est le nombre croissant d'enfants diagnostiqués hyperactifs et l'augmentation constante des prescriptions de psychostimulants. Le pourcentage d'enfants Nord-Américains recevant des psychostimulants peut atteindre 12 % dans certaines études récentes en population générale alors qu'il est en moyenne inférieur à 1 % en France (111).

Singh I (225) décrit quatre positions dans le débat sur le TDAH :

1. 2. 1 / La position « biologique exclusif »

Le TDAH est dû à des facteurs biologiques. Le diagnostic de TDAH est incontestable. Le traitement par psychostimulants est justifié parce qu'il permet de corriger un déséquilibre neurobiologique sous-jacent qui affecte les fonctions cognitives et motrices.

Pour les tenants de cette position, le fait que la définition du TDAH et sa prévalence reflètent certaines tendances socioculturelles ne s'oppose pas nécessairement à une conception ontologique du trouble.

Ils estiment que la prise en compte de ces tendances peut contribuer en grande partie à améliorer la définition et la cohérence diagnostique du TDAH.

Une meilleure définition permettrait de minimiser les variations phénotypiques dans les études génétiques, ce qui représenterait de meilleures conditions pour isoler des facteurs génétiques plus probants (66).

Il apparaît dans les nombreuses études sur le TDAH que ce dernier est régulièrement sur-diagnostiqué ou sous-diagnostiqué. Pour ceux qui considèrent le TDAH comme une maladie neurocomportementale, ceci ne contredit pas leur approche. L'incohérence diagnostique est liée à des facteurs socioculturels et ne remet pas en cause l'origine du TDAH qui elle est neurobiologique.

1. 2. 2 / La position « biopsychosociale »

Le TDAH est dû à l'association de facteurs biologiques et sociaux. L'entité diagnostique décrite par le DSM-IV ne permet pas de rendre compte de l'hétérogénéité et la complexité du trouble. L'utilité d'un traitement par psychostimulants est acceptée mais l'usage très répandu de ces traitements privilégiés par rapport à d'autres interventions (notamment les thérapies comportementales) pose problème.

Durant plusieurs années, la recherche médicale s'est focalisée sur les facteurs biologiques. Actuellement, cette recherche se tourne de plus en plus vers l'identification de voies de développement complexes qui intègrent des facteurs de risque génétiques, biologiques, environnementaux et psychosociaux. Diverses combinaisons possibles de ces facteurs mènent à une voie finale commune : un phénotype nommé TDAH.

Les tenants de cette position sont très critiques vis-à-vis de la pratique clinique aux USA concernant le TDAH. La démarche diagnostique est très variable d'un praticien à un autre allant du recueil d'informations provenant de différentes sources (l'observation clinique, l'échelle de Conners Parent/enfant) à un simple interrogatoire des parents. De plus, ce diagnostic est facilement posé par divers praticiens : les médecins généralistes, les infirmiers, les pédiatres, les psychiatres, les neurologues (144).

1. 2. 3 / La position « environnemental exclusif »

Le TDAH est une réalité mais les causes du TDAH sont environnementales (44) : tabagisme chez la mère (166), additifs alimentaires, exposition au plomb. C'est la reconnaissance, la

prise de conscience de l'exposition à ces facteurs environnementaux qui peut permettre de réduire la dépendance à des psychostimulants.

1. 2. 4 / La position « diagnostic non valide »

Le TDAH n'est pas un diagnostic valide et ne justifie pas la prescription d'un traitement médicamenteux. Cette position a d'abord été celle de l'église de Scientologie. Elle est devenue celle d'un courant critique plus sérieux émanant de quelques chercheurs en neuropsychiatrie qui contestent la définition du TDAH comme une maladie neurocomportementale. Cette position est aussi celle de chercheurs en sociologie et philosophie qui défendent la thèse de la construction sociale du TDAH.

Les études qui cherchent à prouver un déséquilibre neurobiologique sous-tendant le TDAH sont l'objet de nombreuses critiques concernant leur méthodologie.

Il leur est reproché des groupes d'études cas/témoins trop petits pour que les résultats puissent être généralisés à l'ensemble de la population concernée, des groupes d'études cas/témoins trop hétérogènes (inclusion d'autres diagnostics psychiatriques, de facteurs périnataux, de patients sous médicaments...). Et il y a généralement trop peu d'informations sur les caractéristiques psycho socio environnementales des échantillons (224).

Les études de neuroimagerie, transversales pour la plupart, incluent forcément des enfants présentant divers degrés de maturité neurologique. Ceci du fait que la myélinisation du système nerveux se poursuit jusqu'à l'âge adulte à des vitesses différentes pour chaque individu. Une étude longitudinale où les mêmes sujets ont été examinés à plusieurs années d'intervalle a montré que le développement cortical était retardé d'environ trois ans chez les enfants souffrant de TDAH. Mais que ce développement suivait, certes avec retard, les étapes du développement normal (223).

Il est reproché aux études de génétique moléculaire de ne pas prendre suffisamment en compte les facteurs environnementaux, difficiles à considérer dans leur ensemble car très variés. Ils comprennent des facteurs d'exposition à divers agents physiques mais aussi des facteurs culturels, sociologiques, économiques, éducatifs (140, 141).

Les études comparant vrais et faux jumeaux ne peuvent faire la différence entre l'héritabilité d'origine purement génétique et celle qui résulte d'une interaction gène et environnement.

La littérature sur les études de génétique moléculaire est peu accessible aux cliniciens non spécialistes de l'analyse épidémiologique de ce type d'études. Ces derniers ont alors tendance à faire confiance à des revues de littérature dont l'enthousiasme excessif voire franchement trompeur affirme l'implication de plusieurs gènes dans l'étiologie du TDAH. Or jusqu'à présent, si de nombreux gènes semblent jouer un rôle, chacun d'entre eux ne confère qu'un risque mineur (86).

Certaines études sur les facteurs neurobiologiques sont financées par des firmes pharmaceutiques et de ce fait sont l'objet d'un conflit d'intérêt. Les firmes pharmaceutiques ont un grand rôle dans la promotion du TDAH comme une maladie nécessitant un traitement médicamenteux

Au final, pour ceux qui contestent la validité du diagnostic de TDAH, les preuves d'un déséquilibre neurobiologique sous-tendant le TDAH sont loin d'être faites (100).

1. 3 / Des inquiétudes à propos de la prescription des psychostimulants

Bien que les recommandations de bonnes pratiques préconisent une « prise en charge multimodale » de l'enfant hyperactif, le traitement de première intention aux USA et de plus en plus en Europe et dans le monde est la prescription de psychostimulants.

Les psychostimulants ont été évalués les plus efficaces sur les « symptômes cardinaux » du TDAH ; plus efficaces qu'une thérapie comportementale seule ; aussi efficace qu'une thérapie comportementale associée à ce traitement médicamenteux (189).

Les psychostimulants sont prescrits depuis les années 1950 pour traiter des problèmes de comportement chez l'enfant. Pourtant il reste difficile d'apprécier le rapport bénéfice / risque des psychostimulants dans le traitement du TDAH.

1. 3. 1 / Une évaluation positive de leur efficacité seulement à court terme

La prescription de psychostimulants entraîne des améliorations à court-terme au niveau des tâches cognitives mais à long terme, il n'a pas été mis en évidence d'amélioration notamment en termes de réussite scolaire (14, 168) ; ni de diminution des risques de délinquance et de toxicomanie (32, 187).

1. 3. 2 / Des effets secondaires qui restent mal connus

Ce traitement a longtemps été considéré comme relativement sûr avec des effets secondaires peu importants tels qu'une diminution de l'appétit et des insomnies.

Depuis relativement peu de temps, des effets secondaires plus gênants et plus inquiétants retiennent l'attention des autorités : des tics, des hallucinations, des comportements bizarres. Une étude cas-témoin a montré une sur-occurrence de mort subite chez les enfants exposés aux psychostimulants (115). Bien que rarissime, cet effet secondaire impose une plus grande prudence. Cela a amené la « US Food and Drug Administration (FDA) » à mettre en garde contre des risques d'effets cardiovasculaires, des risques de retard de croissance et de développement de psychose ou d'autres troubles psychiatriques.

Il y a peu d'études longitudinales sur les effets des psychostimulants à long terme bien que ces traitements soient prescrits chez des enfants depuis longtemps. Beaucoup d'études sur les effets des psychostimulants sur la croissance de l'enfant ont été réalisées. Elles montrent des effets jugés plutôt insignifiants sur des durées d'études de deux ans (229), un peu moins insignifiants sur des durées d'étude de 3 à 5 ans (56, 235). Mais il n'y a pas d'études sur une surveillance de la croissance de l'enfant sous traitement psychostimulant se poursuivant à la puberté jusqu'à l'âge adulte. La même constatation peut être faite à propos des risques cardiovasculaires. Sont régulièrement mises en évidence des élévations de la pression sanguine et du rythme cardiaque de repos jugées non significatives. Mais il n'y a pas d'étude à plus long terme sur le risque de la survenue d'une pré hypertension (142).

1. 3. 3 / Des associations de psychotropes prescrites de manière empirique

Chez de plus en plus d'enfants, ce n'est pas un seul psychotrope qui est prescrit mais plusieurs et cela sans connaître précisément les effets de ces cocktails sur les jeunes patients(211). En effet un certain nombre de ces traitements n'ont été testés que chez les adultes et qu'en outre, ils sont instaurés chez des enfants de plus en plus jeunes (269).

1. 3. 4 / Des conflits d'intérêt

Comme pour les études neurobiologiques, un grand nombre d'études sur les effets secondaires de ces médicaments psychostimulants sont financées par les firmes pharmaceutiques qui

fabriquent les médicaments en question. Leur fiabilité est discutable. Seules les études aux résultats favorables seraient publiées (145). Lorsque la lecture détaillée des résultats révèle des effets inquiétants, le résumé et la conclusion seraient plus rassurants évoquant des effets non significatifs.

Le marché mondial des traitements psychostimulants pour traiter le TDAH est en extension depuis une dizaine d'années. Si 83 % de la part du marché revient encore aux USA (les spécialités à demi-vie longue, les plus coûteuses, sont très utilisées là-bas), dans les pays en voie de développement, l'augmentation est de 20% (225).

Les enjeux économiques ne sont pas seulement du côté de l'industrie pharmaceutique mais aussi des états : Le management du système de soins aux USA (mais probablement pas seulement aux USA) encourage les diagnostics catégoriels qui entraînent des traitements rapides et bon marché.

Toutes ces considérations devraient amener à la plus grande prudence concernant ces prescriptions.

1. 4 / Des considérations éthiques à propos du diagnostic et du traitement du TDAH

Les études actuelles tendent d'une part à rechercher les facteurs environnementaux et génétiques et d'autre part à déterminer leur interaction.

Mais de l'identification des individus et des groupes sociaux comme étant à risque de TDAH à leur stigmatisation, il n'y a qu'un pas... C'est non seulement se préoccuper voire traiter, éventuellement avec des médicaments, des états présymptomatiques mais c'est aussi identifier des individus et des groupes sociaux à risque de développer, plus tard, des troubles du comportement encore plus sévères tels que des conduites asociales, de la délinquance, de la toxicomanie (167).

Une grande prudence s'impose pour la caution scientifique apportée à de tels facteurs de risque, considérés à tort comme des « marqueurs » biologiques alors que ces supposés « marqueurs » sont directement issus de diagnostics catégoriels du DSM.

Les aspects éthiques de la prescription de psychotropes à des enfants sont aussi à considérer.

Dans le débat sur l'usage des médicaments psychotropes chez l'enfant, il y a des positions dites « neuroéthiques naturalistes » qui prônent le respect la nature des enfants (119, 217). Le traitement psychotrope est alors considéré comme une menace pour cette enfance décrite comme un état idéal d'innocence et de liberté.

Les psychotropes sont accusés de porter atteinte à la construction identitaire de l'enfant, à son autonomie et d'entraîner une stigmatisation.

Mais le point de vue opposé peut se défendre aussi... La question de la prescription de psychostimulants chez des enfants en grande difficulté de socialisation peut se poser d'une autre manière dans une société de plus en plus technologique, où la technologie aide l'être humain à atteindre ses objectifs plus facilement et plus efficacement. Un médicament qui permet à un enfant, préalablement obstinément opposant, de s'asseoir en classe, d'apprendre, de s'intégrer dans la vie scolaire ne peut-il pas être un moyen légitime de socialiser cet enfant ? Le fait d'avoir obtenu un résultat éducatif soit par des stratégies classiques d'éducation, soit par des techniques, est-ce que cela fait une différence morale significative sur le résultat obtenu (165) ? Des études portant sur les implications sociales et éthiques d'un traitement médicamenteux chez l'enfant montrent aussi que des enfants diagnostiqués TDAH peuvent avoir un avis favorable sur ce traitement. Ils estiment qu'il leur procure un mieux-être et que c'est ce mieux-être qui leur permet d'être plus performants (226).

A contrario, l'efficacité du traitement ne démontre aucunement la validité du diagnostique. Des études datant des années 1970 (205) montraient déjà que chez les enfants « normaux », la prise de psychostimulants améliorerait attention et concentration. Actuellement, 5 à 35 % des étudiants américains ont recours à ce facilitateur de l'attention qu'est le méthylphénidate pour augmenter leur productivité universitaire (265). Donc, dans une certaine mesure, ces médicaments améliorent les performances plus qu'ils ne traitent la psychopathologie du trouble.

Enfin dans d'autres études, des enfants rapportent qu'ils se sentent moins bien avec ce traitement psychostimulant à cause de ses effets secondaires (150).

2 / Divers aspects sociaux rendant l'existence du TDAH contestable

2. 1 / L'évolution de la société et de ses exigences envers l'enfant

L'hyperactivité de l'enfant est un problème lié à la vie en communauté et de ce fait lié à l'évolution sociale. L'émergence de nouvelles configurations sociales et la difficulté de certains enfants de s'ajuster aux attentes qui en résultent, pourraient jouer un rôle dans l'augmentation de la prévalence du TDAH (90). Notamment « en déplaçant le curseur de la normalité » (50) et en provoquant le risque que face à l'intolérance du milieu et à ses exigences inaccessibles, l'enfant ne s'installe dans une véritable instabilité réactionnelle. L'agitation psychomotrice de l'enfant est très sensible au cadre social. De ce fait, une autre approche du TDAH, plus anthropologique, est intéressante : celle de renvoyer les comportements des enfants ayant un TDAH aux effets de la société sur leur psychisme. « C'est du monde autour d'eux que les enfants tiennent leurs mauvaises habitudes » (195).

2. 1. 1 / L'évolution de la place de l'enfant dans la société et au sein de la famille

Dans notre société occidentale, la place de l'enfant a beaucoup évolué. L'enfant est devenu désiré, précieux, objet de protection, considéré comme un être humain à part entière doté de droits. Le pendant à ce qui ne peut-être considéré que comme une évolution positive est qu'implicitement voire inconsciemment, l'enfant se trouve de plus en plus tôt soumis à des exigences familiales et sociales qui ne sont pas forcément en adéquation avec son niveau de développement. Si l'enfant n'a plus de fonction utilitaire (il n'aide plus dans la majorité des cas la famille à subvenir à ses besoins), ce n'est pas pour autant qu'il est libéré de toute dette envers ses géniteurs. Il est mis en devoir de combler par sa réussite le narcissisme de ses parents et de ce fait est soumis très précocement à des exigences sociales normatives (50). « Quand nous recevons un enfant en consultation, c'est qu'il dérange ou qu'il inquiète....Il dérange car il n'est pas à la place où il est attendu par l'école ou sa famille : comportements, résultats scolaires, l'enfant est en reste » (52).

Tout ce qui entoure la venue au monde d'un enfant, les mots et les gestes, les gens et les lieux, contribuent à lui instaurer une place dans la famille (une place générationnelle, une place dans la fratrie) et une place dans la société. Pour que l'enfant sache sa place « à son insu » mais solidement, elle doit être clairement définie. Et pour l'aider à grandir, il faut aussi que cette place soit garantie. Et pour que l'enfant puisse s'y poser et « rester en place », il faut aussi de la permanence dans la définition de cette place. Or les configurations variables de la famille contemporaine (un temps parentale, un temps monoparentale, un temps recomposée) donne à l'enfant une place instable, insécurisée, plusieurs fois redéfinie (195).

2. 1. 2 / La moindre tolérance pour la mobilité nécessaire aux enfants

Il y a plusieurs raisons expliquant cette évolution psycho-socio-éducative de la société contemporaine. Les conditions de vie plus urbaines font que les lieux d'habitation sont plus exigus, qu'il manque d'espace en plein air pour que les enfants puissent courir, se dégourdir, se dépenser.

Des loisirs qui immobilisent le corps de l'enfant devant des écrans sur lesquels ce sont les images qui créent la sensation de mouvement.

« Par comparaison avec la société agricole traditionnelle, la société urbaine moderne soumet les jeunes enfants à un flot sans cesse plus rapide de stimulations visuelles, en particulier via la télévision et les jeux vidéos, mais limite leur exploration motrice du monde » (111).

La société actuelle demande aux enfants de se tenir tranquille (203) et a tendance à oublier qu'un enfant est rarement inactif et encore moins immobile. Elle oublie que bouger en jouant, que jouer en bougeant est nécessaire au bien-être de l'enfant. Elle a oublié la turbulence normale de l'enfant (207).

« Le spectacle d'une cour de récréation suffit à s'en convaincre, et cette même cour de récréation silencieuse et sans la moindre agitation délivrerait une impression de malaise, loin de permettre de qualifier de bien portants les enfants qui la composeraient » (248).

De ce point de vue, le jeu libre de l'enfant joue un rôle structurant important et mériterait d'être favorisé afin de prévenir et alléger les symptômes du TDAH.

« L'explosion du nombre de cas de TDAH paraît surtout refléter le fait que de plus en plus d'enfants n'ont plus d'occasions adéquates d'exprimer un besoin naturel, celui de jouer ensemble chaque jour, dans des épisodes de vigoureux chambardages » (194).

2. 1. 3 / L'attitude éducative des parents

L'attitude éducative des parents présente de nombreux paradoxes dont celui lié à un souci excessif de stimulation pour qu'un enfant soit éveillé et la demande excessive de calme (215). Un autre paradoxe est que de cette société qui tolère moins la mobilité des enfants émergent des pratiques éducatives qui contribuent au développement d'agitation excessive. Il y a ainsi des fausses hyperactivités liées à une absence de contenance, de repères et de limites à l'instabilité naturelle et nécessaire de l'enfant. Ceci quand les enfants sont confusionnés dans un échange ou un mélange de places entre enfant et adulte. Quand l'adulte se trouve dans l'impossibilité de s'adresser à son enfant comme à un enfant et s'adresse à lui comme si l'enfant était déjà un adulte qui serait capable de lui-même d'arrêter ses excès. Quand l'adulte n'assume pas de contenir les débordements « naturels » de son enfant. Et que l'enfant devient un enfant-roi entouré d'adultes incapables de dire « non » et de soutenir la moindre frustration (161, 204).

Un autre paradoxe est que cette demande excessive de calme à leurs enfants provient d'adultes pressés, stressés, qui n'ont jamais le temps pour leur donner de l'attention et du temps. « Est-ce par l'enfant que nous sommes épuisés ou par nos activités professionnelles, à moins que nous soyons minés par des difficultés personnelles » (207).

Pourtant il est important pour l'enfant, dans sa construction psychique et dans le développement de ses capacités d'attention, de pouvoir partager avec un adulte ses expériences et ses émotions. C'est le lien entre l'acte et le mot qui fera sens pour l'enfant à travers tel ou tel apprentissage et ce lien risque d'être mis à mal dans une société où la rapidité est prédominante et dans laquelle la temporalité de l'effort, nécessaire à la concentration et à l'observation, est négligée (243).

« On a parfois le sentiment que plus une société est agitée, moins elle tolère l'hyperactivité de ses enfants et plus elle crée, paradoxalement, les conditions mêmes de leur agitation ! » (110).

2. 1. 4 / Les exigences de l'école

L'école obligatoire pour tous a participé au dévoilement d'une population d'enfants dont le comportement psychomoteur de base n'était pas adapté aux exigences scolaires (186).

« Jusqu'aux temps modernes, celui qui préférait l'action à la réflexion ou qui ne supportait pas la discipline scolaire se destinait bien avant seize ans aux travaux des champs, au petit commerce ou à l'artisanat, sans décevoir personne ni être considéré comme malade » (203).

Or un comportement de type TDAH, toléré par la vie familiale, devient problématique à partir de l'entrée à l'école primaire où les exigences d'attention et de contrôle de l'impulsivité deviennent beaucoup plus sévères. L'école est une institution qui a besoin d'ordre et de ce fait qui attache beaucoup d'importance à la discipline en classe. A l'école, il est demandé à l'élève d'adopter une façon d'être bien spécifique (être assis, être attentif à ce que dit l'enseignant, ne pas bouger, ne parler que lorsqu'il est interrogé).

Les enfants ayant un comportement de type TDAH ne parviennent pas à se conformer à cette demande. Leur comportement entre habituellement dans la catégorie de ce qui est jugé inacceptable dans le contexte scolaire. Cela devient rapidement un problème pour l'enseignant dans la gestion de sa classe. Déclarer hyperactifs certains enfants pourvoyeurs de désordre contribue au maintien de la discipline en classe. Cette étiquette d'hyperactif place la responsabilité du problème sur l'individu épargnant ainsi l'institution scolaire de toute remise en question. C'est l'enfant qui n'est pas adapté au milieu scolaire et non pas le milieu scolaire qui pourrait être inadéquat (88). Alors qu'on aurait pu croire, comme le fait remarquer T. Armstrong, « qu'étant donné que ceux qu'on appelle les TDAH reçoivent souvent cette étiquette pour des problèmes trouvant leur origine dans le cadre scolaire, que les recherches auraient concentré leurs efforts à développer des techniques afin d'aider ces élèves à apprendre et à se conduire plus efficacement en classe » (11).

En France, bien que le diagnostic de TDAH relève de la sphère médicale et de praticiens spécialisés, son évocation est souvent amorcée par des enseignants. Ils font part de leurs observations et de leurs inquiétudes aux parents concernant le comportement problématique de leur enfant. Ils leur conseillent d'aller consulter notamment dans un Centre Médico-Psychologique.

Aux Etats-Unis, les enseignants ont un pouvoir dans l'attribution de ce diagnostic encore plus important. Ils ont développé une forme d'expertise avec laquelle ils en viennent à formuler des sortes de « diagnostics scolaires ». Dans ce contexte, les experts médicaux en sont réduits à confirmer le diagnostic, à convaincre les parents de la nécessité d'un traitement s'il

y a le lieu et à le prescrire. Les parents récalcitrants s'exposent au risque de voir leur enfant exclu de l'établissement scolaire (45).

Enfin, il est intéressant de rappeler que ce comportement type TDAH décrit dans la société actuelle a pu être un comportement normal voire adapté dans des temps anciens et l'impulsivité, la capacité de scruter rapidement l'environnement et l'hyperactivité pourraient avoir été des traits avantageux pour les premiers Homo Sapiens (33).

2. 2 / La médicalisation des difficultés de la vie

Quand les enfants dérangent, quand ils ne tiennent plus en place, quand ils dépassent les bornes, il faut faire quelque chose. « Mais comme le mal est fait, et que rien de simple n'y fait, on se tourne quelquefois vers le docteur comme hier vers le curé, pour comprendre et trouver un remède.....La réponse en ce lieu ne peut qu'être médicale : on offre d'abord un nom pour la chose, puis quelquefois un médicament pour remédier au désordre » (195).

Certains voient dans la hausse des diagnostics de TDAH chez les enfants (mais aussi de plus en plus chez les adultes) le résultat d'un raffinement taxonomique et de la médicalisation accrue d'une condition problématique, au sens décrit par Lucien Israël dans *L'hystérique, le sexe et le médecin* : « Médicaliser, c'est transformer la souffrance d'un sujet en symptôme de maladie » (132). Selon eux, les enfants atteints de ces problèmes n'étaient vus auparavant que comme des enfants turbulents (198).

Et le TDAH revient à psychiatriser les difficultés de la vie et plus précisément celles du vivre ensemble (255).

Certains auteurs constatent que l'élaboration du TDAH s'est faite dans un contexte où la demande sociale vis-à-vis des psychothérapeutes et psychiatres a changé (12, 180).

Depuis les années soixante-dix avec l'essor de la psychanalyse, la demande était centrée principalement autour de la question du sujet, de sa souffrance et de ses conditions de soin. Depuis quelques années, cette demande évolue pour être plus centrée sur les symptômes comportementaux et la recherche d'une réponse (notamment médicamenteuse) qui permettrait rapidement de supprimer le symptôme. Elle s'accompagne d'un engouement particulier des médias et du public – mais aussi de certains professionnels- pour des éponymes ou

acronymes (TOC, Gilles de la Tourette, Asperger, THADA) qui donnent le sentiment rassurant qu'on sait de quoi on parle dès lors qu'on l'a nommé, et ce d'autant plus que des solutions apparemment simples sont proposées pour supprimer les symptômes.

Les parents d'aujourd'hui sont moins disposés à se livrer à une analyse de leur mode de relation avec leur enfant, afin de permettre une analyse psychopathologique complète de la situation, forcément lente et plurifactorielle (108).

Un autre facteur contribuant à cette médicalisation de la souffrance psychique est la formation des psychiatres. Cette dernière n'a pas cessé d'évoluer au gré des périodes de démedicalisation et de remédicalisation qu'a connues la psychiatrie. Durant la période d'hégémonie de la psychanalyse, elle a été à dominante littéraire, philosophique, ce qui poussait les psychiatres à voir la maladie mentale comme un élément dans la vie et le destin des patients. Aujourd'hui, elle est beaucoup plus scientifique et médicale. Les psychiatres traitent la maladie mentale comme quelque chose qui parasite la vie de leur patient et dont il faut le débarrasser (101).

Et il y a aussi l'essor des neurosciences. Elles exercent une séduction voire une fascination sur un large public. Il ne s'agit pas de dénoncer pour nous le discours scientifique mais de repérer la place qu'il a pris, l'usage social qui en est fait et les effets qu'il peut avoir sur la praxis psychiatrique. La contribution des neurosciences à la production de savoir sur le fonctionnement cérébral est considérable. Mais il semblerait que la distinction n'est pas suffisamment faite entre, d'une part des connaissances scientifiques nouvelles permettant la construction de modèles plus complexes du fonctionnement cérébral et, d'autre part, un usage social d'un discours pseudoscientifique malheureusement fortement répandu.

Le discours scientifique semble être devenu la seule référence normative, le seul discours reconnu porteur de certitudes sur lesquelles fonder un système de valeur (221). Pourtant, le discours technoscientiste produit des distorsions dans l'espace social. Le public se laisse facilement séduire par des informations neuroscientifiques sans lien avec une explication réelle notamment s'il s'agit d'un phénomène psychologique,

Un groupe de chercheurs a montré qu'il suffit simplement d'ajouter une image de cerveau pour augmenter l'adhésion du public face à une explication d'un phénomène psychologique (254).

Par l'apparente objectivité de ses données, sous forme de représentations visuelles, l'imagerie cérébrale semble relever d'une vérité scientifique. Alors que l'image obtenue n'est qu'une

image réanalysée par des logiciels, une transformation visuelle de l'activité cérébrale enregistrée et qui n'est pas l'exacte réplique de la réalité (247).

Une imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) du cerveau peut-elle montrer qu'il y a un « défaut dans le logiciel du cerveau » ou qu'une pathologie mentale est le reflet d'une anomalie cérébrale ? Peut-elle dire si un trouble du comportement est principalement d'origine psychologique ou physique ? Cette technologie mesure une certaine activité du cerveau à un moment donné. Elle ne dit pas pourquoi cette activité se produit. Elle ne peut pas déterminer la cause première du comportement. Ainsi un état purement psychologique au départ, comme par exemple dans le cas de la dysmorphophobie, l'insatisfaction causée par l'aspect physique se transforme peu à peu en une disposition physiologique, vue à l'IRMf, à voir les détails du visage plutôt que le visage dans son ensemble. On est encore loin de comprendre de manière exacte comment un état d'esprit peut modifier la biochimie de l'organisme.

Il n'est pas concevable de clore ce sous-chapitre sans évoquer le rôle des entreprises pharmaceutiques dans la médicalisation des difficultés de la vie (268).

Depuis quelques années, les entreprises pharmaceutiques sont la cible d'accusations selon lesquelles elles ne se contenteraient plus de proposer un médicament pour chaque maladie, mais s'emploieraient plutôt à fabriquer une maladie pour chaque médicament. Dans un contexte où des médicaments susceptibles de guérir des pathologies encore incurables tardent à apparaître, le seul moyen pour ces entreprises d'étendre leur chiffre d'affaire est de vendre aux gens des maladies et le médicament qui va avec. Ce dernier est soit une nouvelle molécule qui n'est qu'une copie de médicaments existants, soit un médicament déjà sur le marché bénéficiant d'une extension d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) pour la nouvelle maladie.

La transformation en trouble psychique d'un problème de la vie quotidienne (comme peut l'être un enfant turbulent) se prête particulièrement à ces manœuvres mercantiles. Mais après tout, « business is business ».

C'est beaucoup plus problématique quand le raisonnement médical se met à ressembler à cette logique commerciale. On part de symptômes qui deviennent des cibles pour les médicaments. On explique ces symptômes par la neurobiologie, on les traite par des psychotropes (38).

2. 3 / La thèse de la construction sociale du TDAH

Dans cette thèse, le TDAH est considéré comme le produit de conditions sociales particulières, plutôt que le résultat d'une anomalie intrinsèque du fonctionnement du cerveau. Régulièrement certains troubles psychiatriques reviennent sur le devant de la scène, comme une épidémie, puis disparaissent curieusement. Ce fut le cas des grandes crises d'hystérie, des « fous voyageurs », des troubles de la personnalité multiple, de la neurasthénie. Une hypothèse pour expliquer ce phénomène est que la même psychopathologie s'exprime sous des formes diverses en fonction de l'évolution et des attentes de la société. Alors l'hyperactivité ne serait pas liée elle aussi à un phénomène de mode ? Ne serait-elle pas l'expression d'une souffrance psychique de l'enfant en prise avec son environnement familial et social sous une forme acceptable pour la société postmoderne, le fond, lui, demeurant inchangé (29).

I. Hacking a développé le concept de « niche écologique » pour rendre compte de ces maladies mentales transitoires (121). Selon lui, pour qu'elles apparaissent, il faut la conjonction de quatre facteurs :

- un problème de taxinomie médicale qui intéresse au plus haut point, temporairement, la communauté scientifique
- une « polarité culturelle » de l'époque qui fixe les termes du désirable et du haïssable d'une manière présente à tous les esprits, autrement dit, la norme sociale
- un vecteur d'observabilité, incluant des mesures sociales de contrainte qui révèlent le dysfonctionnement
- et que la maladie pare au besoin de soulager un malaise social précis.

Le constructivisme est un concept qui rend compte de la construction d'une catégorie sociale, en l'occurrence, la catégorie enfant hyperactif.

Depuis plus d'une trentaine d'années, la société, les gens qui la composent ont été sensibilisés à l'existence de ce trouble du comportement du fait notamment de sa médiatisation importante. Les professionnels de l'enfance, les parents, le public en général se sont familiarisés avec le terme hyperactivité qui fait désormais partie du « stock social de connaissances ». Cela désigne une riche collection de significations qui sont continuellement

accessibles à chaque membre d'une société dans la mise en ordre de son expérience sociale (26). Ainsi, les personnes qui s'occupent d'enfants ont une idée stéréotypée de ce qu'est un enfant hyperactif (un enfant agité qui a des difficultés à rester en place et à se concentrer). Quand dans leur vie quotidienne, ils observent un tel comportement chez un enfant, cela fait référence à quelque chose de connu, leur permet d'attribuer un sens à ce comportement en insérant cet enfant dans une catégorie préconstruite.

Les interactions sociales sont affectées par les catégorisations que chacun a de l'autre. Quand un adulte, un enseignant par exemple, a catégorisé un enfant comme hyperactif, l'enseignant va adopter une certaine attitude envers lui.

La catégorisation a des effets aussi sur l'enfant. Berger et Luckmann expliquent que lors de la socialisation primaire, l'identité de l'individu socialisé se construit à partir de la façon dont les autres le voient. Le jeune enfant intériorise cette image. « Il existe une dialectique entre l'identité objectivement attribuée et subjectivement appropriée » (26).

L'étiquette d'enfant hyperactif joue un rôle dans la construction de l'identité de l'enfant.

E. Schur a défini un processus d'étiquetage d'un comportement déviant en 4 temps (22) :

- la catégorisation qui implique que les gens se basent sur des stéréotypes : un enfant agité, qui ne parvient pas à rester en place et à se concentrer est un enfant hyperactif
- l'interprétation rétrospective : il s'agit d'examiner le passé de l'individu pour y trouver des indices concernant son état actuel de déviant
- la négociation de l'identité déviante : celui qui est étiqueté n'accepte pas passivement le statut que l'on tente de lui attribuer. Il peut dans la mesure de ses possibilités nier, atténuer ou changer l'étiquette proposée. Il s'agit pour lui d'imposer sa propre définition.

L'enfant étiqueté hyperactif apprend des autres son rôle d'hyperactif. Il en apprend les « bons côtés » comme qu'il n'est pas responsable de son comportement ; les « mauvais côtés » comme que son entourage a du mal à le supporter à moins qu'il ait pris son médicament.

- l'engouffrement dans le rôle déviant : il s'agit de l'acceptation de l'identité déviante.

Et quand l'individu s'est engouffré dans son rôle déviant, il peut difficilement s'en sortir.

Lorsqu'un enfant est étiqueté hyperactif à l'école, certaines attentes sont mises en jeu à son égard et il sera dorénavant difficile pour lui de s'en défaire.

Une autre conséquence de l'étiquetage est celle évoquée par H. Becker (22). L'identité déviante commande les autres identifications. Le statut de déviant s'étend à tous les aspects de

la vie de l'individu ainsi étiqueté. On peut donc comprendre que l'enfant étiqueté comme hyperactif risque de voir cette appellation prendre de plus en plus de place dans sa vie.

V / La complexité du diagnostic psychiatrique

Etablir un diagnostic en médecine est une étape aussi essentielle que difficile. Il en découle le choix de la thérapeutique mais aussi le regard que le patient va porter sur lui-même.

Les pathologies mentales et la psychiatrie occupent une place particulière dans le monde de la maladie et de la médecine qui tient à la complexité de leur objet : la subjectivité. « Celle-ci est à la fois un objet inobservable et délicat, tout en nuances, travaillée par les contradictions du désir et de la volonté et un objet dont certains aspects sont observables en tant qu'éléments du corps » (81). Cet aspect observable porte d'ailleurs sur des mécanismes biologiques qui sont eux aussi d'une grande complexité.

Cette complexité apparaît aussi dans la variété des termes utilisés en psychiatrie. Si la médecine s'est toujours préoccupée des maladies, la psychiatrie s'est intéressée à la folie, a reconnu des faits mentaux pathologiques, a décrit des maladies mentales, pour finalement définir des troubles mentaux.

1 / Le trouble mental : un concept qui reste difficile à définir

D. Bolton dans son essai philosophique « What is Mental Disorder » (35) évoque l'impossibilité de proposer une définition claire et largement acceptée de ce qu'est un trouble mental, et ce après avoir consulté une abondante documentation sur ce sujet dans plusieurs disciplines.

C'est aussi ce que notaient deux psychologues dans une recension des thèmes de la psychopathologie adulte et des problèmes afférents : « L'absence de définition établie du construit théorique qu'est le trouble mental est une préoccupation constante et fondamentale pour la science de la psychopathologie » (264).

Tenter de définir le trouble mental, c'est se heurter à la difficulté « d'objectiver le subjectif à l'occasion de telle ou telle spectaculaire défaillance de notre vie mentale » (81).

1. 1 / Des doutes au sujet de son existence même

La mise en cause du bien-fondé de notions décrivant des maladies mentales, le refus de la médicalisation de la folie et la dénonciation du pouvoir psychiatrique ont été le fer de lance des mouvements antipsychiatriques qui se sont développés dans les années soixante-dix en Italie avec F. Basaglia, en Angleterre avec Ronald Laing et David Cooper, aux Etats-Unis avec Thomas Szasz.

Ainsi le psychanalyste américain, Thomas Szasz soutenait que les maladies mentales étaient en quelque sorte des créatures mythiques (236, 237) fondées sur une analogie trompeuse avec le concept de maladie physique. Cette analogie aurait deux fonctions : premièrement celle de détourner l'attention des véritables sources des problèmes de l'individu comme par exemple des arrangements sociaux fautifs ; deuxièmement, celle d'exercer une ségrégation et un contrôle des personnes socialement indésirables, fonction masquée sous l'image de la science objective.

Michel Foucault partageait ce scepticisme sur la réalité des maladies mentales. « Une pathologie unifiée utilisant les mêmes méthodes et concepts pour les domaines psychologiques et physiologiques est maintenant purement mythique, même si l'unité du corps et de l'esprit est de l'ordre du réel » (93).

Dans son livre *L'histoire de la folie à l'âge classique* (94), il a décrit les représentations et les mentalités liées à la folie, de la fin du Moyen-âge jusqu'à la naissance de l'asile au XIX^e siècle. Durant cette période, le fou n'était pas encore considéré comme un « malade mental ». La Renaissance lui avait même donné la parole dans *La Nef des fous* (43) et dans *L'éloge de la folie* (82). Avec la création de l'Hôpital général à Paris en 1656, l'âge classique l'a réduit au silence en l'enfermant aux côtés des oisifs, des délinquants et des marginaux. Il s'agissait d'isoler et de faire travailler ceux qui pesaient comme une charge pour la société.

Michel Foucault a cherché à montrer qu'il n'y avait pas une seule réaction possible à la folie et que le regard que l'on portait sur elle dépendait de la culture dans laquelle elle s'inscrivait.

Dans *Le pouvoir psychiatrique* (95), Michel Foucault évoque le fou en prise avec ce pouvoir. Il y décrit un pouvoir psychiatrique qui fonctionne comme une instance productive d'énoncés et de discours et, conséquemment, de représentations de la folie. Michel Foucault y dénonce

le rapport entre la pratique psychiatrique et le discours de la vérité (62). D'après lui, non seulement la psychiatrie définit la maladie mentale, mais le psychiatre avec l'autorité conférée par la science médicale devient dépositaire de la vérité. Il détient d'une façon définitive quelque chose qui est la vérité par rapport à la folie et il a le devoir d'imposer ce réel au fou au nom d'une vérité présentée comme une vérité médicale établie une fois pour toutes.

Actuellement, ce scepticisme sur la réalité des maladies mentales se retrouve dans les thèses du constructionnisme social. De façon générale, le constructionnisme social met l'accent sur le rôle des conditions sociétales dans la constitution des phénomènes étudiés. En ce qui concerne les maladies mentales, cela revient à dire que la stabilité d'un type de maladie mentale (c'est-à-dire le fait que le comportement et les réactions des patients « souffrant de la même maladie » soient similaires et que la maladie persiste dans une société pendant une certaine période de temps) dépend des représentations, des normes et des attentes particulières d'une société. Sans elles, ces maladies mentales ou du moins un certain nombre d'entre elles, n'existeraient pas (90).

1. 2 / Des définitions qui évoluent au cours de l'histoire de la psychiatrie

Quand la médecine a pris en compte au XVIII^{ème} siècle quelques aspects de ce que la culture entendait depuis longtemps par folie et attribuait à l'action malveillante des dieux ou à l'effet du Mal, quand la médecine a reconnu que la folie pouvait correspondre à des modèles qu'elle connaissait, elle a commencé à définir des faits mentaux pathologiques (159).

C'est dans l'œuvre fondatrice de Pinel que la folie a été considérée pour la première fois comme une maladie. Il lui substitua le terme plus savant « d'aliénation mentale » dont son disciple, Esquirol, en précisa la définition : « affection cérébrale ordinairement chronique sans fièvre, caractérisée par les désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté » (83).

Mais qu'était-ce que l'aliénation mentale selon Pinel ? Paul Dumouchel (77), après avoir enquêté sur trois des ouvrages principaux de Pinel, est parvenu à établir la chose suivante. Pour le père de la psychiatrie française, il n'y avait pas de raison théorique particulière de considérer l'aliénation mentale comme une maladie radicalement différente des autres

affections dont un patient pouvait souffrir. De plus, la maladie mentale avait selon lui une temporalité propre, disjointe de l'histoire subjective du malade ; autrement dit il n'y avait pas de lien explicatif entre le trouble mental et l'histoire du sujet.

Cette unité de l'aliénation mentale se fragmenta rapidement en plusieurs maladies mentales. J.P. Falret, en 1864, a apporté une contribution fondamentale à la mise en place du modèle médical moderne des faits mentaux pathologiques, lorsqu'il a substitué la notion classique d'aliénation mentale, signe d'une conception unitaire de la pathologie mentale, à la notion de maladies mentales.

Ce tournant a ouvert la voie à une riche nosographie où prenaient place les délires chroniques, les démences, les états d'arriération et les névroses aboutissant aux traités d'E. Kraepelin (24). Si Pinel a été à l'origine de la médicalisation de la folie, E. Kraepelin a conçu un modèle médical moderne des faits mentaux pathologiques. Le concept de maladie mentale est au centre de sa nosologie. Il nécessite l'existence d'entités pathologiques, définies par une clinique spécifique mais également par une étiologie et une évolution déterminées.

Ainsi tout au long du XIXe siècle, la psychiatrie a défini ses objets (les faits mentaux pathologiques) en les décrivant, en constituant une sémiologie pour chacun d'eux inspirée de la séméiologie médicale, en les classant. Les cliniciens d'alors avaient pour souci majeur l'édification d'une nosologie (240). Pour expliquer l'origine de ces troubles, il était fait appel dans une perspective causale à divers facteurs étiologiques : lésions anatomiques cérébrales, hérédité, infections, toxiques, traumatismes....en même temps que les recherches sur le fonctionnement psychologique se développaient.

Dès le début de l'histoire de la psychiatrie, il y a eu une volonté de naturaliser la folie en définissant les faits mentaux pathologiques à partir des dysfonctionnements neurologiques. Durant le XIXe siècle, âge d'or de l'aliénisme, les psychiatres ont cherché l'explication dernière des désordres de la conduite, de l'affectivité et de la pensée dans des causes physiques telles des lésions ou des altérations de la matière cérébrale (133).

Dans les travaux d'E.J. Georget publiés en 1820 (104), la folie était définie comme une « affection de l'organe encéphalitique » dont les symptômes sont psychologiques, entre autres.

A.L.J. Bayle publia en 1826 un *Traité des maladies du cerveau et de ses membres* (21) dans lequel il définissait les diverses formes de l'aliénation mentale en fonction de différents désordres cérébraux.

F.J.V. Broussais publia en 1822 un *Traité de physiologie appliquée à la pathologie* (46) et en 1828 *De l'Irritation et de la Folie* (47) dans lesquels il définissait les maladies mentales à partir de concepts psycho physiologiques.

Il se développa dans le cadre d'une psychiatrie organiciste une nosologie devenue « typologie constitutionnelle à travers l'étude des désordres de l'organe cérébral » (10).

Une nouvelle manière de définir la maladie mentale est apparue avec le courant psychanalytique à la fin du XIXe siècle. Il prit une telle importance qu'il suscita un ébranlement méthodologique de la pensée empirique. La première moitié du XXème siècle marqua le passage de la psychiatrie clinique à la psychiatrie psychopathologique. A la description des maladies mentales au sens médical du terme, définies uniquement par leur symptomatologie et leur évolution, se substitua la description d'entités syndromiques fondée sur l'analyse de mécanismes psychopathologiques spécifiques. La compréhension de l'individu malade paraissait devoir primer sur l'étiquetage d'une maladie (240). Freud offrit à la communauté intellectuelle et psychiatrique un regard complètement neuf sur la manière dont l'esprit fonctionne.

Sigmund Freud a abandonné la prédominance de la pensée empirique de la période de la psychiatrie classique au profit de l'analogie. L'avantage en a été d'ouvrir la connaissance sur le monde des pulsions sous-jacentes et sur la vie instinctivo-affective. Pour la première fois en psychiatrie, une affection pouvait être rattachée de façon claire à un événement de la vie personnelle du patient plutôt qu'au dérèglement d'une fonction anonyme. Le refoulement de ces éléments douloureux dans les parties inconscientes du psychisme était invoqué comme un élément étiologique essentiel.

1. 3 / Les tentatives actuelles de définition du trouble mental

1. 3. 1 / La persistance d'une conception ontologique du trouble mental

D'un point de vue épistémologique, les maladies sont des espèces fictives fondées sur des régularités statistiques tirées de l'observation de manifestations pathologiques répétitives. Les maladies sont des « êtres de raison » (116) qui n'existent nulle part ailleurs que dans le monde des idées. Elles correspondent à des ensembles conceptuels qui regroupent des informations d'ordres clinique, biologique et provenant de l'imagerie dans un tableau idéal défini comme une entité pathologique. Il y a une nécessité de classer, de regrouper, d'ordonner, de nommer ce que l'on observe dans toutes les sciences mais cela ne confère pas aux phénomènes étudiés la qualité de principe ayant une existence propre.

Le point de vue épistémologique n'est pas celui qui prévaut dans l'esprit humain. Malgré les progrès et la vulgarisation des connaissances scientifiques, la tentation ontologique reste très présente dans nos sociétés hypermodernes. Depuis les premières civilisations humaines qui imaginaient le mal comme un monstre invisible et menaçant, seule la nature de l'ontologie a changé. Elle s'apparente plus aujourd'hui à un essentialisme par lequel les maladies sont regardées comme des espèces naturelles, des catégories cohérentes, structurées par une logique interne et qui existent pour ce qu'elles sont en elles-mêmes. Le langage commun fourmille d'expressions qui trahissent cette représentation essentialiste. C'est ainsi qu'on attrape un rhume ou une grippe, et quand le mal n'est pas identifié, qu'on s'est « chopé » quelque chose. On dit aussi lorsqu'on a un cancer, qu'on se bat contre la maladie.

Cette conception de la maladie, certes erronée d'un point de vue épistémologique, s'est avérée nécessaire et utile. Une maladie, c'est ce que le médecin déclare telle, et c'est ce pourquoi les patients requièrent ses services. Le médecin doit reconnaître et classer les maladies pour les soigner et les guérir. Le pacte qui unit le médecin au patient est de se battre contre la maladie, d'éradiquer le mal à chaque fois que c'est possible. Cette représentation de la maladie a accompagné les progrès de la biomédecine en matière de guérison et d'espérance de vie (157).

La tentation ontologique a été présente dans la psychiatrie française dès l'origine. La classification de Pinel prétendait saisir un ordre naturel et réel considérant que les maladies avaient ce caractère de stabilité, celui d'un ordre permanent et assujéti à certaines lois. Pinel estimait que toute la science du nosographe consistait à reconnaître au sein du chaos de cas particuliers innombrables, le mal, c'est-à-dire l'espèce naturelle de maladie dont le patient est atteint. La nosographie permettait au praticien d'en faire autant : remonter des apparences jusqu'à l'essence.

L'idée d'un ordre symptomatique, dans lequel la différence des symptômes établit les différences des classes, des genres et des espèces des maladies était au centre de la « Nosographie philosophique » de Pinel (199). Elle l'est encore dans le DSM-IV ainsi que la tentation ontologique.

1. 3. 2 / L'approche biologique de Wakefield (258)

Des auteurs tenants d'une conception médicale de l'hyperactivité de l'enfant citent le concept de trouble mental élaboré par Wakefield pour défendre la validité nosographique du TDAH (16, 125).

Wakefield a une position de scientifique qui s'inspire de la théorie de l'évolution.

Selon J. Wakefield, un concept de maladie est partagé à l'intérieur d'une même culture, entre cultures et à travers l'histoire. Ce qui explique les opinions largement partagées sur ce qu'est une maladie.

J. Wakefield a proposé une analyse d'un concept de maladie mentale en tant que « dysfonction préjudiciable ».

Il s'agit de l'échec d'un mécanisme mental à assurer la fonction naturelle qui lui a été affecté par l'évolution. Cette conception du trouble mental est principalement neurophysiologiste.

Mais Wakefield reconnaît une composante morale car ces dysfonctionnements délétères sont des dysfonctionnements que la société juge nuisibles.

1. 3. 3 / L'approche constructionniste d' Hacking (120)

Il est intéressant d'exposer la pensée de I. Hacking car il a élaboré une thèse de constructionnisme social des maladies mentales qui n'est pas nécessairement anti-biologique. S'il évoque l'existence de « maladies mentales passagères » (121) qui disparaissent avec les vecteurs culturels sur lesquels leur conceptualisation repose, il reconnaît aussi dans

l'existence de maladies mentales universelles et transculturelles une part « réelle » de la participation biologique.

Sa réflexion porte sur la part de construit social inévitable dont il faudrait tenir compte dans la conceptualisation de ces troubles et dans leur traitement.

Pour cela, il fait appel à un nouveau concept, celui de la définition de genres indifférents et de genres interactifs. Les sciences de la nature ont affaire à des genres indifférents qui ne sont pas conscients de ce qu'ils sont comme par exemple les plantes ou les particules élémentaires. Les sciences humaines ont affaire le plus souvent à des genres interactifs qui sont conscients de ce qu'ils sont et cette conscience-là interagit avec les états, les conditions, les comportements, les actions de ces individus. Les objets de la psychiatrie (à savoir les troubles mentaux) ne sont pas indifférents à la classification scientifique. Il existe une interaction entre les concepts que la psychiatrie développe et ses objets. Les objets psychiatriques définis comme des êtres humains présentant des faits mentaux pathologiques sont touchés et transformés par les étiquettes qui leur sont attribuées ou qu'ils s'appliquent à eux-mêmes.

Ainsi la classification « schizophrène » n'interagit pas seulement avec les patients simplement parce que, en entendant le mot, ces personnes peuvent prendre conscience d'eux-mêmes comme faisant partie d'un genre et changer d'attitude en conséquence mais aussi parce que traités et institutionnalisés comme faisant partie de ce genre, ils font l'expérience d'eux-mêmes de cette façon.

Ian Hacking constate que la réalité de la maladie mentale a été constamment renégociée. Chaque définition classificatoire (retard mental, autisme infantile, schizophrénie,) a produit des interactions et des effets de boucle qui ont abouti à de nouvelles catégorisations. Ceci en tenant compte de la manière dont les individus avaient changé à la lumière de la catégorisation antérieure et en raison des théories, des pratiques et des institutions qui entourent cette classification. Ainsi les définitions des troubles mentaux sont en mouvement constant avec des allées et venues entre du scientifique et du social. N'est pas seulement à prendre en considération la sémantique de la nosographie mais aussi la dynamique de la catégorisation.

L'originalité de Ian Hacking est de dégager un espace dans lequel « construit social » et « réel » peuvent être simultanément développés et coexister sans trop de conflits ; d'ouvrir un espace où peuvent coexister et s'articuler les deux points de vue (67).

1. 3. 4 / La proposition de D. Bolton

D. Bolton a conclu son essai philosophique (35) en proposant de définir un trouble mental à partir de la souffrance et des incapacités qui lui sont associées et en écartant toute considération causale biologique ou sociale. Le trouble mental se trouvant réduit à n'être simplement que ce que les professionnels de santé mentale traitent, Bolton propose d'abandonner complètement le concept de trouble mental et d'utiliser plutôt le concept, plus large, de problème de santé mentale. Il rejoint là la position de R. Kendell en 1986 (146) qui suggérerait d'arrêter d'essayer de diagnostiquer des troubles pour tous les problèmes pour lesquels les psychiatres sont couramment consultés.

R. Bolton estime qu'une telle définition contextuelle serait en accord avec la pratique clinique du traitement des troubles mentaux dans la mesure où cette dernière se focalise sur les conséquences préjudiciables plus que sur leur cause.

Il traduit le souhait d'une politique de santé mentale au plus près des besoins et des demandes liées aux souffrances psychiques quotidiennes du sujet.

Selon lui, en dehors des engagements idéologiques de chacun, les différentes conceptions du trouble mental (médical, social, psychologique) devraient être évaluées sur le terrain pragmatique de leur conséquence dans la pratique clinique.

2 / Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM (63, 101, 149, 171)

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux conçu par l'American Psychiatric Association est devenu une référence incontournable pour la psychiatrie actuelle. Il a vocation à être un manuel de médecine scientifique et en est à sa 4^{ème} édition. La 5^{ème} édition devrait paraître début 2013.

Le DSM est un système de classification recouvrant la totalité des troubles mentaux possibles. Il utilise des critères diagnostiques pour définir les différents troubles. Il se base sur une classification syndromique à partir de l'observation des signes cliniques. C'est une approche syndromique et sémiologique du diagnostic psychiatrique.

Il affiche une volonté d'être a-théorique, c'est-à-dire de rester neutre quand aux causes supposées provoquer les affections mentales en question. Seule l'observation empirique de la symptomatologie est prise en compte.

Le DSM est innovant par son diagnostic multiaxial. Les cinq axes du DSM sont les suivants :

L'axe I regroupe en syndrome les symptômes présentés par une personne.

L'axe II note les troubles de la personnalité et les troubles du développement.

L'axe III permet de relever l'ensemble des troubles somatiques concomitant des troubles mentaux.

L'axe IV est destiné à estimer la sévérité globale des facteurs de stress psychosociaux susceptibles d'avoir significativement contribué au développement ou à l'aggravation des troubles actuels.

L'axe V permet d'évaluer le niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé dans l'année écoulée.

Depuis sa troisième édition, le DSM suscite de nombreux débats sur son influence sur la clinique psychiatrique et ses rapports à la séméiologie, à la nosologie et au diagnostic.

2.1 / Les décalages entre l'objectif initial du DSM et son utilisation actuelle

- Un décalage géographique :

Le DSM, conçu initialement comme une nosographie nord-américaine, s'est mondialisé.

- Un changement de destination

Initialement, il s'agissait d'un manuel de classification utile à la recherche en créant un langage commun entre les différents spécialistes du fait mental pathologique, en fournissant aux chercheurs un repérage catégoriel. Son objectif était de permettre de constituer des groupes de malades homogènes et d'assurer la fidélité des jugements entre psychiatres. Ce qui permettait de tirer des conclusions valables d'un essai de médicament, par exemple.

A l'origine, il n'était pas question de proposer les critères diagnostiques comme base de l'enseignement de la psychiatrie et du raisonnement clinique, du fait du caractère nécessairement réducteur et désincarné de ces outils.

Son utilisation a évolué vers des objectifs beaucoup plus larges en pratique courante. Il s'est imposé à la pratique psychiatrique individuelle. Il est devenu aussi un manuel de psychiatrie utilisé par le clinicien pour guider sa pratique clinique. Les différentes catégories décrites se

sont imposées comme des entités cliniques. Une thérapeutique s'est peu à peu élaborée autour de ces différentes catégories.

- **Un a-théorisme et une neutralité de façade qui se lézardent**

Le choix nosographique du DSM-IV a des conséquences épistémologiques. Le découpage de l'univers des troubles mentaux selon l'ordre symptomatique et syndromique a fait de l'épidémiologie et de la pharmacologie des objets de recherche privilégiés.

Il s'avère aussi que le DSM devenu manuel diagnostique favorise une pratique médicale de la psychiatrie au détriment de l'approche psychodynamique.

- **Une scientificité quelque peu mise à mal**

Depuis que sont apparues au XIX^e siècle des descriptions de maladies mentales distinctes, leur nombre n'a cessé de croître d'autant que l'observation clinique est complétée aujourd'hui par le recours à des examens neurologiques et biochimiques. Toutefois, attribuer au seul progrès scientifique le fractionnement de troubles mentaux existants et la découverte de nouvelles maladies serait insuffisant.

Si les éditions successives des DSM-III, III-R et IV cherchaient à apporter des réponses à l'amélioration de la validité diagnostique, le comité de rédaction a aussi subi l'influence de groupes de pression constitués par les assurances, les associations de patients et de leurs familles et diverses communautés. C'est ainsi que l'homosexualité a été exclue du DSM-III-R sous la pression des associations « gay », que les vétérans du Vietnam ont réussi à faire reconnaître, et inscrire au DSM, le PTSD (PostTraumatic Stress Disorder) et c'est pour éviter l'accusation de misogynie émanant des féministes que le DSM évite le mot d'hystérie, estimé injurieux envers la gent féminine, le remplaçant par « personnalité histrionique ».

L'identification de la maladie permet une prise en charge financière, hospitalière, éventuellement scolaire. Elle permet pour les patients une reconnaissance de leurs troubles comme une « vraie maladie ». En conséquence, l'inscription au DSM devient un enjeu et pousse à l'inflation. D'une édition à l'autre, le nombre des troubles décrits n'a cessé d'augmenter passant de 180 dans le DSM-I à 320 dans le DSM-IV.

2. 2 / L'absence de prise en compte des difficultés propres à la psychiatrie

L'utilisation du DSM dans la démarche diagnostique a pour conséquence logique qu'un diagnostic psychiatrique se fait selon le modèle médical classique en trois étapes.

Premièrement, le médecin a pour tâche de recueillir les éléments séméiologiques ; deuxièmement de les regrouper et de les comparer aux configurations symptomatiques typiques emmagasinées dans les traités comme dans sa mémoire ; troisièmement, par voie d'inférence à partir des résultats de cette comparaison, de conclure au diagnostic de la maladie présentée par son patient (239).

Le propre du raisonnement diagnostique est d'inférer de leurs effets les causes, de remonter des signes à la forme morbide qui les explique (176).

Le symptôme somatique et le symptôme psychiatrique diffèrent sur plusieurs points (238).

- Dans la définition d'un symptôme somatique ne figure que ce qui est propre au patient et qui ne varie pas selon l'interaction avec l'observateur mais caractérise seulement l'observé. Ainsi un souffle systolique reste le même quelque soit l'observateur qui sait ausculter un cœur. Dans le symptôme psychiatrique, il y a une part d'ordre interactionnel ou relationnel. Par exemple, le vécu d'inauthenticité éprouvé devant un hystérique ou devant un schizophrène maniéré. Ce vécu d'inauthenticité est essentiel à leur reconnaissance mais en raison de sa nature relationnelle il accède difficilement au statut de symptôme.
- Dans une maladie somatique, le symptôme est reconnu en premier puisqu'il est seul apparent et la maladie restée cachée est inférée d'une configuration symptomatique caractéristique. Et il y a des moyens (biologiques, histologiques, d'imagerie) pour confirmer le diagnostic. Pour nombre des pathologies psychiatriques, le diagnostic inféré d'un certain nombre de symptômes ne peut être confirmé par d'autres moyens. « le symptôme psychiatrique n'a pas la valeur d'un signe apparent d'une réalité cachée, comme le symptôme somatique » (238). Le symptôme n'est pas un signe mais un trait caractéristique faisant partie intégrante de la définition d'un trouble mental.

Se pose alors la question de la nature de ce diagnostic que le DSM permet d'inférer.

Bien que le DSM ne fournisse aucune représentation des processus biologiques, psychologiques ou environnementaux d'un trouble donné et cela de par sa volonté d'être a-théorique, son utilisation par le clinicien comme manuel diagnostique induit dans son esprit l'idée qu'il y a une psychopathologie sous-tendant cette entité clinique.

Des philosophes de la psychopathologie (89) soutiennent que la thèse sous-jacente à la catégorisation du DSM est qu'il est possible d'individualiser les conditions psychopathologiques sur la base de leurs manifestations cliniques directement observables. Or d'après eux, c'est « une conception fautive » que d'identifier « les espèces naturelles » de la psychopathologie seulement en prenant en considération les symptômes directement observables sur le plan phénoménologique.

La conséquence en est que le DSM continue très probablement à classer dans la même catégorie des individus qui présentent des similarités superficielles, dont les processus sous-jacents diffèrent significativement.

2. 3 / Le déni de l'intersubjectivité

Le DSM privilégie l'approche diagnostique et thérapeutique de la médecine hospitalière. Il favorise l'élaboration de prises en charge en fonction des pathologies. La fidélité interjuge du DSM et les démarches de soins protocolisées rendent les médecins et soignants interchangeables.

Il privilégie ce type d'approche aux dépens d'une approche clinique individuelle plus intuitive et axée sur la relation et le contexte.

Parmi la masse d'information perçue par le psychiatre au cours de l'entretien avec son patient, seules « les déviations quantitatives et qualitatives du comportement et du vécu dits normaux » sont prises en compte dans les critères diagnostiques du DSM. Les données relationnelles et interactionnelles ne sont pas considérées. Or ces données sont une part essentielle des données nécessaires à la pratique psychiatrique quotidienne. Comme par exemple l'impression d'inauthenticité du patient. Ou encore comme celle d'apprécier le degré de liberté dont dispose le patient quant à ses comportements comme quant à ses vécus. A. Tatossian (240) rappelle que cette appréciation intervient beaucoup plus que le diagnostic dans les décisions psychiatriques les plus quotidiennes : hospitalisations ou non, évaluation du risque suicidaire, octroi d'une permission...etc

Dans le DSM, pas la moindre préoccupation de la relation que le malade cherche à établir, du sens et du message véhiculé à travers ses douleurs, de ce qui est arrivé à cet individu singulier dans son contexte particulier. Le DSM favorise une observation standardisée qui oblige à considérer le fait pathologique comme priorité caractéristique du patient qui devient porteur du symptôme psychique. Il écarte par avance toute conception relationnelle de la pathologie psychique (101).

La classification est même considérée par ceux qui contestent cette pratique psychiatrique comme un obstacle à l'approche directe de l'individu, spécialement à son approche dynamique et psychothérapique.

Pourtant c'est cette rencontre qui va conduire le psychiatre à mieux connaître son interlocuteur, ce qui est non seulement nécessaire pour décider de la thérapeutique mais qui constitue également une part incontournable du soin lui-même. Savoir qu'un autre le comprend dans sa détresse est source de réconfort pour le patient. L'entretien diagnostique ne peut être considéré comme indépendant de la relation psychothérapique qui s'installe, de fait, entre le psychiatre et son patient.

De plus l'observation clinique en psychiatrie, la recherche de signes permettant de valider les critères diagnostiques du DSM, n'est pas la simple rencontre entre une personne souffrant de troubles mentaux produisant des symptômes et une autre personne saine d'esprit, possédant un savoir permettant de décrypter objectivement les signes qu'elle perçoit, de les regrouper logiquement, d'en inférer un diagnostic et de conclure à une thérapeutique. Dans l'examen clinique, l'observateur, par le contexte de l'observation, par sa propre structure de la personnalité, par son appartenance socioculturelle, etc., est partie intégrante de l'observation.

En pratique, cette « connaissance du sujet » vers laquelle tend l'entretien diagnostique repose généralement sur l'alternance de deux modalités de communication. L'approche séméiologique décrite dans le DSM mais aussi une approche qui peut être qualifiée de phénoménologique (84). Dans cette dernière, le psychiatre suspend son jugement et capture son interlocuteur dans sa subjectivité. Une impression, une ambiance se dégage, qui permet d'accéder aux facettes les plus subtiles du fonctionnement psychique.

C'est ce que montre la notion de « vécu du précoce » décrite par H.C. Rümke (210). C'est aussi ce que E. Minkowski a appelé le « diagnostic par intuition, par impression ou par pénétration » (181) pour qualifier certains sentiments éprouvés par les observateurs devant

des patients psychiatriques, en particulier schizophrènes, et qui font immédiatement évoquer le diagnostic en question.

Et c'est la synthèse de ces deux types d'information, leur intégration ou pas au sein d'un champ théorique, leur mise en perspective avec les représentations que le clinicien s'est construites au cours du temps, qui conduira ainsi progressivement à l'émergence du diagnostic, avec toutes ses nuances et ses limites.

Le DSM est devenu une classification incontournable dans la pratique de la psychiatrie. Cette hégémonie qui s'est installée va à l'encontre de la spécificité psychiatrique. Dans un article paru en 1976 (241), A. Tatossian insistait sur une notion qu'il jugeait capitale : celle de la légitimité d'un pluralisme nosologique en psychiatrie. Il estimait que le problème spécifique de la classification psychiatrique était l'absence d'une classification naturelle, capable d'appuyer l'ensemble de ses groupes sur un principe extra-symptomatique, par exemple étiogénique ou pathogénique. De ce fait, la classification psychiatrique était forcément artificielle et comportait une infinité de solutions possibles. Il proposait qu'il y ait un choix de la classification et que ce choix soit guidé par l'utilisation envisagée. Mais il rappelait que chacune de ces destinations comportait des exigences formelles particulières et des justifications inhérentes au domaine d'application envisagé. L'existence hégémonique d'une classification ne permet pas toutes ces utilisations.

3 / Le choix d'un modèle psychopathologique et son impact sur la praxis psychiatrique

3. 1 / Un choix sous influence

L'existence de différentes possibilités de concevoir la pathologie mentale impose au psychiatre de faire le choix d'un ou de plusieurs modèles psychopathologiques pour étayer sa pratique clinique. De nombreux facteurs interviennent dans ce choix, de l'enseignement médical qui entretient l'illusion d'un savoir unitaire à des facteurs d'influence tels que les courants de pensée dominants et les figures du maître rencontrées.

Ce choix est loin d'être libre et éclairé. Il est largement conditionné par l'environnement socioculturel et professionnel du psychiatre. « ...le rappel que les raisons au ressort des

pratiques psychiatriques sont mises en œuvre par des gens qui agissent ici et maintenant, autrement dit, là où ils ont été installés » (130).

Le psychiatre est soumis à l'influence des paradigmes. Cette notion, amenée par E. Kuhn (152), décrit la façon de s'exprimer dans les systèmes de croyances scientifiques. Le paradigme détermine la structure des questions, des instruments et des solutions que les scientifiques développent pour expliquer les phénomènes dans des domaines spécifiques tels que la physique, la chimie et l'astronomie. Ces systèmes de croyance scientifiques évoluent lorsque certaines anomalies, qui ne semblent pas correspondre au paradigme accepté, émergent de la recherche. Le modèle de Kuhn a été appliqué à des domaines autres que celui de la science comme le monde des affaires, la religion, la psychologie, l'éducation.

Ainsi G. Lantéri-Laura a décrit trois paradigmes pour représenter les étapes successives de l'évolution de la pensée dominante en psychiatrie occidentale depuis le XVIII^e siècle : le premier a été l'aliénation mentale quand tout ce qui relevait de la médicalisation de la folie correspondait à une maladie ; le second a été les maladies mentales considérées comme des espèces morbides naturelles irréductibles les unes aux autres ; le troisième a été les grandes structures psycho pathologiques opposant les structures névrotiques aux structures psychotiques (244).

Il semblerait que le quatrième paradigme, celui de la psychiatrie actuelle soitle DSM.

3. 2/ Un impact conséquent sur la praxis

Mais pourquoi traiter de cette question de nature philosophique ? Est-ce au médecin-psychiatre de réfléchir à tout cela ? Son rôle n'est-il pas de soigner le mieux possible et de soulager le plus rapidement possible son patient ? « Gardons nous des clichés et des caricatures. La philosophie n'est pas réduite à manier des concepts pendant que la médecine (qui se serait affranchie de l'histoire de la pensée) ne parerait qu'au plus pressé et au plus efficace. (...) Si la thérapeutique n'est pas dissociable de l'éthique, il est nécessaire que la pensée pragmatique prédécisionnelle puisse être relayée par une pensée qui médite post décisionnelle » (162).

Les modèles psychopathologiques qu'un psychiatre se donne d'un trouble mental renvoient à des choix épistémologiques et ceux-ci ont des enjeux thérapeutiques et éthiques concrets.

Le développement de la pensée du clinicien au sujet d'un trouble mental, les conséquences de son mode de pensée sur les interactions avec ses patients, son processus de catégorisation des patients dépendent de ses références théoriques.

D'où l'importance, pour le clinicien, de bien connaître les différents modèles et de bien se situer lui-même par rapport à ces modèles. G. Lantéri-Laura invite le psychiatre à se demander en quoi et de quelle manière la référence théorique vient l'éclairer (158).

Il est de la responsabilité du psychiatre de réfléchir à ses théories de référence, à ses croyances et de les faire évoluer dans le temps, guidé par une éthique de soins et de soulagement de la souffrance.

Cette réflexion permet aussi d'animer un esprit de résistance probablement nécessaire face à l'hégémonie du DSM. « A céder sur les mots, on finit cependant toujours par céder sur les idées....et à céder sur les modèles, on finit inmanquablement par céder sur les pratiques » (110).

Un esprit de résistance qui permet aussi de faire face au risque d'un « pratico-inerte » (246) où le médecin se transforme en « machine à soigner », où le patient, adulte ou enfant, devient « un objet de diagnostic et de soins qui circule comme une pièce mécanique sur une chaîne de production » (105). Les équipes de psychiatrie voient leurs compétences augmenter quand elles s'attachent à théoriser leurs expériences, ce qui donne à leurs pratiques un souffle nouveau et une qualité accrue.

Les théories sont souvent des fictions mais elles sont indispensables pour lutter contre le pratico-inerte (71).

3. 3 / Comment les théories sont mises en œuvre au cours de la consultation

C'est la linguistique qui permet d'aller voir ce qui se passe au niveau de « l'articulation intime de la clinique et de la théorie » (139).

La linguistique descriptive a établi que la réalité est, dans une grande mesure, inconsciemment construite à partir des habitudes langagières du groupe. Les mondes où vivent des sociétés différentes sont des mondes distincts, pas simplement le même monde avec d'autres étiquettes

(34). Deux psychiatres se référant à des théories différentes d'un trouble mental ne parlent pas seulement de la même chose en des termes différents ; ils ne parlent plus tout à fait de la même chose. Et ils ne font pas la même clinique. G. Lakoff insiste : « Je pense que les différences entre systèmes conceptuels affectent les comportements de façon significative. Il est d'une importance vitale de comprendre comment ce que nous faisons dépend de notre manière de penser » (156).

Et le langage « neutre », support d'une communication impartiale, voulu par les rédacteurs du DSM paraît alors impossible (101). Les mots inévitablement, influencent la réalité qu'ils décrivent.

Au cours de la consultation, la théorie permet de guider l'investigation clinique car sans report théorique, le clinicien aurait à chaque instant à réinventer la psychiatrie (158).

L'essentiel du diagnostic repose sur la clinique qui peut se définir en psychologie ou en psychiatrie comme l'ensemble de ce que le psychiatre observe et apprend des patients et de leurs proches. L'observation clinique est primordiale en psychiatrie. Se pose, avec plus d'acuité encore chez l'enfant, le dilemme de l'objectivité-subjectivité de l'observation clinique. La tendance objectiviste essaie de standardiser et de simplifier le champ d'observation à l'aide de guides (questionnaires, tests) indépendants de l'observateur. La tendance subjectiviste engage l'observateur dans l'acte d'observation. Le matériel recueilli est différent, mais l'important est de bien connaître de quelle manière il l'a été et quels sont les modèles théoriques mis en jeu (48).

Le matériel clinique ainsi recueilli ne prend de signification diagnostique que par la connaissance préalable qu'a le clinicien du trouble en se référant à un modèle théorique. Le clinicien a recours à la théorie tout au long de la consultation. Elle soutient sa pratique clinique.

Mais il doit veiller aussi à trouver un équilibre entre laisser apparaître les signes que suggère le savoir théorique et demeurer libre d'en saisir d'autres qui ne le confirment pas et ouvrent un problème à résoudre (158). Pour S. Gerber (105), le fait que la théorie médicale ne « colle » pas toujours à la personne parlante et pensante qui consulte est tout à la fois une difficulté et une chance. Cet espace entre la théorie et la vie, s'il ne paralyse pas la pensée, s'il préserve vigilance, rigueur et plasticité, oblige le psychiatre à rester clinicien. Car la pratique clinique, c'est entrer en relation avec le patient comme il se présente dans le désordre de sa vie et de ses paroles. C'est écouter, examiner, garder la faculté d'analyse et de discriminations en éveil pour élaborer des hypothèses qui laissent place aux doutes.

Discussion

1 / La nécessité d'un pluralisme théorique en psychiatrie

Cette revue générale de la littérature a mis en évidence une richesse théorique tant au sujet de l'agitation psychomotrice de l'enfant que de la définition du trouble mental.

Nous avons constaté que chaque thème abordé dans cette thèse donnait matière à l'expression d'une pluralité de conceptions. Ainsi, dans le premier chapitre, il est apparu que les auteurs orientaient leur rappel historique selon leur conception du TDAH.

Puis nous avons vu se dégager deux perspectives importantes et très différentes de l'agitation psychomotrice de l'enfant. La perspective biomédicale exposée dans le deuxième chapitre s'appuie sur des données issues de la recherche en neuroscience. La perspective psychodynamique exposée dans le troisième chapitre fait appel à des hypothèses théoriques émises par les différents courants de la psychanalyse, de la psychomotricité et de la médecine psychosomatique.

Le quatrième chapitre s'est érigé en tribune des critiques, des divergences, des controverses. Dans le chapitre V, il ressort des diverses tentatives de définition du trouble mental que ce dernier est constitué d'une multiplicité d'éléments : un savoir médical scientifique, des théories psychologiques, des concepts philosophiques et de la construction sociale. Tout au long de ce travail, nous avons été confrontés à des manières de voir et de penser différentes.

Une seule théorie, aussi brillante soit-elle, ne pourrait rendre compte de la complexité de la pathologie mentale. Une modélisation ne peut accéder que partiellement à la réalité d'un phénomène psychique et ne peut prétendre détenir la vérité sur celui-ci. D'où la multiplication des théories étiopathogéniques, qui ne sont probablement pas exclusives les unes des autres. Du fait de l'impossibilité d'une pensée unique et de la relativité de la connaissance en psychiatrie, un pluralisme théorique s'imposeEn théorie seulement.

Nous avons pu voir dans les relations qui pouvaient s'instaurer au travers de leurs écrits, que les tenants de conceptions différentes de l'agitation psychomotrice de l'enfant, ne pratiquaient pas ce pluralisme. Les adeptes d'une conception neurobiologique, en majorité des

auteurs anglo-saxons, semblaient ignorer tout simplement l'apport de la conception française. Les partisans d'une conception psychodynamique, essentiellement des auteurs français, critiquaient régulièrement l'hypothèse totalement surannée d'une lésion cérébrale minime (hypothèse datant des années 1950), montrant ainsi leur manque d'intérêt pour les travaux récents, notamment en neuropsychologie, des anglo-saxons.

Les critiques les plus pertinentes du modèle médical émanaient des tenants de cette conception, donnant ainsi raison à ces adages qui disent que l'on critique mieux ce que l'on connaît et que pour juger, il faut d'abord connaître. Et ce d'autant plus qu'un élément important dans la résolution d'un conflit réside dans une bonne compréhension de ce que chacun affirme vraiment.

Le pluralisme théorique en psychiatrie est loin d'être établi. Il aurait même besoin d'être activement soutenu car actuellement, l'interdisciplinarité et la pluralité des points de vue n'a pas bonne presse. On préfère le simple et l'univoque dans notre société pragmatique et pressée. Et la raison budgétaire dominante ne le favorise pas non plus.

Le pluralisme théorique trouve aussi une justification dans le fait que « la théorie qui nous sert de boussole » (38) guide notre pratique clinique au quotidien. Nous pouvons craindre un appauvrissement de la clinique par une approche descriptive strictement quantitative ; un appauvrissement de la clinique par l'ignorance volontaire des nouvelles connaissances neuropsychologiques ; un appauvrissement de la clinique par cette injonction politique d'aller au plus vite et au plus efficace au moindre coût.

« Si les mots relation, sens et singularité ne figurent plus dans le vocabulaire de notre communauté scientifique, et si les étudiants apprennent l'approche psychopathologique exclusivement à travers le *Textbook* ou le guide pratique du DSM-IV, un formidable appauvrissement dans l'art de la rencontre, du dialogue, de l'empathie et de la contextualisation peut être considéré comme programmé » (101).

Une clinique et une thérapeutique riches, qui puissent être en phase avec la diversité des situations cliniques rencontrées, nécessitent d'être sous-tendues par plusieurs théories.

Nous comprenons mieux, au terme de ce travail, que la suprématie du TDAH, qui n'est qu'une manière de voir l'agitation psychomotrice de l'enfant parmi d'autres possibles, puisse susciter des réticences et des résistances chez nombre de psychiatres.

2 / Point faible – Point fort de ce travail de thèse

Pour cette revue générale de la littérature, la recherche bibliographique s'est faite dans un champ d'investigation très large concernant divers domaines de connaissance. Nous avons trouvé pléthore d'articles de revues et de livres susceptibles d'apporter quelque chose à notre travail.

Une partie des références bibliographiques provenaient de domaines de connaissance qui nous étaient familiers : la médecine et la psychologie. Nous avons réalisé une sélection de références bibliographiques assez systématisée :

- Des auteurs anglo-saxons ayant consacré beaucoup de travaux au TDAH et ayant acquis une certaine notoriété en la matière
- Des pédopsychiatres et psychologues et psychomotriciens français.
- Les textes de recommandations et les conférences de consensus reflétant le discours institutionnel.

Hors de la psychiatrie et de la psychologie, nous nous sommes aventurés sur les chemins de la philosophie et de la sociologie moins bien balisés par notre formation médicale privilégiant alors la rencontre. La sélection en a été plus hasardeuse avec un choix plus subjectif. Le risque est d'être passés à côté d'auteurs faisant référence dans leur domaine de recherche et d'avoir privilégié des auteurs qui nous étaient plus accessibles.

Nous avons sélectionnés les articles de revues et les livres qui apportaient un regard différent et un éclairage nouveau, qui suscitait notre curiosité et notre intérêt.

Tout au long de la rédaction de ce travail, nous avons tenté de mettre de côté nos conceptions personnelles et notre a priori. Nous avons essayé de porter le même intérêt aux conceptions et aux idées des uns et des autres. Nous avons voulu faire l'expérience d'une ouverture d'esprit.

Pour étayer une thèse, la sélection des articles se fait aussi en fonction de la crédibilité de l'information. Il est même souhaitable, surtout lorsqu'il s'agit de confronter des points de vue différents voire opposés, de disposer d'informations de crédibilité identique. Ceci n'a pas pu être établi pour ce travail. La diversité des domaines de connaissance dans lesquels nous avons cherché l'information ne permet pas l'utilisation des mêmes critères de jugement. Ainsi, en ce qui concerne le modèle médical du TDAH, des études cliniques se font en

constituant un groupe d'enfants, d'adolescents ou d'adultes qui présentent le trouble et un groupe témoin sans TDAH.

Ce type d'étude, essentiellement réalisé dans les pays anglo-saxons, est à l'origine de la publication d'un article original ou d'une méta-analyse. Une lecture critique permet de conclure, en fonction des erreurs de méthodologie relevées, à un niveau de crédibilité de l'information allant du faible niveau de preuve à la preuve scientifiquement établie. Et les divergences que cela suscite ont été évoquées dans le chapitre IV.

Mais la plupart des articles traitant de l'instabilité psychomotrice de l'enfant, relevant essentiellement de la littérature française, sont des articles de type cas cliniques, revues générales, articles didactiques, éditoriaux traitant leur sujet en se rapportant à un référentiel théorique (souvent psychanalytique mais cela peut être aussi phénoménologique, systémique...). Ce qui donne à cette information une valeur scientifique moindre la réduisant la plupart du temps à celle de l'expression d'une opinion personnelle certes documentée et faisant appel à de nombreuses références.

3 / Le pluralisme théorique et la diversité des pratiques à l'épreuve du TDAH

3. 1 / La pluridisciplinarité constitutionnelle de la pédopsychiatrie

La psychiatrie infanto-juvénile s'est construite à partir de connaissances, de contributions venant de divers domaines de connaissance. L'enfant est par définition un être en voie de développement. Sa progression se fait dans des domaines pluridimensionnels : physique, physiologique, psychologique, cognitif, affectif, pédagogique, social....Ceci explique que les voies d'abord de l'enfance aient été multiples pour saisir le plus complètement possible ce petit être en devenir.

Et pour comprendre l'enfant, il faut essayer de reconstruire son unité fugace. La pédopsychiatrie est apparue rapidement comme un point de convergence et c'est aussi avec elle que s'est développée la notion de travail d'équipe.

Ainsi, la grande diversité de la pratique pédopsychiatrique incite tout naturellement à ce qu'elle soit sous-tendue par un pluralisme théorique.

Ce qui n'est pas sans inconvénients. Dès ses débuts, la pédopsychiatrie a été tiraillée entre la nécessité de considérer l'enfant dans sa globalité et une tendance naturelle du fait de sa pluridisciplinarité constitutionnelle à découper l'enfant segmentairement en le confrontant à divers spécialistes « psy » et « ortho » (92).

Et puis la pédopsychiatrie se trouve aussi soumise à l'exigence de ce que l'on pense être l'intérêt de l'enfant, en favorisant son inscription sociale, son accueil à l'école principalement. Ce qui la fait glisser vers des fins plus normatives. Les notions d'ordre et de limite sont souvent mises au premier plan des propositions thérapeutiques pour l'enfant dès lors qu'il est pris en charge dans les différentes disciplines qui accompagnent le travail de la thérapie proprement dit (250).

Nous pouvons décrire ainsi le contexte actuel d'un Centre Médico-Psychologique pour Enfants (CMPE). Il s'y trouve des psychiatres, des psychologues, des infirmiers(ères), des psychomotriciens(ennes), des orthophonistes, des éducateurs(trices), des assistant(es) sociales, des ergothérapeutes. Ces personnes ont eu des formations initiales différentes et font appel à des références théoriques variées pour étayer leur pratique. Il subsiste souvent, au sein de ces équipes pluridisciplinaires, l'esprit de la psychiatrie de secteur qui depuis sa création a plutôt été inspirée par la thérapie analytique et ce qu'il était convenu d'appeler « la psychothérapie institutionnelle ».

Depuis l'apparition et le développement des sciences cognitives, les thérapies cognitives tentent, non sans difficultés, de prendre place et d'apporter un éclairage nouveau ; il en est de même pour les thérapies systémiques. Tandis qu'augmente l'influence d'une psychiatrie neurobiologique.

Cependant, si la théorie dominante dans un CMP a pu être celle du médecin chef et de l'institution, elle tend actuellement à être supplantée plus par les orientations des tutelles administratives (dans un souci de rationalisation et de réduction des moyens) que par d'autres théories cognitives, systémiques ou biologiques.

3. 2 / Le pluralisme théorique dans la pratique psychiatrique institutionnelle

La manière la plus immédiate d'intégrer un pluralisme théorique dans la pratique clinique quotidienne est d'admettre qu'il y a plusieurs façons de penser l'agitation de l'enfant et que chacune des approches travaille et propose des solutions sur un aspect de ce même phénomène.

Et c'est l'admettre non seulement individuellement mais aussi collectivement quand il s'agit de la pratique psychiatrique institutionnelle.

Confronter la pratique de l'un et l'autre tenant d'une conception permet un enrichissement mutuel mais comment les articuler ?

On peut être tenté par la solution qui consiste à laisser faire chacun ce qu'il fait le mieux avec sa théorie de référence. Ce qui permet aux partisans de chaque approche, qui comprennent que leurs théories ne se contredisent pas mais portent au contraire sur le même phénomène vu d'un autre angle, de travailler paisiblement sans nécessairement avoir à se soucier de ce qui se passe dans l'autre approche. Mais on retrouve là le risque, déjà évoqué du fait de la pluridisciplinarité constitutionnelle de la pédopsychiatrie, de découper l'enfant segmentairement en le confrontant à divers spécialistes ayant, de surcroît, différentes approches. Et puis cela peut s'apparenter à une répartition arbitraire des tâches : il y a celui qui fait de la psychothérapie, il y a celui qui prescrit le médicament.

« L'approche pharmacologique et l'approche psychothérapique ne sont pas antagonistes, simplement elles ne peuvent pas être pratiquées par la même personne, elles ne requièrent pas la même formation et chaque thérapeute se doit de respecter le champ de travail de l'autre » (261).

Une autre solution consiste à chercher un consensus, à en trouver un, voire, à en imposer un. C'est le propre des conférences de consensus et des recommandations de bonne pratique. Mais il y a le risque de l'appauvrissement car, au mieux, un consensus ne permet de garder qu'un dénominateur minimum commun. Cela privilégie une approche réductive d'un phénomène complexe. Ce risque est d'autant plus grand, dans le contexte actuel, que ce courant consensuel émane de ceux-là mêmes qui privilégient des thérapeutiques plus simples (ou univoques), plus pragmatiques, plus efficaces à court terme et moins coûteuses.

Une troisième solution consiste à se confronter à cette pluralité théorique.

« Seule la confrontation des discours, le repérage des enjeux inconscients de la parole, l'effort de théorisation et le maintien de l'esprit d'invention pourront assouplir les institutions soignantes » (38).

Le pluralisme théorique ne se satisfait pas d'une juxtaposition de théories qui sous-tendent chacune une pratique dans un domaine de compétence donné. Le pluralisme théorique exige que plusieurs théories puissent coexister, au moins le temps d'une réunion de synthèse clinique, pour des personnes dont les modes de pensée, d'action et d'être peuvent être fort différents.

Il n'est pas aisé de reconnaître à chacun, à chaque courant de pensée, une capacité de proposer des hypothèses psychopathologiques et d'élaborer des stratégies thérapeutiques pour ne pas nier les différences fondamentales quant à la conception même d'un trouble. Il faut faire face aux difficultés de penser avec ou contre l'autre dans des équipes de soignants de formations, d'exercices, d'expériences et d'obédiences différents. Une collaboration intelligente avec l'exigence de mettre à profit tous les axes cliniques ne va pas de soi. Cela passe par le souhait d'un « intellectuel collectif » (expression de Bourdieu), « sans aucune attente d'une pensée commune, bien au contraire, mais avec l'aspiration de faire ensemble avec nos différences » (262).

Dans un entretien ayant pour sujet les difficultés des secteurs psychiatrique et social à aborder les souffrances psychosociales, Francis Jeanson (134) tente de définir une dialectique qui peut permettre l'expression d'un pluralisme théorique au sein d'une équipe pluridisciplinaire d'un CMPE. Il constate qu'il ne suffit pas de mettre ensemble des gens de compétences différentes pour produire un résultat. Il faut que quelqu'un parmi l'équipe exige une réflexion dialectique en incitant à raisonner, à argumenter, à discuter des dimensions qui ne sont pas séparées dans la réalité mais qui sont divisées par des clivages théoriques, d'école de pensée, de formation professionnelle. D'après Francis Jeanson, on ne peut surmonter ces clivages qu'en prenant conscience que chacun des éléments en présence dans une dialectique comporte quelque chose de l'autre.

Une pluralité théorique assumée permet d'introduire de nouvelles métaphores pour comprendre les phénomènes observés susceptibles d'orienter différemment certaines pratiques.

Le psychiatre a un rôle à jouer en faveur de l'instauration d'un pluralisme théorique. André Beley concevait l'équipe qui s'occupait de l'enfant instable dans ses origines et dans son devenir, non pas comme un rassemblement hiérarchisé mais bien comme un groupe installé sur un plan horizontal, qu'animait -en le dirigeant au minimum- le personnage qui avait assis son expérience du développement de la personnalité de l'enfant sur des études médicales. Car pour A. Beley, « L'étude de l'instabilité doit demeurer d'esprit médical » (23).

R. Brunod (48) parle d'un savoir-faire du clinicien qui apparaît dans ce recours à la pluralité théorique. Ainsi dans une situation de réception en urgence d'un enfant agité, la pensée du clinicien risque d'être totalement occupée par cette agitation et les moyens de la contenir, sans que cela arrive à prendre un quelconque sens thérapeutique. C'est le recours aux concepts théoriques qui peut permettre de se dégager de cette « absence de pensée » : ceux de la séméiologie descriptive pour décrire les différents aspects du comportement, ceux de la biologie pour connaître l'état du corps qui s'agite, ceux du modèle développemental pour situer l'enfant du point de vue cognitif, ceux de la psychodynamique pour apprécier le niveau d'angoisse que cette agitation peut traduire, ceux du modèle environnemental pour comprendre le mode de relation établi ainsi avec l'entourage.

Il est du rôle du professionnel, en l'occurrence du psychiatre, en tant que spécialiste de la thérapie, de définir les règles du cadre d'intervention. Une pluralité théorique assumée participe à la construction d'un cadre qui permet aux praticiens de choisir des représentations utiles pour la rencontre thérapeutique avec les personnes dont ils s'occupent. Le but de tout cela étant bien de « ... construire de bonnes fondations pour co-construire ensuite le parcours thérapeutique et laisser s'y déployer la créativité des protagonistes du système thérapeutique » (51).

La modélisation d'une psychopathologie complexe est un outil conceptuel permettant d'amener des points de vue différents vers une pensée intégrative. Elle se doit d'allier deux niveaux d'observation, de compréhension et d'étude de la souffrance psychique : celui de l'organisation singulière du sujet en mettant à contribution les théories psychodynamiques ; celui de la fonctionnalité d'un individu inévitablement prise dans un développement neurophysiologique et neurocognitif (137).

Ainsi a été proposé un modèle polyfactoriel du TDAH. En référence à un modèle du développement neuropsychique normal de l'enfant, il se situe à l'interface, au carrefour, de facteurs endogènes (l'équipement génétique et biologique de chaque individu) et de facteurs

exogènes (l'environnement métabolique, alimentaire, écologique, et bien sûr relationnel et affectif) (49).

3. 3 / Le pluralisme théorique et la diversité des pratiques face à l'enfant hyperactif et ses parents

Quand un enfant excessivement agité est vu en consultation, la démarche diagnostique et thérapeutique va dépendre du consultant, de sa formation, de ses références théoriques, de sa manière d'envisager le trouble. Mais la plupart du temps, c'est le hasard, lié au lieu d'habitation de la famille et à la disponibilité du professionnel, qui a mis l'enfant et ses parents en présence de ce consultant, un psychiatre en l'occurrence. Cette rencontre n'est généralement pas due au choix délibéré de la famille de consulter ce psychiatre en raison de sa démarche diagnostique et thérapeutique. De plus la consultation n'a pas toujours été souhaitée et c'est un élément extérieur à la famille (souvent l'école) qui est à l'origine d'une demande que les parents ne reprennent pas forcément ou pas entièrement à leur compte. Les patients et leur entourage ont généralement la même attente. Celle que le médecin réponde à ce double questionnement : « Qu'est-ce qui ne va pas ? » et « Comment y remédier ? ». Et de plus en plus, l'activité médicale se déroule dans l'urgence, parce qu'il y a urgence à répondre à cette attente.

« Par sollicitude plus que par compassion mais aussi parce qu'il engage sa responsabilité et sa crédibilité, le médecin doit répondre hic et nunc » (176).

Les associations de patients et de familles de patients TDAH nous rappellent que nos querelles théoriques leur importent peu, qu'il y a des personnes qui souffrent, et que la fonction des soignants est d'abord de les soulager au mieux et au plus vite. Car si l'enfant lui-même apparaît moins en demande, l'agitation motrice et les difficultés à se concentrer perturbent la scolarité et gênent considérablement l'entourage.

Pour les associations de patients et de famille de patients, le soin passe d'abord par la reconnaissance du trouble. C'est le diagnostic qui permet d'agir (245, 253).

TDAH est une appellation qui apporte un nom savant à ce trouble qui touche l'enfant et perturbe son environnement social et familial. Il permet au psychiatre de nommer une maladie répertoriée et de répondre aux questions sur ses origines biologiques. Enoncer un diagnostic,

c'est faire exister et c'est reconnaître le trouble afin de l'inscrire dans un système organisé. C'est rassurant pour le patient, son entourage et le médecin. Le psychiatre peut répondre ainsi à la première attente de son patient, il est en mesure de lui dire ce qui ne va pas, mieux encore il le lui désigne. Car comme nous l'avons vu dans le chapitre IV, la conception ontologique qui consiste à considérer les maladies comme des espèces naturelles, prévaut dans l'esprit humain. L'enfant agité et ses parents espèrent que le psychiatre identifie « l'espèce morbide naturelle » qui trouble leur existence et qu'il propose un traitement leur permettant de s'en débarrasser.

Une démarche psychodynamique ne permet pas de répondre à cette attente et impose même de renoncer à cette illusion.

Donner un nom savant à un trouble permet aussi que le symptôme soit mieux supporté socialement, même si le quotidien reste difficile à vivre. L'évolution de la société et de ses exigences envers l'enfant peut mettre en difficulté certains d'entre eux. La labellisation médicale d'hyperactif permet à ces jeunes patients et à leurs parents d'accéder à une reconnaissance des troubles comme une « vraie maladie ». Cela permet d'échapper à une stigmatisation comme enfant turbulent, mal élevé, cancre à l'école ; pour les parents d'échapper à une stigmatisation comme celle de parents laxistes, incompetents, incapables de poser des limites éducatives, démissionnaires. Ceci a pour effet de rendre non pas coupables, mais victimes un certain nombre d'enfants et de familles. C'est moins culpabilisant pour les parents, du moins en apparence.

Etre malade suscite au moins un minimum de compassion de la part des autres. Ils peuvent devenir plus indulgents, plus tolérants, moins rejetants. Cela permet d'accéder à une singularité valorisante.

Enfin, avoir un nom permet aux parents de se regrouper au sein d'associations et d'acquérir un statut et une identité sociale collective.

L'approche médicale permet au psychiatre d'endosser le rôle de celui qui sait, qui met un nom sur le problème et qui propose un traitement efficace. C'est une attitude qui rassure les familles. Le terme hyperactif peut sembler facile à appliquer et est un terme déculpabilisant qui « dédouane les parents » (207). L'un des dangers est que les parents soient tentés de se réfugier derrière ce diagnostic sans chercher à remettre en question leur mode relationnel et éducatif voire se démobilisent de leurs efforts éducatifs.

Un autre danger est que la facilité d'usage diagnostique de ce terme confine à la désinformation. Au vu des divergences suscitées par le TDAH, exposées dans le chapitre IV de ce travail, il apparaît que la neurobiologie du TDAH reste mal connue et l'état des connaissances actuelles ne permet pas d'affirmer que la cause principale de ce trouble est biologique. Il paraît difficile de présenter cela aux parents comme un fait scientifiquement démontré. Il paraît tout aussi difficile d'affirmer l'innocuité d'un traitement psychostimulant.

Dans l'approche psychodynamique, le psychiatre montre un intérêt limité pour la description photographique du comportement perturbateur de l'enfant. Il accorde beaucoup plus d'importance à « l'historicisation » des troubles. Il s'intéresse grandement à la relation parent-enfants et aux parents eux-mêmes, donnant parfois l'impression de se préoccuper de tout autre chose que de ce pourquoi il est consulté. Il ne met pas forcément un nom sur le trouble. Et il ne termine pas sa consultation par la prescription d'un remède. La démarche psychodynamique ne permet pas, a priori, de répondre à l'attente des parents d'un enfant agité venus consulter un spécialiste.

D'autre part, cette approche qui voit une implication subjective des parents dans la survenue des troubles risque de culpabiliser des parents souvent épuisés, las, fatigués, désemparés devant faire face à de nombreuses difficultés au quotidien.

La démarche psychodynamique est bien moins rassurante et sécurisante pour les parents que la démarche médicale. Voire, elle n'est pas exempte d'une certaine hostilité à leur égard. Les soignants passent souvent pour être surtout attentifs à la souffrance de l'enfant (qui elle ne se manifeste pas beaucoup) et de négliger la souffrance de l'entourage ou d'interpréter l'expression de cette souffrance comme des signes d'une mauvaise relation avec l'enfant pouvant être à l'origine du trouble. Une étude sur les représentations que des cliniciens élaborent à propos de l'hyperactivité infantile, réalisée dans deux secteurs de pédopsychiatrie (68), montrait qu'une majorité de soignants ne reconnaissaient pas la valeur diagnostique de l'hyperactivité infantile. L'une des constructions la plus généralement et la plus fréquemment énoncée associait l'hyperactivité infantile à un « déficit de lien » et/ou à un « dysfonctionnement » familial. Les thérapeutes évoquaient des « ambivalences parentales épouvantables » à l'égard de l'enfant, une agitation familiale excessive, des difficultés à « donner des limites » et à indiquer la différence de génération.

L'implication subjective des parents dans la survenue des troubles chez leur enfant est une notion pas très en vogue dans la société actuelle.

« Il est difficile pour l'adulte de considérer qu'il a directement, personnellement, intimement, un effet sur l'enfant dont il a la charge, et en particulier sur sa structure psychique. Il semble que cette position de responsabilité, position éthique, soit aujourd'hui déniée par notre culture » (164).

L'étiopathogénie neurobiologique de la démarche médicale qui revient à dire en simplifiant beaucoup « c'est génétique » ou « c'est héréditaire » est actuellement culturellement mieux acceptée.

Bien que la démarche médicale semble moins culpabilisante, être parent d'un enfant hyperactif affecte l'estime de soi. Les parents d'un enfant hyperactif se perçoivent moins compétents que ceux d'enfants sans problèmes, se disent moins satisfaits à exercer leur rôle de parent et se perçoivent moins efficaces (74).

« Etant donné son ambiguïté sur les plans culturels et historiques, le TDAH entraîne les mères dans un conflit avec le discours sur l'image de la bonne mère, la normalité familiale, les compétences professionnelles et la notion de risque » (169).

Finalement, ce qui pénalise le plus la démarche psychodynamique pourrait bien être le temps. Alors que dans la démarche médicale s'établit rapidement une communication qui tient essentiellement à un transfert d'informations, il est nécessaire, dans la démarche psychodynamique, de construire progressivement un véritable échange affectif rassurant qui servira de support au projet thérapeutique ultérieur.

« Le psychiatre tenant d'une démarche psychodynamique doit témoigner de la réelle possibilité d'aider l'enfant et sa famille à sortir de leurs difficultés mais en contrepartie de la nécessité, pour cela, d'un travail commun, d'une certaine durée, dans un cadre précis » (48). Il faut du temps, le temps de trouver les paroles justes pour que l'absence de l'énoncé d'un diagnostic, cette attente sans nomination, n'augmente pas l'inquiétude. Savoir attendre, prendre son temps avant de mettre trop vite sur l'enfant une étiquette qui le classe dans une case où il risque de rester emprisonné. « L'absence provisoire de certitude peut se dire » (105).

Il faut aussi du temps pour que la psychothérapie fasse effet. Car il faut du temps pour que s'établisse une relation, entre l'enfant et le thérapeute, qui puisse prendre un caractère transférentiel et devenir mobilisante au point de vue psychique. L'expérience clinique montre

à quel point du temps est nécessaire pour qu'un enfant ou un adolescent puisse nommer ce qu'il ignore lui-même et s'approprier un savoir sur ses symptômes (54).

Et face à ce besoin de temps, il y a la pression sociale et ses exigences de normalité. Une grande difficulté est de permettre à ces enfants un maintien en milieu scolaire et de leur éviter une orientation en institution spécialisée.

La position psychodynamique ne peut être tenue que si elle est reconnue et soutenue socialement.

« Les psy n'ont pas à imposer le bon choix » (203). Il est tentant de dire que c'est au patient, à l'enfant et à ses parents, de choisir le psychiatre et la démarche thérapeutique qui leur convient.

Au terme de ce travail sur le TDAH, il apparaît que le choix d'une démarche diagnostique et thérapeutique n'est déjà pas aisé pour les psychiatres et les psychologues, qui sont des spécialistes du trouble mental, alors pour des néophytes...Fussent-ils aidés par tous ces livres dont les auteurs défendent cette idée de clientélisme et expliquent à leurs lecteurs « comment choisir le bon psy ».

L'idée défendue dans cette thèse de la nécessité d'un pluralisme théorique en psychiatrie permet d'aborder la question du choix de la démarche diagnostique et thérapeutique un peu différemment.

Dans « Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie » (131), les auteurs proposent une arborescence de questionnements qui guident le professionnel d'aide à suivre l'usager à son rythme. Ce modèle propose l'hypothèse que l'aide la plus efficace et la plus rapide suit l'usager, d'abord dans sa demande puis dans sa capacité ou sa volonté de se mettre au travail et finalement dans la conscience qu'il a de ses propres ressources.

Cela nécessite que la démarche diagnostique et thérapeutique dépende moins de la formation et de la théorie de référence du clinicien mais soit plus en adéquation avec ce que vit et ressent le patient voire de ce qu'il pense. Car jusqu'à présent, la psychiatrie, qu'elle soit d'inspiration médicale ou psychanalytique ne s'est pas souciée de ce que pensait le sujet soigné. Les techniques descriptives et classificatoires de la psychiatrie médicale décrivent un sujet soigné défini par ses composants qui n'est sollicité que pour dire ce qu'il ressent, tandis que pour le psychiatre psychanalyste l'autre est d'abord perçu comme mû seulement par un inconscient ou seulement par ses affects. « On peut aussi faire valoir que, là où le sujet pense,

il pense le sens de ce qu'il lui advient et qu'il déroge au strict partage des rôles : il est soigné, le médecin soigne.(...) C'est que seul le médecin détient et énonce le sens du pathos. Quelle que soit la place qu'il laisse au sujet soigné de participer par ses états, sa biographie, sa conduite, c'est lui qui énonce le sens » (163).

Et si le pluralisme théorique, la diversité des pratiques permettaient l'instauration d'une relation plus équilibrée entre l'enfant agité, ses parents et le psychiatre...

« Seule notre conviction polyfactorielle est à même de pouvoir créer une alliance thérapeutique avec des parents qui, sinon, seront forcément tentés par des traitements purement symptomatiques rapides, mais superficiels. Seule notre conviction polyfactorielle est à même d'éviter que les familles ne se laissent dérober, purement et simplement, la richesse de l'approche psychopathologique » (108).

Conclusion

Une clinique de l'instabilité de l'enfant existait déjà depuis près d'un siècle quand l'hyperactivité infantile a fait sa première apparition dans le DSM-II. L'enfant hyperactif s'est alors peu à peu imposé face à l'enfant instable mais cela ne s'est pas fait partout ni sans difficultés. L'acceptation de ce concept est très variable selon les mouvances de la pédopsychiatrie. D'autant plus qu'en France, la pédopsychiatrie, héritière spirituelle de ses pères fondateurs freudiens, est imprégnée des théories psychanalytiques et de la psychothérapie institutionnelle.

Les signes cliniques de l'hyperactivité sont semblables à ceux déjà décrits de l'instabilité de l'enfant. Ils sont reconnus par tous, quelque soit l'appartenance à une école de pensée. Mais l'unanimité s'arrête là. L'approche médicale, en s'emparant de ce syndrome, l'a transformé en une entité pathologique à part entière, avec une étiopathogénie neurobiologique et un traitement médicamenteux spécifique, offrant aux firmes pharmaceutiques un débouché pour un psychostimulant déjà existant. Mais si le TDAH a fait l'objet d'une multitude d'études, rien de probant quant à son déterminisme de nature neurobiologique n'a pu être établi pour le moment. Et il n'est pas rare de voir des enfants ayant bénéficié d'un traitement médical revenir chez le psychiatre toujours en proie à leur instabilité. Il semblerait que le trouble résiste et parvienne à mettre en échec la médecine ; qu'il y ait derrière ce syndrome quelque chose d'autre qu'une maladie récemment dévoilée. Finalement, et malgré l'effervescence intellectuelle qui l'entoure, cette notion d'hyperactivité de l'enfant reste mal définie.

Il se pourrait bien aussi que l'hyperactivité de l'enfant soit un peu plus que ce regroupement symptomatique qui correspond, sur le plan clinique, à l'enfant instable connu depuis longtemps. Il est aussi ce que la société ne tolère plus chez l'enfant. Rappelons-nous de Petit Gibus et de ses copains dans *La guerre des boutons* (197). Ces garçons turbulents et cancrs de surcroît, qui faisaient les quatre cents coups, ont fait le bonheur de bien des lecteurs, suscitant même chez certains d'entre eux, la nostalgie de leur enfance. Mais ce livre se révèle être, à posteriori et à son insu, une excellente illustration d'un certain nombre de troubles décrits dans le DSM-IV. Car ce dont il est question dans ce livre, c'est d'une bande de gamins issus de classes sociales plutôt défavorisées dont les comportements perturbateurs peuvent être nommés TDAH, trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, troubles

de l'apprentissage. La psychiatrie est appelée à remédier à ces comportements qui troublent l'ordre social. Ainsi, le TDAH nous ramène aussi à ces vieux démons de la psychiatrie qui l'accompagnent depuis son origine ; ceux qui la poussent à intervenir dans le maintien de l'ordre social, à exercer une ségrégation et le contrôle des personnes socialement indésirables, à soutenir les exigences de normalité sociale.

G. Lantéri-Laura a dit son espoir que le quatrième paradigme de la psychiatrie, celui de la psychiatrie contemporaine, soit un développement de la recherche de toutes les voies d'investigation concernant la psychiatrie, sans exclusivité ni anathème, au-delà de l'opposition obsolète et stérile entre organogenèse et psychogenèse. Il serait souhaitable que les enfants instables et les enfants hyperactifs, qui sont un peu les mêmes, trouvent des équipes détachées de la volonté de faire valoir un modèle plutôt qu'un autre, pour se lancer dans des études prospectives permettant d'évaluer des données issues de divers courants de pensée. C'est peut-être là que se trouve la condition d'un réel progrès dans la connaissance de cette problématique de l'enfant excessivement agité.

Enfin, étant donné l'augmentation constante, dans le monde, de la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant, il serait nécessaire et urgent que des chercheurs provenant des sciences médicales et humaines et non soumis à des conflits d'intérêt, mettent ensemble en place des protocoles d'observation et d'expérimentation. Ceci afin d'évaluer les risques et les bénéfices des médicaments psychotropes chez l'enfant tant au niveau physique, psychique que social. Il est important que ces recherches accordent suffisamment d'importance à des considérations d'ordre éthique telles que la représentation qu'a l'enfant inclus dans une étude clinique de sa participation à une telle étude, de sa notion de « consentement éclairé », de la capacité d'un enfant de décider de suivre un traitement, de l'âge requis pour évaluer et juger un traitement médicamenteux.

Bibliographie

1. ABRAMSON J. L'enfant et l'adolescent instables. Etudes cliniques et psychologiques. Paris: Alcan, 1940
2. ACHENBACH T. M., EDELBROCK C. Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile. Burlington: University of Vermont, department of Psychiatry, 1973
3. ACHENBACH T.M., McCONAUGHY S.H., HOWELL C.T. Child / adolescent behavioural and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. Psychol Bull. 1987; 101: 213-232
4. American Academy of Pediatrics Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline: diagnosis and evaluation of the child with Attention-deficit/ Hyperactivity Disorder. Pediatrics 2000; 105, 1158-1170
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. First Edition (DSM-I). Washington DC, 1952
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition (DSM-II). Washington DC, 1968
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition (DSM-III). Washington DC, 1980
Traduction française: Manuel diagnostique et statique des troubles mentaux. Paris: Masson, 1980
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised (DSM-III-R). Washington DC, 1987
Traduction française: Manuel diagnostique et statique des troubles mentaux. Paris: Masson, 1987
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Forth Edition (DSM-IV). Washington DC, 1994
Traduction française: Manuel diagnostique et statique des troubles mentaux. Paris : Masson, 1996
10. ANDRIEU B. La folie naturelle ou la réduction neurochimique. L'information psychiatrique 1995 ; 10 : 973-972
11. ARMSTRONG T. Déficit d'attention et hyperactivité. Stratégies pour intervenir autrement en classe. Montréal : Chenelière Education, 2002, 146p
12. BAILLY-SALIN P. La santé mentale des interrogations. Psy. Fr. 1996; 3: 12-23
13. BANERJEE T.D., MIDDLETON F., FARAONE S.V. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. Acta Paediatr. 2007; 96 (9): 1269-74

14. BARBARESI W.J., KATUSIC S.K., COLLIGAN R.C., WEAVER A.L., JACOBSEN S.J.
Modifiers of long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: does treatment with stimulant medication make a difference? Results from a population-based study. *J Dev Behav Pediatr* 2007; 28: 274-287
15. BARBARESI W.J., KATUSIC S.K., COLLIGAN R.C., WEAVER A.L., JACOBSEN S.J.
Long-term school outcomes for children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: a population-based perspective. *J Dev Behav Pediatr* 2007; 28: 265-273
16. BARKLEY R.A. Attention-deficit / Hyperactivity Disorder. In: MASH E.J., BARKLEY R.A. editors. *Child Psychopathology*. New-York: The Guilford press, 2003, 75-143
17. BARKLEY R.A. The inattentive type of ADHD as a distinct disorder: what remains to be done. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001; 8: 489-493
18. BARKLEY R.A. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development* 2003; 25: 77-83
19. BARKLEY R.A., FISCHER M., SMALLISH L., FLETCHER K. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 195-211
20. BAYLE F.J., KREBS M.O., MARTIN C. et al. French version of Wender Utah rating scale (WURS). *Can J Psychiatry* 2003; 48: 132
21. BAYLE A.L.J. *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. Maladies mentales*. Paris : Gabon, 1826, 596p
22. BECKER H.S. *Outsiders: Etude de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié, 1985, 247p
23. BELEY A. *L'enfant instable*. Paris : Presses universitaires de France, 1968, 192p (**his5**)
24. BERCHERIE P. *Histoire et structure du savoir psychiatrique*. Paris : Editions L'Harmattan, 2004, 290p
25. BERGER M. *L'enfant instable ; approche clinique et thérapeutique*. Paris : Dunod, 1999, 151p
26. BERGER P., LUCKMANN T. *La construction sociale de la réalité*. 2^{ième} ed. Paris, Armand Colin, 2006, 357p
27. BERGES J. Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. In : LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 2004, pp 1571-1590
28. BERGES J. (interview de) *L'enfant agité*. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* 2001, 43 (1) : 49-56
29. BERT C. *La maladie mentale : un effet de mode ? Les grands dossiers des Sciences Humaines* 2006 ; 3 : 80-84

30. BICK E. The experience of the skin in early object-relations. *Int J Psychoanal* 1968; 49: 484 -6
31. BIEDERMAN J., FARAONE S.V. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366 (9481): 237-248
32. BIEDERMAN J., MONUTEAUX M.C., SPENCER T., WILENS T.E., MACPHERSON H.A., FARAONE S.V. Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: A naturalistic controlled 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 597-603
33. BJORKLUND D.F., PELLEGRINI A.D. Child Development and Evolutionary Psychology. *Child Development* 2000; 71 (6): 1687-1708
34. BLANCHE-BENVENISTE C. La linguistique descriptive au XXe siècle. Université de tous les savoirs. Volume 2 : qu'est-ce que l'humain. Paris: Editions Odile Jacob, 2000, pp 56-68
35. BOLTON D. What is Mental Disorder? An Essay in Philosophy Science, and Values. Oxford: Oxford University Press, 2008, 320p
36. BONCOUR Pa, BONCOUR Ph. Les anomalies mentales chez les écoliers. Paris : Alcan éd., 1905
37. BOURDEL S., OLMETA J., COULON F., SOLEILHAVOUP M. (entretien avec). De l'excitation ordinaire en crèche collective. *Enfance & PSY* 2001 ; 2(14) : 57-64
38. BOURGAIN A. Quelle pratique clinique face à la nouvelle donne psychiatrique ? *Ethique & Santé* 2004 ; 1 : 32-36
39. BOURNEVILLE. Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie In : DUCHE D.J. Histoire de la psychiatrie de l'enfant. Paris: PUF, 1990, p 216
40. BOURNEVILLE. Le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie. In: FOURNERET P., BOUTIERE C., REVOL O. Bref aperçu historique sur la notion d'hyperactivité infantile. *A.N.A.E.* 2004 ; 79 : p 260
41. BOUVARD M., LE HEUZLEY M.F., MOUREN M.C., ABBOU H. L'hyperactivité : de l'enfance à l'âge adulte. Rueil-Malmaison : Doin, 2006, 157p
42. BRADLEY C. The behaviour of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry* 1937; 94: 577-85
43. BRANT S. La nef des fous. Paris : éditions Corti, 2004, 380p
44. BRAUN J.M., KAHN R.S., FROEHLICH T., AUINGER P., LANPHEAR B.P. Exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity disorder in U.S. children. *Environ. Health Perspect.* 2006; 114: 1904-1909

45. BREGGIN P. Talking back to Ritalin. What Doctor's aren't telling you about stimulants and ADHD. Cambridge, Massachusetts: Perseus publishing, 2001, 428p
46. BROUSSAIS F.J.V. Traité de physiologie appliquée à la pathologie. 2^{ième} ed. Paris : Baillière, 1834, 575p
47. BROUSSAIS F.J.V. De l'Irritation et de la Folie. 2^{ième} ed. Paris : Baillière, 1839, 612p
48. BRUNOD R. Les bases théoriques de la séméiologie en pédopsychiatrie. II. L'activité séméiologique en pédopsychiatrie. Archives de pédiatrie 1999 ; 6 (4) : 440-446
49. BURSZTEJN C. Préface. L'hyperactivité : maladie ou symptôme ? In : JOLY F. L'enfant hyperactif...de quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agite-t-il ? Montreuil : Editions du Papyrus, 2008, pp21-29
50. BURSZTEIN C., GOLSE B. L'hyperactivité avec troubles de l'attention : questions cliniques et épistémologiques. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2006 ; 54 : 29-37
51. CALICIS F. Survivre aux couples en thérapie. Entre respect de la demande du couple et recherche de confort et d'efficacité pour le thérapeute. Thérapie familiale 2009 ; 30 (4) : 445-463
52. CALMETTES-JEAN S. Indociles ? In: BERGES-BOUNES M., FORGET J.M., FERRON C. Actualités dans la psychanalyse chez l'enfant et chez l'adolescent. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2006, pp 49-53
53. CELESTIN-WESTREICH S., CELESTIN L.P. Ajustements cognitivoémotionnels familiaux face au Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH). Annales Médico-Psychologiques 2008, 166 : 343-349
54. CHALUMEAU C. L'enfant au risque des classifications nosographiques et de leur usage. La lettre de l'enfance et de l'adolescence 2001 ; 1(43) : 83-90
55. CHAMBRY J. Trouble déficit de l'attention-hyperactivité de l'enfant et l'adolescent : du diagnostic à la prise en charge. Annales médico-psychologiques 2006 ; 164 (7) : 613-619
56. CHARACH A., FIGUEROA M., CHEN S., ICKOWICZ A., SCHACHAR R. Stimulant treatment over 5 years: effects on growth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006; 45: 415-421
57. CHESSE S. Diagnosis and treatment of the hyperactive child. New York State Journal of Medicine 1960; 60: 2379-2385
58. CHOUVIER B. Changer le regard sur l'enfant turbulent. Enfances et psy 2008 ; 40 : 133-142
59. CLAUDON P. L'instabilité psychomotrice infantile : représentation de soi et processus d'autonomisation. La psychiatrie de l'enfant 2006 ; 49(1) : 155-205

60. CLAUDON P. Instabilité psychomotrice infantile et pathologie du lien. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2001 ; 49 : 200-210
61. COGHILL D., NIGG J., ROTHENBERGER A., SONUGA-BARKE E., TANNOCK R. Whiter causal models in the neuroscience of ADHD? Developmental Science 2005; 8 (2): 105-114
62. COLUCCI M. Hystériques, internés, hommes infâmes : Michel Foucault et la résistance au pouvoir. Sud/ Nord 2005 ; 1 (20) : 123-145
63. COUDURIER J.F. A propos du DSM. Essaim 2005, 15 : 21-33
64. COURBERAND D. Une approche psychodynamique de l'examen psychomoteur chez l'enfant. Ther. Psychomotrices 1976 ; 107 : 9-12
65. COURTOIS R., CHAMPION M., LAMY C., BRECHON G. Hyperactivité chez l'enfant : réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. Annales Médico-Psychologiques 2007 ; 165 (6) : 420-427
66. CROSBIE J., PERUSSE D., BARR C.L., SCHACHAR R.J. Validating psychiatric endophenotypes: inhibitory control and attention deficit hyperactivity disorder. Neurosci. Biobehav. Rev. 2008; 32: 40-55
67. DALMENICO A.D. A plusieurs voix sur Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ? Mouvements 2001 ; 4(17) : 144-150
68. DAUMERIE N. Des soignants face à l'hyperactivité : une approche des représentations. In : MENECHAL J. (editor). L'hyperactivité infantile : débats et enjeux. Paris : Dunod, 2004, pp 35-49
69. DE AJURIAGUERRA J. L'instabilité psychomotrice. In : Manuel de Psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson, 1970, 276-298
70. DELION P. Franchir le tabou du corps en psychiatrie. Rapport introductif aux Journées de la Société de l'Information Psychiatrique – Lille 2008. L'Information psychiatrique 2009 ; 85 (1) : 15-25
71. DELION P. Nathanaël, sa psychose et ses institutions. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2001 ; 1 (36) : 7-17
72. DELION P., GOLSE B. Instabilité psychomotrice chez l'enfant. Histoire des idées et réflexions actuelles. EMC-Psychiatrie 2004; 1 (1): 33-42
73. DEMOOR J., DANIEL. Les enfants anormaux à Bruxelles. Année Psychol. 1900 ; 7 : 296-313
74. DESBIENS A. Etude des facteurs influençant la perception de la compétence dans l'exercice du rôle de parent d'un enfant hyperactif. Mémoire de maîtrise ès Sciences, Faculté des Sciences Infirmières, Université Laval, 2000

75. DOUGLAS V.I. Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science* 1972; 4 (4): 259-282
76. DUMAS J. Le trouble hyperkinétique ou déficit de l'attention/hyperactivité. In : *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : de boeck, 2003, 179-222
77. DUMOUCHEL P. Qu'est qu'une maladie ? Pinel, aliéniste et nosographe. *Philosophiques* 2006 ; 33(1) : 19-36
78. DUPRE E., MERKLEN P. La débilité motrice dans ses rapports avec la débilité mentale et l'insuffisance pyramidale physiologique du premier âge. Rapport au XIXe Congrès des Aliénistes et Neurologues français, Nantes, 1909, 405-424
79. EBAUGH F.G. Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American Journal of Diseases of Children* 1923; 25: 89-97
80. EDMOND V., JOYAL C., POISSANT H. Neuroanatomie structurelle et fonctionnelle du trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). *L'encéphale* 2009 ; 35 (2) : 107-114
81. EHRENBERG A., LOVELL A. Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie? In : *La maladie mentale en mutation*. Paris : Odile Jacob, 2001, pp 9-39
82. ERASME. Eloge de la folie. Actes Sud, 2001, 187p
83. ESQUIROL E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical hygiénique et médico-légal. Paris: Baillères, 1838, tome I, p 5
84. FALISSARD B. L'art du diagnostic. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines* 2010 ; 20 : 20-21
85. FARAONE S.V., BIEDERMAN J., MICK E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta- analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006; 36 (2): 159-65
86. FARAONE S.V., DOYLE A.E., LASKY-SU J., SKLAR P.B., D'ANGELO E., GONZALEZ-HEYDRICH J. et al. Linkage analysis of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatry Genet* 2008; 147B (8): 1387-1391
87. FARAONE S.V., SERGEANT J., GILLBERG C., BIEDERMAN J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003 ; 2 (2) : 104-11
88. FAUCHER C. Quand on se fait appeler « hyperactif ». Etude du façonnement et du maintien d'une étiquette. Thèse de criminologie. Université d'Ottawa, 1998, [online] : <http://www.ruor.uottawa.ca/fr/handle/10393/4360>
89. FAUCHER L. Philosophie psychopathologique: un survol. *Philosophiques* 2006 ; 33(1) : 3-18

90. FAUCHER L., POIRIER P., LACHAPELLE J. La théorie des systèmes développementaux et la construction sociale des maladies mentales. *Philosophiques* 2006 ; 33(1) : 147-182
91. FLAVIGNY C. Psychodynamique de l'instabilité infantile. In: MENECHAL J. L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux. Paris : Dunod, 2004 : pp 81-129
92. FORNO L. L'enfant et son psychiatre. Une approche historique. Meyzieu: Césura Lyon Edition, 134p
93. FOUCAULT M. Maladie mentale et psychologie. Paris : PUF, 1962
94. FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris : Gallimard, 2007
95. FOUCAULT M. Le pouvoir psychiatrique : Cours au Collège de France, 1973-1974. Paris : Seuil, 2003, 416p
96. FOURNERET P., BOUTIERE C., REVOL O. Bref aperçu historique sur la notion d'hyperactivité infantile. *A.N.A.E.* 2004; 79: 259-262
97. FOURNERET P. L'hyperactivité : bilan et actualité d'un symptôme. In: MENECHAL J. L'hyperactivité infantile : débats et enjeux. Paris : Dunod, 2004, 7-26
98. FRANC N., MAURY M., PURPER-OUAKIL D. Trouble déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH): quels liens avec l'attachement? *L'encéphale* 2009 ; 35 (3) : 256-261
99. FREJAVILLE A. Une approche psychanalytique de l'instabilité psychomotrice. In : JOLY F. (editor). L'enfant hyperactif...de quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agite-t-il ? Montreuil : Editions du Papyrus, 2008, pp 115-128
100. FURMAN L.M. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Does New Research Support Old Concepts? *Journal of Child Neurology* 2008; 23(7): 775-784
101. GASSER J., STIGLER M. Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM. In: EHRENBERG A., LOVELL A. La maladie mentale en mutation. Paris: Odile Jacob, 2001, pp 229-245
102. GAUTHIER J.M. Pour une conception psychosomatique de l'instabilité chez l'enfant. In : JOLY F. (editor). L'hyperactivité en débat. Ramonville saint-Agne: Erès, 2005, pp 81-87
103. GAZON V. De la psychomotricité et de la place du corps dans l'hyperactivité. *Annales Médico-Psychologiques* 2006 ; 164(7) : 620-624
104. GEORGET E.J. De la folie. Paris: Crevot, 1820, 511p
105. GERBER S. Entre pratique et théorie médicale. *Le Coq-héron* 2004 ; 176 : 116-129
106. GILMORE K. A psychoanalytic perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2000; 48 (4): 1259-1293

107. GOLSE B. L'enfant excitable ; système pare-excitation, système pare-incitation. *Enfance & PSY* 2001 ; 14(2) : 49-56
108. GOLSE B. L'hyperactivité de l'enfant. Un choix de société. In : JOLY F. L'hyperactivité en débat. Ramonville saint-Agne : Erès, 2005, pp 73 – 80
109. GOLSE B. Hyperactivité chez l'enfant de moins de six ans. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2004 ; 17 : 241-245
110. GOLSE B. Avoir peur de nos propres enfants. L'enfance entre idéalisation et diabolisation. *Dialogue* 2009 ; 184 : 7-25
111. GONON F., GUILLE J.M., COHEN D. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2010 ; 5 (58) : 273-281
112. GOODYEAR P., HYND G.W. Attention-deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity: Behavioral and neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child Psychology* 1992; 21: 273-305
113. GORI R. La psychopathologie en questions aujourd'hui. *Cliniques méditerranéennes* 2005, 71 (1): 41-57
114. GOTTESMAN I.I., GOULD T.D. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 636-645
115. GOULD M.S., WALSH B.T., MUNFAKH J.L., KLEINMAN M., DUAN N., OLFSO M. et al. Sudden death and use of stimulant medications in youths. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 992-1001
116. GRMEK M.D. Le concept de maladie. In: GRMEK M.D. (editor). *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Paris : Seuil, 1995, tome 1, p 211
117. GROSSE E.M., DA FONSECA D., FAKRA E., POINSON F., SAMUELIAN J.C. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte. *Annales Médico Psychologiques* 2007 ; 165 : 378-385
118. GUYOTAT J. Les maladies mentales et les dépressions. In : MICHAUD Y. Qu'est-ce que l'humain ? Université de tous les savoirs volume 2. Paris : Editions Odile Jacob, 2000, pp399-409
119. HABERMAS J. *The Future of Human Nature*. Cambridge: Polity Press, 2003, 136p
120. HACKING I. Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ? Paris : Editions La Découverte, 2001, 298p
121. HACKING I. *Les Fous voyageurs*. Paris : Les Empêcheurs de penser en Rond, 2002, 390p

122. HALPERIN J.M., MARTIER K., BEDI G., SHARMA V., NEWCORN J.H. Specificity of inattention, impulsivity, and hyperactivity to the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31: 190-196
123. HEUYER G. *Enfant anormaux et délinquants juvéniles*. Thèse médecine, Paris, 1914, n° 371
124. HEUYER G., LEOVICI S. Forme conditionnée de l'instabilité psychomotrice. *Arch. Fr. Pediatr.* 1951 ; 8 : 548-549
125. HINSHAW S.P. *Attention deficits and hyperactivity in children*. Thousand Oaks: Sage publications, 1994, p 155
126. HINSHAW S.P. Is the inattentive type of ADHD a separate disorder? *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001; 8 (4): 498-501
127. HOFMANN H. *Crasse-tignasse, « Der Strunwelpeter »*. Paris : L'école des Loisirs, 1979
128. HOHMAN L.B. Post-encephalitic behaviour disorders in children. *Johns Hopkins Hospital Bulletin* 1922; 33: 372-375
129. HYMAN S.E. Can neuroscience be integrated into the DSM-IV? *Nature Rev. neurosci.* 2007; 8: 725-732
130. ILANA LÖWY. A propos du livre de Alain Ehrenberg et Anne Lovell « La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société ». *Mouvements* 2002 ; 2(20) : 163-167
131. ISABAERT L. CABIE M.C. *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Toulouse : Editions Erès, 1997, 208p
132. ISRAËL L. *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris, Masson, 2001, 256p
133. JACCARD R. *La folie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1979, 7ème ed. 2006, 127p
134. JEANSON F. (Entretien avec) *De la misère du social, de la perte de sens*. *Passant* 2001 ; 34 : 5p
135. JENSEN P. et al. Findings from the NIMH Multi-modal Treatment Study (MTA): implications and applications for primary care providers. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2001; 22: 60-73
136. JOLY F. Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2007 ; 55 (2) : 73-86
137. JOLY F. Le tourbillon instable ! Agitations théorico-cliniques autour de l'enfant agité. In : *L'hyperactivité en débat*. Ramonville saint-Agne : Erès, 2005, pp 95-126

138. JOLY F. Introduction. In : L'hyperactivité en débat. Ramonville saint-Agne : Erès, 2005, pp 15-19
139. JOLY F. Présentation. Instabilité de l'instabilité. In : L'enfant hyperactif...de quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agite-t-il ? Montreuil : Editions du Papyrus, 2008, pp11-16
140. JOSEPH J. Not in their genes: a critical view of the genetics of attention-deficit hyperactivity disorder. Dev rev. 2000; 20: 539-567
141. JOSEPH J. Problems in psychiatric genetic research: A reply to Faraone and Biederman. Dev Rev. 2000; 20: 582-593
142. JULIUS S. Blood pressure lowering only or more? Has the jury reached its verdict? Am J Cardiol 2007; 100: 32J-37J
143. KANNER L. Child Psychiatry. Thomas Springfield, 1953
144. KELLEHER K.J. Academic expectations and community practice: the great divide. Presentation to the Hastings Center NIH Working Group on Drugs in Pediatric Psychiatry. New York, 2007
145. KENDALL T., MCGOEY L. Truth, disclosure and the influence of industry on the development of NICE guidelines: an interview with Tim Kendall. BioSocieties 2007; 2: 129-140
146. KENDELL R.E. What are mental disorders? In: FREEDMAN A.M., BROTMAN R., SILVERMAN I., HUTSON D. Issues in psychiatric classification: science, practice and social policy. New York: Human Sciences Press, 1986, pp 23-45
147. KENNEDY R.L.J. The prognosis of sequelae of epidemic encephalitis in children. American Journal of Diseases of Children 1924; 28: 158-172
148. KESSLER R.C., ADLER L., BARKLEY R. et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. Am. J Psychiatry 2006; 163: 716-23
149. KIRK S., KUTCHINS H. Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine. Le Plessis-Robinson : Synthélabo, 1998, 564p
150. KLIMKEIT E., GRAHAM C., LEE P., MORLING M., RUSSO D., TONGE B. Children should be seen and heard: self-report of feelings and behaviours in primary-school-age children with ADHD. J Atten Disord. 2006 ; 10 : 181-191
151. KONOFAL E., LECENDREUX M, MOUREN-SIMEONI M.C. Mise au point des études cliniques sur le rapport « veille-sommeil » dans le trouble déficit de l'attention/hyperactivité de l'enfant. Ann Med Psychol 2002 ; 160 : 105-117

152. KUHN E. The Structure of Scientific Revolutions. Chicago: University of Chicago Press, 1962, 172p
153. KUTCHER S., AMAN M., BROOKS S.J., BUITELAAR J., VAN DAALEN E., FEGERT J. et al. International consensus statement on attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDS): clinical implications and treatment practice suggestions. Eur Neuropsychopharmacol 2004; 14: 11-28
154. LAHEY B.B., CARLSON C.L. Validity of the diagnostic category of attention deficit disorder without hyperactivity: A review of the literature. Journal of Learning Disabilities 1991, 24, 110-12
155. LAHEY B.B., PELHAM W.E., SCHAUGHENCY E.A., ATKINS M.S., MURPHY H.A., HYND G. et al. Dimensions and types of attention deficit disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1988, 27, 350-335
156. LAKOFF G. Women, Fire and Dangerous Things. Chicago: University of Chicago Press, 1987, p 337
157. LAMBERT G. Vérole, cancer & cie. La société des maladies. Paris : Editions du Seuil, 2009, 297p
158. LANTERI-LAURA G. Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. EMC-Psychiatrie 2004 ; 1 (2) : 128-49
159. LANTERI-LAURA G. L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française. In: EHRENBURG A., LOVELL A. La maladie mentale en mutation. Paris: Odile Jacob, 2001, pp 247-262
160. LAUFER M., DENHOFF E., SOLOMONS G. Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. Psychosomatic medicine 1957; 19: 38-49
161. LEBRUN J.P. Des incidences de la mutation du lien social sur l'éducation. Débat 2004 ; 132 : 151-176
162. LE COZ P. Petit traité de la décision médicale. Paris : Seuil, 2007, 195p
163. LEGRAND C. Les modes de légitimation de la prescription de médicaments psychotropes en médecine générale dans la presse professionnelle depuis 1950. In: EHRENBURG A., LOVELL A. La maladie mentale en mutation. Paris : Odile Jacob, 2001, pp 219-228
164. LEVET G. Les enfants instables : conditions nécessaires mais non suffisantes : psychopathologie de l'enfant instable de sa famille et de leur culture. Information psychiatrique 2006; 82 (9): 731-736
165. LEVY F. Implications for Australia of the multimodal treatment study of children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. Australian and New Zealand journal of psychiatry 2001, 35 (1): 45-58

166. LINNET K.M. et al. Maternal smoking during pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 1028-1040
167. LOCK M., FREEMAN J., CHILIBECK G., BEVERIDGE B., PADOLSKY M. Susceptibility genes and the question of embodied identity. *Med. Anthropol. Q.* 2007; 21: 256-276
168. LOE I.M., FELDMAN H.M. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 643-654
169. MALACRIDA C. Motherhood, resistance and attention deficit disorder: strategies and limits. *Canadian review of sociology and anthropology* 2001; 38(2): 141-165
170. MALE P. La genèse des troubles du caractère chez l'enfant. *Evol. Psychiatr.* 1932; 3:39-36
171. MALEVAL J.C. Limites et dangers des DSM. *L'évolution psychiatrique* 2003 ; 68(1) : 39-61
172. MARCELLI D. Psychopathologie des conduites motrices. In : *Enfance et psychopathologie*. Paris : Masson, 2006,104-118
173. MARCELLI D. Aux frontières de la nosographie. In : *Enfance et psychopathologie*. Paris : Masson, 2006 : 423-450
174. MARSH R., GERBER A.J., PETERSON B.S. Neuroimaging studies of normal brain development and their relevance for understanding childhood neuropsychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008 ; 47 (11) : 1233-1251
175. MARTIN-GUEHL C. Epidémiologie du trouble hyperactivité, déficit de l'attention. *A.N.A.E.* 2004; 79: 273-278
176. MASQUELET A.C. *Le raisonnement médical*. PUF coll. Que sais-je, 2006
177. MAZET P. Instabilité psychomotrice, hyperactivité chez l'enfant : perspectives cliniques et thérapeutiques. *J Pédiatr Puér* 1996 ; 9 : 431-21
178. MICOUIN G., BOUCRIS J.C. L'enfant instable ou hyperkinétique. Une étude comparée des concepts. *La psychiatrie de l'enfant* 1988, XXXI (2), 473-507
179. MILICH R., BALENTINE A.C., LYNAM D.R. ADHD combined type and predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001; 8 (4): 463-488
180. MILLE C., GUYOMARD C., NIESEN N. Evolution des formes psychopathologiques et des modalités d'accès aux soins en pédopsychiatrie. *L'information psychiatrique* 2003 ; 79 (8) : 675-682

181. MINKOWSKI E. Traité de psychopathologie. Paris : Presses Universitaires de France, 1966
182. MISES R. La pédopsychiatrie. Annales médico-psychologiques 2002 ; 160 (10) : 779-783
183. MISES R. Préface. In : MENECHAL J. L'hyperactivité infantile : débats et enjeux. Paris : Dunod, 2004, pp XI – XVII
184. MISES R., QUEMADA N., BOTBOL M., BURSZTEJN C., DURAND B., GARRABE J. et al. CFTMEA 2000. Nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Annales médico-psychologiques 2002 ; 160 : 213-215
185. MISES R., QUEMADA N., BOTBOL M., BURSZTEJNC C., DURAND B., GARRABE J. et al. Nouvelle version de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Référentiel CFTMEA R 2000. Annales Médico Psychologiques 2002 ; 160 : 257-278
186. MISSERSCHMITT P. Quelle pratique actuelle entre dans les compétences médicales concernant le syndrome TDAH : une vision clinique globale. A.N.A.E. 2004; 79: 263-268
187. MOLINA B.S., FLORY K., HINSHAW S.P., GREINER A.R., ARNOLD L.E., SWANSON J.M. et al. Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 1028-1040
188. MOUREN-SIMEONI M.C. Hyperactivité-déficit de l'attention. In : BOURRILLON A. et al. Pédiatrie -Pour le praticien. Paris : Masson, 2003, 534-535
189. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:1073-86
190. MURPHY K.R., ADLER L.A. Assessing Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in adults: Focus on rating scales. J Clin Psychiatry 2004; 65 (suppl. 3): 12-7
191. MURPHY K.R., BARKLEY R.A. Update adult norms for ADHD behavior checklist for adults. The ADHD Report 1996; 4 (4): 12-6
192. National Collaborating Centre for Mental Health. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults NICE 2008; [online]: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/ADHDConsFullGuideline.pdf>
193. Organisation mondiale de la santé. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. CIM-10 / ICD-10. Critères diagnostiques pour la recherche. Paris : Masson, 1994
194. PANKSEPP J. Attention Deficit Hyperactivity Disorders, Psychostimulants, and Intolerance of Childhood Playfulness: a Tragedy in Making. Current Directions in Psychological Science 1998, 7 (3): 91-98

195. PAROT F. Mais pourquoi ces enfants ne tiennent-ils plus en place? L'ordre des corps. Débat 2004 ; 132 : 122-135
196. PATERSON D., SPENCE J.C. The after-effects of epidemic encephalitis in children. The Lancet 1921, September 3 rd, 491-498
197. PERGAUD L. La Guerre des boutons. Paris : Gallimard, 1972, 276p
198. PETITOT F. Enfant turbulent ou enfant troublé ? Lettre du Grape 2007 ; 67 : 65-70
199. PINEL P. Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine. Paris : J.A. Brosson, 1802-03
200. PIONNIE N. Hyperactivité et trouble de l'attention chez l'enfant. Médecine thérapeutique / Pédiatrie 2005 ; 8 (1) : 17-22
201. POLANCZYK G., DE LIMA M.S., HORTA B.L., BIEDERMAN J., ROHDEL A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis Am. J. Psychiatry 2007; 164: 942-948
202. RAFALOVICH A. Psychodynamic and neurological perspectives on ADHD: exploring strategies for defining a phenomenon. Journal for the Theory of social Behaviour 2001; 31 (4): 397-418
203. RAFFY A. Le THADA, une maladie inventée par la psychiatrie moderne. In : La pédofolie. De l'infantilisme des grandes personnes. Bruxelles : De boeck, 2004, 222
204. RAFFY A. L'enfant des limites, l'enfant du DSM. Information Psychiatrique 2006 ; 82 (9) : 723-730
205. RAPOPORT J.L. et al. Dextroamphetamine. Its cognitive and behavioral effects in normal and hyperactive boys and normal men. Arch. Gen. Psychiatry 1980; 37: 933-943
206. REMSCHMIDT H., GLOBAL ADHD WORKING GROUP. Global consensus on ADHD/ HKD. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2005 ; 14 : 127-137
207. RIGON E. Turbulent, agité, hyperactif. Vivre avec un enfant tornade. Paris : Albin Michel, 2008, 208p
208. ROBERT M. Perspectives psychanalytiques sur le développement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (THADA). Revue française de Psychanalyse 2008 ; 472 (4) : 1213-1226
209. ROWLAND A., LESESNE C., ABRAMOWITZ A.J. et coll. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. The epidemiology of neurodevelopmental disorders. Mental retardation and developmental disabilities research reviews 2002; 8(3): 162-170

210. RÜMKE H.C. Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. In: RÜMKE H.C. (editor). Ein blühende Psychiatrie in gefahr. Berlin, Heidelberg: Springer, 1967, pp 203-211
211. SAFER D.J., ZITO J.M., DOSREIS S. Concomitant psychotropic medication for youths. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 438-449
212. SAFREN S.A. Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (Suppl 8): 46-50
213. SAFREN S.A., OTTO M.W., SPRICH S. et al. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther* 2005; 43: 831-42
214. SAIAG M.C. Le diagnostic d'ADHD selon le DSM-IV. In: MENECHAL J. L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux. Paris : Dunod, 2004, pp27-33
215. SAINT-CAST A. Qu'est-ce qui excite les enfants instables ? *Enfance & PSY* 2001 ; 14(2) : 93-99
216. SAINT GERMAIN I., BOULLOCHE J., LE LUYER B. Le diagnostic du trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité doit-il se limiter aux critères de la classification du DSM-IV ? *Archives de pédiatrie* 2004 ; 11 (8) : 974-975
217. SANDEL M. The Case Against Perfection: Ethics in the Age of Genetic Engineering Belknap Press of Havard University Press 2007, 176p
218. SANTOSH P. et al. Refining the diagnoses of inattention and overactivity syndromes: a reanalysis of the Multimodal Treatment Study of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) based on ICD-10 criteria for hyperkinetic disorder. *Clin. Neurosci. Res.* 2005 ; 5 : 307-314
219. SCHACHAR R.J., TANNOCK R., LOGAN G. Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* 1993, 13, 721-740
220. SCHAFFER D., FISHER L., LUCAS C.P. et al. Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, 39 (1): 28-38
221. SCHMIT G. Crises dans la crise : entre souffrances au quotidien et malaise dans la civilisation, quels liens ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2001 ; 49 (8) : 483-491
222. SCHUR E.M. Labeling Deviant Behavior. It's Social Implications. New York: Joanna Cotler Books, 1972, 173p
223. SHAW P., ECKSTRAND K., SHARP W., BLUMENTHAL J., LERCH J.P., GREENSTEIN D. et al. Attention-deficit/ hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007; 104: 19649-19654

224. SIFERS S.K., PUDDY R.W., WARREN J.S., ROBERTS M.C. Reporting of demographics, methodology and ethical procedures in journals in pediatric and child psychology. *Journal of Pediatric Psychology* 2002, 27(1): 19-25
225. SINGH I. Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nat Rev Neurosci* 2008; 9 (12): 957-64
226. SINGH I. Clinical implications of ethical concepts: the case of children taking stimulants for ADHD. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* 2007; 12: 167-182
227. SKOUNTI M., PHILALITHIS A., GALANAKIS E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr* 2007; 166: 117-123
228. SPENCER T.J., BIEDERMAN J., MICK E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric psychology* 2007; 32 (6): 631-642
229. SPENCER T.J., FARAONE S.V., BIEDERMAN J. et al. Does prolonged therapy with a long-acting stimulant suppress growth in children with ADHD? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 527-537
230. STERN D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: Presses Universitaires de France, 2003, 381p
231. STILL G.F. Some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet* 1902; 159 (4102): 1008-1012; 159 (4103): 1077-1082; 159 (4104): 1163-1168
232. STRAUSS A.A., LEHTINEN L.E. *Psychopathology and education of the brain-injured child*. New-York: Grune & Stratton, 1947
233. STRECKER E.A. Behavior problems in encephalitis. *Archives of Neurology and Psychiatry* 1929; 21: 137-144
234. STRYKER S. Encephalitis lethargica-The behavior residuals. *Training School Bulletin* 1925; 22: 152-157
235. SWANSON J.M., ELLIOTT G.R., GREENHILL L.L. et al. Effects of stimulant medication on growth rate across 3 years in the MTA follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 1015-1027
236. SZASZ T. The Myth of Mental Illness. *American Psychologist* 1960; 15: 113-118
237. SZASZ T. Mental Illness is Still a Myth. *Society* 1994; 31: 34-39
238. TATOSSIAN A. Le symptôme en psychiatrie grandeur et servitudes. *Soins psychiatrie* 1993 ; 148 : 4-8
239. TATOSSIAN A. Symptôme et maladie en psychiatrie sur les présupposés de la psychopathologie quantitative. *Psychologie Médicale* 1981, 6 (13) : 879-881

240. TATOSSIAN A. Le problème du diagnostic dans la clinique psychiatrique. In : PICHOT P., REIN W. editors. L'approche clinique en psychiatrie. Les empêcheurs de penser en Rond, 1999, 670p
241. TATOSSIAN A. Les classifications psychiatriques : le point de vue du clinicien. Compte-rendu des VIème Journées de Méthodologie de la Recherche en Psychiatrie
242. TAYLOR E., DOPFNER M., SERGEANT J. et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder « first upgrade ». Eur. Child Adolesc Psychiatry 2004; 13 (suppl.I): 17-30
243. THOMAS J., WILLEMS G. Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant : approche neurocognitive. Paris: Masson, 2001, 244p
244. THORET Y. Georges Lantéri-Laura. Des paradigmes à l'étiopathogénie en psychiatrie. L'évolution psychiatrique 2005 ; 70(2) : 301-309
245. TISCHLINGER A. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Illusion, « american condition » or hidden handicap? Jmhg 2004; 1 (4): 388-392
246. TOMES A. Petit lexique sartrien. Cités 2005 ; 2 (22) : 185-196
247. TORDJMAN S. Evolution des recherches en pédopsychiatrie : vers la subjectivité et une approche intégrée psychodynamique et biologique appliquée à l'étude du développement normal et pathologique de l'enfant. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2005 ; 54 (1) : 3-8
248. TOUATI B. L'hyperactivité la fin de l'histoire ...du sujet. In : JOLY F. L'hyperactivité en débat. Bonchamp-lès-Laval : Erès , 2005 , p 47-62
249. TURSZ A. Connaissance de la pathologie mentale de l'enfant : l'apport de l'épidémiologie. Arch Pédiatr 2001; 8: 191-203
250. TYSZLER J.J. Petite carte persane. In: BERGES-BOUNES M., FORGET J.M., FERRON C. Actualités dans la psychanalyse chez l'enfant et chez l'adolescent. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2006, pp 233-239
251. VALLEE L. Le déficit d'attention avec hyperkinésie chez l'enfant. Approche neuropédiatrique. In: JOLY F. L'hyperactivité en débat. Bonchamp-Lès-Laval : Erès, 2005, pp63-72
252. VANTALON V. L'hyperactivité de l'enfant. Paris: John Libbey, 2005, 161p
253. VERGNAUD GETIN C. TDAH, prédictif et / ou facteur de risque. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2007 ; 55 : 495-496
254. VERNET M. Trop crédules face aux neurosciences? Le Cercle Psy 2010[online] : http://www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id_articles=25515

255. VICAN P. Nos enfants cobayes de la psychiatrie. Croissy-sur-Seine : Anagramme éditions, 2006, 191p
256. VOYAZOPOULOS R. Enfant instable, enfant agité, enfant excité. *Enfance & PSY* 2001 ; 14(2) : 26-34
257. WAHL G. L'hyperactivité. Paris : Presses Universitaires de France, 2009, 127p
258. WAKEFIELD J.C. The concept of mental disorder: or the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist* 1992; 47: 373-388
259. WALLON H. L'enfant turbulent. Paris : Presses universitaires de France, 1984, 359p
260. WALSER H.M. A la mémoire d'Adolf Meyer, éminent psychiatre américain. *Médecine et Hygiène* 1966, 746-848
261. WELNIARZ B. Quelques aspects psychodynamiques de l'hyperactivité. *Perspectives psychiatriques*, 2000; 3: 216-21
262. WELNIARZ B. Approche psychodynamique et prescription médicamenteuse : comment associer ces pratiques en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *L'Information psychiatrique* 2008 ; 84 : 627-635
263. WENDER P.H., WOLF L.E., WASSERSTEIN J. Adults with ADHD: An overview. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 931: 1-16
264. WIDIGER T.A., SANKIS L.M. Adult Psychopathology: Issues and Controversies. *Annual Review of Psychology* 2000; 51: 377-404
265. WILENS T.E., ADLER L.A., ADAMS J., SGAMBATI S., ROTROSEN J., SAWTELLE R. et al. Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 21-31
266. WILLCUTT E.G., DOYLE A.E., NIGG J.T., FARAONE S.V., PENNINGTON B.F. Validity of the executive function theory of attention-deficit / hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry* 2005 ; 57 (11) : 1136-46
267. WILLIAMS J. Précis de psychologie. Bibliothèque de l'Homme, 2000, 642p
268. WINCKLER M., BLECHT J. Les inventeurs de maladie. *Actes Sud*, 2005, 282p
269. ZITO J.M. et al. Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA* 2000; 283: 1025-1030

ANNEXE 1

TABLERAU 1.111. Critères diagnostiques du trouble déficit de l' attention/hyperactivité DSM-IV.

A. Présence soit de 1, soit de 2.

1. Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 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 les jeux **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 (ex.: jouets, cahier de devoirs, crayons, livres ou outils)

h. souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes **i.** a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

2. six des symptômes suivants d'hyperactivité -impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

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 ou 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

g. laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée **h.** a souvent du mal à attendre son tour

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

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (ex.: à l'école, au travail et à la maison)

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire et professionnel

E. les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (ex.: trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité)

ANNEXE 2

TABLERAU 1.IV. Critères pour la recherche du trouble hyperkinétique [F.90] (CIM-10, 1994).

Les critères diagnostiques pour la recherche du trouble hyperkinétique exigent la présence d'une inattention, d'une hyperactivité et d'une impulsivité qui sont envahissantes, persistantes et présentes dans plusieurs situations et qui ne sont pas dues à un autre trouble (par exemple, un autisme ou un trouble de l'humeur)

G1. Inattention

Au moins six des symptômes suivants d'inattention ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

1. ne parvient souvent pas à prêter attention aux détails, ou fait des "fautes d'inattention", dans les devoirs scolaires, le travail, ou d'autres activités
2. ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeux
3. ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit
4. ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou à finir ses devoirs, ses corvées, ou ses obligations sur le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions)
5. a souvent du mal à organiser des tâches ou des activités
6. évite souvent ou fait très à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, telles que les devoirs à faire à domicile
7. perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison (par exemple, crayons, livres, jouets, outils)
8. est souvent facilement distrait par des stimuli externes
9. fait des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes

G2. Hyperactivité

Au moins trois des symptômes suivants d'hyperactivité ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

1. agite souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise
2. se lève en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis
- 3 court partout ou grimpe souvent, de façon excessive, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'agitation)
4. est souvent exagérément bruyant dans les jeux. Qu'il a du mal à participer en silence à des activités de loisir
5. fait preuve d'une activité motrice excessive, non influencée par le contexte social ou les consignes

G3. Impulsivité

Au moins un des symptômes suivants d'impulsivité a persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

1. se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser
2. ne parvient souvent pas à rester dans une file ou à attendre son tour dans les jeux ou dans d'autres situations de groupe
3. interrompt souvent autrui ou impose sa présence (par exemple, fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres)
4. parle souvent trop sans tenir compte des conventions sociales

G4. Le trouble survient avant l'âge de 7 ans

G5. Caractère envahissant du trouble. Les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, par exemple, l'association d'une inattention et d'une hyperactivité doit être présente à la fois à la maison et à l'école et dans une autre situation où les enfants font l'objet d'une observation, par exemple un centre de soins (pour mettre en évidence la présence des critères dans plusieurs situations, on doit habituellement disposer d'informations provenant de plusieurs sources; il est peu probable, par exemple, que les parents puissent fournir des renseignements suffisants sur le comportement de leur enfant à l'école)

G6. Les symptômes cités en C1-63 sont l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, cliniquement significative

G7. Ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement (F84.-), d'un épisode maniaque (F30.-), d'un épisode dépressif (F32.-) ou d'un trouble anxieux (F41.-)

ANNEXE 3

7. Troubles des conduites et des comportements

Ce chapitre regroupe des troubles à dominante comportementale dont certains constituent des syndromes suffisamment individualisés en tant que tels. Néanmoins, il reste essentiel de rechercher dans quels cas cette symptomatologie peut s'intégrer dans l'une des quatre premières catégories.

7.0 Troubles hyperkinétiques

7.00 Hyperkinésie avec troubles de l'attention

Classer ici les troubles décrits en France par l'expression « 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 nouvelle.

Inclure :

- le déficit de l'attention avec hyperactivité;
- l'hyperactivité avec troubles de l'attention.

Exclure:

- les troubles de l'attention sans hyperactivité motrice proprement dite;
 - l'activité excessive adaptée à l'âge (chez les petits enfants notamment) ;
 - les manifestations à type d'excitation maniaque (à classer, selon les cas, dans les catégories 1 ou 3);
 - la réaction hyperkinétique de durée limitée.
- ♦ Correspondance avec la CIM-10: F90.0 - Perturbation de l'activité et de l'attention, F90.1-Trouble hyperkinétique et trouble des conduites.

7.08 Autres troubles hyperkinétiques

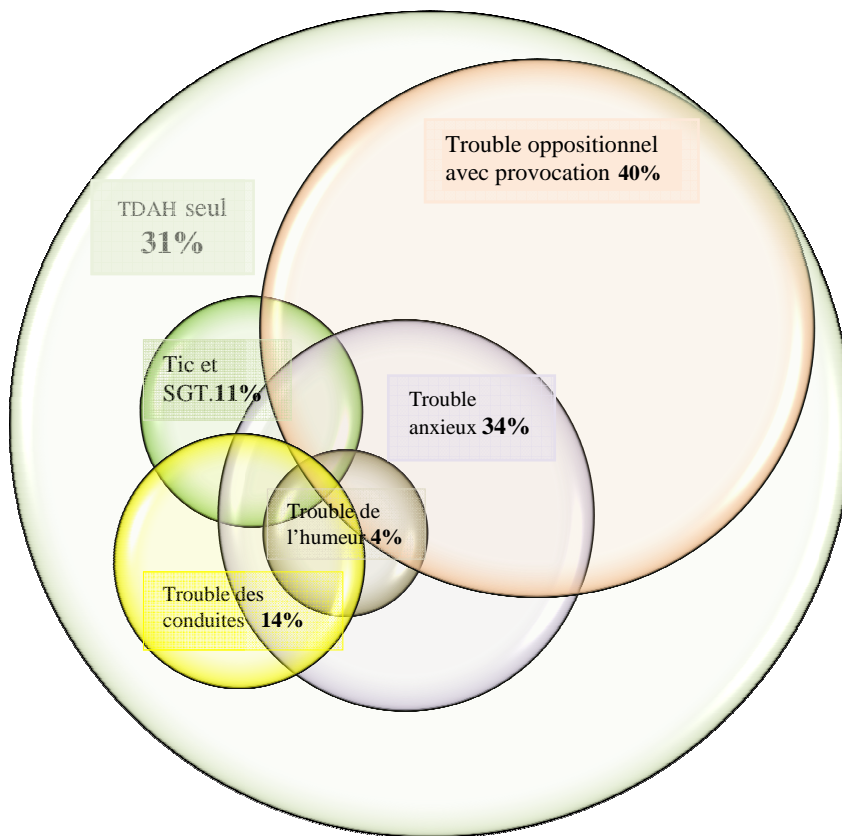
- ♦ Correspondance avec la CIM-10: F90.8 - Autres troubles hyperkinétiques

7.09 Troubles hyperkinétiques non spécifiés

- ♦ Correspondance avec la CIM-10 : F90.8 – Autres troubles hyperkinétiques

ANNEXE 4

Illustration de la complexité des situations cliniques des enfants avec un TDAH
(d'après les résultats de l'étude MTA (tdah57))



ANNEXE 5

Tableau IX. Echelles de Connors destinée aux parents (version 48 items)

Vous trouvez ci-dessous des indications décrivant des comportements d'enfants ou les problèmes qu'ils ont parfois. Lisez chaque question attentivement et décidez du degré dont votre enfant a souffert de ce problème pendant la période donnée. La période dont il faut tenir compte est la période actuelle.

VEUILLEZ REPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Enormément
1. Tripote ou ronge certaines choses (ongles, doigts, cheveux, vêtements)				
2. Insolent avec les adultes				
3. A du mal à se faire des amis et/ou à les garder				
4. Excitable, impulsif				
5. Veut tout commander				
6. Suce ou mâchonne (pouce, vêtement, couverture)				
7. Pleure facilement ou souvent				
8. Se sent attaqué, est sur la défensive				
9. Rêvasse				
10. A des difficultés d'apprentissage				
11. Se « tortille », ne tient pas en place				
12. A peur (de nouvelles situations, lieux, personnes, de l'école...)				
13. Agité, a toujours besoin de faire quelque chose				
14. Destructeur				
15. Ment ou raconte des histoires qui ne sont pas vraies.				
16. Timide				
17. S'attire plus d'ennuis que les autres enfants de son âge				
18. Ne parle pas comme les autres enfants de son âge (parle comme un bébé, bégaye, est difficile à comprendre)				
19. Nie ses erreurs ou accuse les autres				
20. Querelleur				
21. Fait la moue et boude				
22. Prend les choses qui ne lui appartiennent pas				
23. Est désobéissant ou obéit à contre cœur				
24. S'inquiète plus que les autres (de la maladie, la mort, la solitude,...)				
25. Ne termine pas ce qu'il a commencé				
26. Se sent facilement froissé				
27. Brutalise ou intimide ses camarades				
28. Ne peut s'arrêter lors d'une activité répétitive				
29. Cruel				
30. Comportement « bébé » ou immature (demande qu'on l'aide pour des choses qu'il peut faire seul, est « collant », a constamment besoin d'être rassuré).				
31. Problème de fixation de l'attention ou de distractibilité				
32. Maux de tête				
33. Changement d'humeur rapide				
34. N'obéit pas ou n'aime pas obéir aux règles ou interdits				
35. Se bagarre constamment				
36. Ne s'entend pas avec ses frères et sœurs				
37. Se décourage facilement lors qu'un effort est nécessaire				
38. Dérange les autres enfants				
39. Enfant foncièrement malheureux				
40. Problème d'alimentation (mauvais appétit, se lève après chaque bouchée,...)				
41. Maux d'estomac				
42. Problème de sommeil (ne peut s'endormir, se réveille trop tôt, se réveille pendant la nuit,...)				
43. Autres plaintes physiques et douleurs				
44. Vomissements, nausées				
45. Se sent « lésé » à la maison				
46. Se vante, fanfaronne				
47. Se laisse écraser, manipuler par les autres				
48. Problèmes d'évacuation intestinale (selles molles, va à la selle irrégulièrement, constipation, ...)				

D'après Echelles d'évaluation de Connors. Dugas M, Bouvard MP. P521-34. In l'Evaluation clinique standardisé en psychiatrie. Tome II, sous la direction de JD Guelfi. Editions médicales P. Fabre, 1996

Tableau X. Echelle de Connors destinée aux enseignants
 Vous trouvez ci-dessus une liste décrivant des comportements.
 Placez une croix dans la colonne qui décrit le mieux cet enfant.
 VEUILLEZ REpondre A TOUTES LES QUESTIONS.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Enormément
1. Agité, se « tortille » sur sa chaise				
2. Fait des bruits incongrus quand il ne faut pas				
3. On doit répondre immédiatement à sa demande				
4. Fait le malin				
5. Crise de colère et conduites imprévisibles				
6. Trop sensible à la critique				
7. Distrait ou attention fluctuante				
8. Perturbe les autres enfants				
9. Rêveur				
10. Fait la moue et boude				
11. Humeur changeant rapidement et de façon marquée				
12. Bagarreur				
13. Attitude soumise face à l'autorité				
14. Agité, toujours en train d'aller à droite et à gauche				
15. S'excite facilement, impulsif				
16. Demande une attention excessive de l'enseignant				
17. Semble mal accepté par le groupe				
18. Se laisse mener par les autres enfants				
19. Est mauvais joueur				
20. Semble manquer de capacités à entraîner ou mener les autres				
21. Difficultés à terminer ce qu'il commence				
22. Puérile et immature				
23. Nie ses erreurs ou accuse les autres				
24. A des difficultés à s'entendre avec les autres enfants				
25. Peu coopérant avec ses camarades				
26. S'énervé facilement quand il doit faire un effort				
27. Peu coopérant avec l'enseignant				
28. Difficulté d'apprentissage				

D'après Echelles d'évaluation de Connors. Dugas M, Bouvard MP. P521-34. In l'Evaluation clinique standardisé en psychiatrie. Tome II, sous la direction de JD Guelfi. Editions médicales P. Fabre, 1996

VU

NANCY, le **18 octobre 2011**

Le Président de Thèse

NANCY, le **18 octobre 2011**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur D. SIBERTIN - BLANC

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3808

NANCY, le 21/10/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE