PETITE BIBLIO
PAYOT
ESSAIS

EMMANUELLE PIQUET
ALESSANDRO ELIA

NOS ENFANTS SOUS MICROSCOPE

TDA/H, HAUTS POTENTIELS, MULTI-DYS & CIE : COMMENT STOPPER L'ÉPIDÉMIE DE DIAGNOSTICS



« Et si, plus que nos enfants, c'était notre société qui était troublée ? »

Avant, nos enfants étaient rêveurs, dans la lune, turbulents… Aujourd'hui, ils sont hyperactifs, dyspraxiques, dyscalculiques, quand ils n'ont pas un trouble du comportement ou un trouble psy grave. Mais est-ce qu'apposer de tels diagnostics permet d'apaiser la tristesse, la colère, l'inquiétude, la culpabilité liées à leurs difficultés ? Pas sûr. Deux cliniciens tirent le signal d'alarme et défendent une approche plus écologique : « Soignons les relations, pas les enfants ! » Ils nous expliquent comment changer de regard et, grâce à des clés concrètes, nous proposent d'aider les enfants à trouver la meilleure façon de résoudre leurs problèmes en puisant dans leurs propres ressources.

Emmanuelle Piquet, psychopraticienne et formatrice, a créé les centres de consultation et de formation Chagrin scolaire. Elle est notamment l'autrice chez Payot d'un ouvrage qui fait référence : *Te laisse pas faire ! Aider son enfant face au harcèlement à l'école*. Alessandro Elia, psychologue, psychothérapeute et formateur, a fondé les centres Sésames en Suisse qui proposent des consultations et des formations en thérapie brève systémique.

OUVRAGES
D'EMMANUELLE PIQUET

Aux Éditions Payot :

Ne te laisse pas faire ! Aider son enfant face au harcèlement à l'école
Comment ne pas être un prof idéal
Mon ado, ma bataille. Comment apaiser la relation avec nos adolescents
Faites votre 180° ! Vous avez tout essayé. Et si vous tentiez l'inverse ?

Chez d'autres éditeurs :

Votre enfant face aux autres. L'aider dans les relations difficiles (Les Arènes)
Je n'ai plus peur de mes peurs (Les Arènes Jeunesse)
Le Harcèlement scolaire en 100 questions (Tallandier)
Je me défends du harcèlement (Albin Michel Jeunesse)
Je me défends du sexisme (Albin Michel Jeunesse)
Je combats ce qui m'empêche d'apprendre (Albin Michel Jeunesse)

Emmanuelle Piquet
Alessandro Elia

Nos enfants sous microscope

TDA/H, hauts potentiels, multi-dys & Cie : comment stopper l'épidémie de diagnostics

PETITE BIBLIO
PAYOT

Retrouvez l'ensemble des parutions
des Éditions Payot & Rivages sur

payot-rivages.fr

Cet ouvrage porte le numéro 1212 dans la collection
« Petite Bibliothèque Payot »

Conception graphique de la couverture :
Sara Deux. Illustration : © Arnaud Boutin.

© Éditions Payot & Rivages, Paris, 2021
© Éditions Payot & Rivages, Paris, 2023
pour l'édition de poche

ISBN : 978-2-228-92732-1

À tous ces enfants, petits et plus grands, qui sont infiniment plus que le diagnostic dont on les a affublés. Haut les cœurs !

Emmanuelle

À tous les chercheurs, thérapeutes et auteurs géniaux qui nous ont inspirés, de Palo Alto et d'ailleurs. Leurs idées nous ont ouverts à une compréhension plus globale du monde, rien n'a plus été comme avant après eux. Nous sommes sur les épaules des géants.

Alessandro

PRÉALABLE

Nous sommes tous deux praticiens en thérapie brève. Notre métier consiste à comprendre la souffrance de nos patients, petits ou grands : leur apaisement est l'enjeu numéro un de chacune de nos interventions.

Une fois cette souffrance identifiée, nous en disséquons l'écosystème, ici, maintenant :

Qu'est-ce qui, au quotidien, dans les interactions qui entourent le problème alimente ce dernier et quelle douleur lui est associée ?

Qu'est-ce qui génère de la souffrance plutôt que de l'apaisement ?

Que faudrait-il stopper absolument pour que la tristesse, la colère, l'angoisse, l'autodéception diminuent le plus possible ?

C'est en pensant à vous, parents d'enfants diagnostiqués dyscalculiques, dyspraxiques, dysorthographiques, dysphasiques, multi-dys, troublés de l'organisation, ou alors de l'attention, hyperactifs ou intellectuellement précoces (entre autres), souvent désemparés et perdus dans la jungle des différents traitements, propositions, injonctions qui vous sont faits que nous avons décidé d'écrire ce livre. Parce que votre souhait le plus ardent est d'être un bon papa, une bonne maman et que la société vous renvoie que ce n'est pas le cas puisque, visiblement, votre enfant n'entre pas dans la norme ; puisqu'il ne semble pas y avoir de place pour lui, à moins de

le médiquer ou de le rééduquer ; puisqu'il trouble l'école, les adultes, la société. Puisqu'il faut lui faire une place à part, en dehors, adaptée, moins dérangeante.

C'est aussi en pensant à vous, professionnels de l'enfance qui mettez tant en œuvre pour tenter de remettre sur la voie de l'école, de la socialisation, de relations familiales apaisées, des enfants considérés comme problématiques par des normes auxquelles vous avez si peu contribué. Vous qui vous sentez parfois submergés par un vrai sentiment d'impuissance quand vous avez l'impression d'avoir tout essayé et que l'évolution de la situation est si infime au regard de l'énergie que vous y avez consacrée.

Et c'est évidemment surtout en pensant aux enfants que le monde adulte diagnostique à l'envi, sans qu'ils en aient forcément émis le désir et sans, surtout, imaginer les risques considérables qu'un diagnostic mal ajusté peut leur faire prendre, que nous avons décidé d'écrire ce livre.

Il n'est pas dans notre propos de nous opposer à quiconque ; nous sommes parfaitement conscients que chacun intervient avec bienveillance et rigueur dans le champ qui est le sien, le parental, l'académique, celui du soin.

Pas dans notre propos non plus de nier les difficultés et problèmes d'apprentissage et de comportements que connaissent certains enfants et les immenses souffrances qui y sont parfois associées, pour eux et leur entourage proche.

Nous souhaitons pourtant interroger cette épidémie diagnostique infantile qui envahit le monde occidental depuis le début du XXI^e^ siècle et ses conséquences sur nos enfants et leur avenir, sur le fonctionnement de la famille et de l'école et partant sur celui de la société. Notre objectif est

de démontrer qu'en amont de ce recours au diagnostic qui est parfaitement indispensable certaines fois, d'autres voies existent, plus systémiques, moins centrées sur une pathologie de l'enfant ou de ses parents, mais bien plutôt sur les ressources de ces derniers et la modification de leurs interactions.

Comme l'ont écrit Kristen Syme et Edward Hagen récemment dans l'*American Journal of Physical* Anthropology : « Des changements transitoires, tension, pouls, température, angoisse, humeur, ne sont pas toujours des indicateurs de pathologies mais parfois des réponses adaptatives tout à fait appropriées[1]. »

Car, si plus que nos enfants, c'était notre société qui était troublée ?

1. Kristen L. Syme, Edward H. Hagen, « Mental health is biological health : Why tackling "diseases of the mind" is an imperative for biological anthropology in the 21st century », *American Journal of Physical Anthropology*, vol. 171, novembre 2019.

1

Des enfants et des adolescents sous microscope

Je scrute, tu scrutes, ils scrutent

Notre position socioprofessionnelle de psychopraticienne en France (Emmanuelle) ou de psychologue-psychothérapeute en Suisse (Alessandro) nous permet de faire une observation, à la base du projet d'écriture du livre que vous tenez entre les mains : la tendance depuis une vingtaine d'années, dans le monde de la psychologie et de la psychiatrie, à placer les enfants et les adolescents sous la loupe de nombreux spécialistes, censés se prononcer sur leur santé mentale, psychique, affective, sociale, intellectuelle, et traiter leurs dysfonctionnements divers. Toutes sortes de professionnels se penchent sur le cas de l'enfant qui sort de la norme : des psychologues, aux pédopsychiatres, en passant par les neuropédiatres, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, lorsque ce ne sont pas carrément des équipes pluridisciplinaires[1]…

1. Un psychologue est un expert du comportement, des émotions et de la santé mentale. Il intervient auprès des personnes qui éprouvent de la détresse ou des difficultés

De nombreux parents sont à juste titre désorientés face au choix à faire, lorsque l'école, le plus souvent, leur suggère ou leur « conseille vivement » de consulter un spécialiste pour leur enfant. Car il est incontestable, et cela ne date pas d'hier, que c'est l'école qui prédispose le plus un individu à être repéré comme inadapté. Les difficultés ou l'échec scolaires, les comportements inadaptés vis-à-vis des enseignants ou des autres élèves, le non-respect répété des règles de l'institution tendent à être interprétés comme des symptômes manifestes de troubles cognitifs et/ou psychologiques chez l'enfant. Et ces troubles sont identifiés comme étant la cause des problèmes d'adaptation des élèves à l'école.

Selon cette manière d'appréhender les enfants qui n'entrent pas dans la norme scolaire, il devient logique de considérer que le problème devra être traité hors de l'école, délégué à des spécialistes qui pourront mieux circonscrire le « trouble » dont l'enfant est porteur présumé, et le cas échéant le soigner. Un élève peut alors passer tour à tour sous la loupe, le plus souvent compétente

---

psychologiques. Un pédopsychiatre est un psychiatre pour enfants ou adolescents, médecin de formation, donc pouvant prescrire des médicaments, et qui s'intéresse à l'étude et aux soins des troubles mentaux. Un neuropédiatre est également médecin de formation, il s'intéresse au fonctionnement du système nerveux de l'enfant, à son exploration, ses maladies et ses traitements. Un orthophoniste (ou logopédiste en Suisse) est un professionnel spécialisé dans l'évaluation et le traitement des troubles de la communication liés à la voix, à la parole et au langage oral et écrit, ainsi que des troubles de la déglutition et de motricité bucco-faciale. Un ergothérapeute va se centrer sur le développement et le maintien de la capacité d'agir des personnes. Un psychomotricien est une personne chargée de la rééducation d'enfants atteints de troubles psychomoteurs.

et bienveillante, de plusieurs professionnels : par exemple, celle d'un orthophoniste, car on soupçonne une dyslexie ; mais comme l'enfant fait aussi preuve d'une évidente maladresse dans ses gestes, il devra se rendre chez un psychomotricien et/ou un ergothérapeute pour une rééducation ; puis dans la mesure où il se montre inattentif en classe, on l'enverra chez un neuropsychologue qui déterminera les raisons de son supposé trouble attentionnel ou chez un psychologue clinicien qui tentera d'identifier des causes psychoaffectives. Au final, chaque spécialiste avec sa loupe spécifique aura évalué une (infime) parcelle du fonctionnement de l'enfant. Un peu comme si on faisait une photographie, depuis l'extérieur, d'un train en marche, à partir d'angles de vue différents. On pourra mettre en évidence ce qui ne fonctionne pas, parce que chacun des appareils photo utilisés est calibré pour cela. Notre petit « scruté » recevra donc très probablement plusieurs diagnostics, car lorsqu'un expert cherche un trouble ou un dysfonctionnement, pour lequel il a été formé afin d'en identifier les signes, il y a fort à parier qu'il le trouve. Une expérience que l'un de nous deux a vécue (Alessandro), à plusieurs reprises, illustre bien ce phénomène.

> Alors jeune psychologue, je me rendais régulièrement en supervision chez une psychologue clinicienne expérimentée et reconnue pour sa grande compétence. Je lui demandais son avis sur les résultats des bilans psychologiques que je réalisais avec des enfants et des adolescents que je voyais dans le cadre de ma pratique de psychologue en milieu scolaire. Au bout de quelques mois, je m'aperçus que, dans 8 cas sur 10, les enfants et les adolescents dont j'exposais les résultats des bilans présentaient, de l'avis de ma superviseuse, des

« fonctionnements de type psychotique[1] ». J'en fus très saisi, et me demandai comment j'avais pu ne pas percevoir de telles structures de personnalité chez mes patients. Parce que enfin, ce mot « psychotique » n'est pas anodin. Il est associé à des angoisses envahissantes, une instabilité émotionnelle importante, des pertes potentielles de contact avec la réalité… Qu'est-ce que cela veut dire ? Que 80 % des enfants et adolescents que je voyais pour des bilans partaient dans la vie avec une structure de personnalité « psychotique » et moi je ne voyais rien ? Tout à fait entre nous, ce terme est tellement connoté que dans les retours des évaluations psychologiques donnés aux parents, il n'est jamais prononcé. On dira par exemple : « Il a des angoisses primaires envahissantes. » Mais le psychologue, lui, « sait » ce que cela veut dire. Lorsqu'il évoque ce diagnostic, il prend d'ailleurs souvent un air grave et sérieux. Parce qu'il considère que l'enfant aura besoin de psychothérapie et pourrait manifester des comportements bizarres s'il décompense. Mais progressivement, je me rendis compte que ma superviseuse avait développé une sensibilité d'une finesse extrême pour la détection des signes propres, selon la théorie de référence qu'elle utilisait, à ce type de fonctionnement dit psychotique. Je compris aussi que les catégories qu'elle utilisait pour classer les enfants étaient une construction théorique, certes intéressante, mais une vision possible et limitée de ce que l'on peut comprendre chez un humain. Cela me fut d'autant plus

1. Dans l'approche psychanalytique (voir le chapitre 3 pour une définition de ce modèle théorique et clinique), certains auteurs catégorisent les individus selon trois structures pathologiques du psychisme : la structure névrotique, la structure psychotique et les états-limites. Les structures psychiques des enfants et des adolescents étant encore en construction, les spécialistes ne peuvent pas poser de diagnostic stable, car leur fonctionnement psychique va encore vivre des modifications.

clair lorsque j'allai voir un autre superviseur, qui s'appuyait sur des théories de référence proches de celles de ma superviseuse, avec les mêmes cas (curieuse démarche me direz-vous, mais j'étais fasciné par cette idée que la « réalité » n'est pas connaissable en tant que telle et que nous construisons tous la nôtre avec notre subjectivité). Ses conclusions sur les résultats des enfants étaient différentes. Il mettait davantage en lien leurs difficultés avec leur contexte de vie familiale et scolaire ainsi qu'avec des besoins affectifs ou cognitifs non satisfaits, mais presque jamais il n'évoquait un trouble psychique individuel lourd comme la psychose.

L'explosion des diagnostics des troubles de l'enfant au XXIe siècle

Dans le premier quart de ce XXIe siècle, nous assistons à une véritable explosion des diagnostics de troubles chez l'enfant, que l'on peut classer selon plusieurs grandes catégories[1] comme les troubles neurodéveloppementaux (ce terme suppose des causes biologiques à l'origine des troubles), les troubles du

1. Selon le DSM-5, qui est le manuel de référence en psychiatrie (American Psychiatric Association, 2013 ; Paris, Elsevier Masson, 2016 pour l'édition française). Notons que si l'on se réfère à d'autres systèmes de classification comme la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA, Roger Misès *et al.*, EHESP, 2012) ou la Classification internationale des maladies (CIM-10, OMS, 1992), les catégories ainsi que les troubles seront définis par des noms différents en lien avec des prémisses théoriques différentes. Ce qui d'une part ne simplifie pas le travail d'identification des troubles et d'autre part met en évidence la complexité et l'absence de consensus dans le domaine du diagnostic.

spectre de la schizophrénie, les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs ou encore les troubles alimentaires. À l'intérieur de la famille des troubles neurodéveloppementaux, souvent diagnostiqués chez les enfants et les adolescents, car identifiés spécialement durant les années préscolaires et scolaires, les diagnostics les plus posés sont le TDA/H (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le « H » est en option), les troubles des apprentissages ou troubles « dys » (dysphasie, dyslexie, dysorthographie, dyscalculie, dyspraxie) et les troubles du spectre de l'autisme (TSA). Parmi les autres diagnostics souvent posés chez les enfants, on retrouve la dépression (même en très bas âge), les troubles anxieux et phobiques, les troubles de l'estime de soi, les troubles de l'attachement[1] ou encore le trouble oppositionnel avec provocation (TOP[2]) et son expression exacerbée, le trouble des conduites (TC). Enfin, dans ce que certains psychologues appellent les « modes de fonctionnement spécifiques », sont classés les fonctionnements dits à haut potentiel intellectuel (HPI), ainsi que la déficience intellectuelle.

1. Les troubles de l'attachement sont définis comme une perturbation dans le développement des liens affectifs précoces entre un parent et son enfant.

2. Trompeusement appelés « TOP » pour regrouper sous un même terme les enfants et adolescents qui notamment « se mettent souvent en colère, contestent ce que disent les adultes, refusent de se plier aux règles, se montrent souvent méchants et vindicatifs » (DSM-5). Cela nous fait penser aux enfants rebelles, « qui refusent de se soumettre à l'autorité ». « TOP » ou « rebelle » ? Le premier terme est un diagnostic psychopathologique qui enferme un individu connoté négativement ; le second renvoie davantage à une lutte pour gagner sa liberté. Quand changer un mot peut tout changer. Sur ce thème du pouvoir des mots, voir le chapitre 3.

Si les diagnostics ont explosé, il en va logiquement de même pour les demandes de consultations psychologiques pour des enfants. Celles-ci ont augmenté de manière exponentielle. En 2003 en France, la Mission nationale d'appui en santé mentale fait état d'une augmentation de 100 % des consultations dans les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) en onze ans. Une grande partie des troubles sont repérés à l'école. Il s'agit pour moitié d'enfants âgés de 5 à 9 ans, majoritairement de garçons. Les services de pédopsychiatrie financés par les pouvoirs publics et les cabinets privés sont pris d'assaut. Selon l'Office fédéral de la statistique en Suisse (OFS), 32 000 enfants et adolescents consultaient en psychiatrie ou en psychothérapie en 2006 ; ils étaient 47 000 en 2015, ce qui correspond à une augmentation de 50 %. Les services publics d'orthophonie, notamment en Suisse romande, affichent un délai d'attente pouvant parfois excéder une année. En ce qui concerne les rentes d'assurance invalidité (AI) octroyées en Suisse, les maladies psychiques constituent, depuis de nombreuses années déjà, la cause d'invalidité la plus fréquente (près de la moitié des rentes selon les statistiques de l'AI). Afin de mieux comprendre comment nous sommes arrivés à un tel accroissement des demandes en santé mentale pour les enfants, nous verrons dans le chapitre 2, d'un point de vue historique et sociologique, de quelle manière les enfants et les adolescents sont devenus progressivement, et de plus en plus, les patients (souvent involontaires) des psychiatres, des psychologues et des autres spécialistes de leur monde cognitif et affectif.

Pour ce qui est de la situation présente, plusieurs facteurs sont en lien avec cet accroissement important des demandes de consultation. La diminution

de la stigmatisation du psy est un facteur sociétal de base. Et l'école en bénéficie en premier lieu car elle est l'un des principaux pourvoyeurs de patients enfants et adolescents. Elle est logiquement fortement demandeuse de prises en charge pour ses élèves les plus turbulents, irrespectueux ou violents. Les parents, mis parfois sous pression par l'institution scolaire pour que leur enfant soit conforme à ses attentes, peuvent avoir aussi de leur côté des craintes quant à sa réussite sociale et professionnelle. Le recours à la psychologie au sens large par les adultes pour les enfants est perçu aujourd'hui comme le moyen privilégié pour les aider à changer quelque chose dans leur manière d'être au monde. Dans les situations, fréquentes, où ce sont les adultes qui se plaignent et souffrent de leur relation à leur enfant ou élève, nous sommes alors face à ce paradoxe : le changement doit s'opérer à travers les seuls qui n'ont rien demandé, ni aide psychologique, ni changement dans leur vie (à part peut-être que certains adultes les lâchent un peu !), à savoir les enfants et les adolescents eux-mêmes. Car il est rare d'entendre un enfant déclarer sincèrement, c'est-à-dire sans avoir été influencé par un adulte à qui il veut faire plaisir ou qui exerce une autorité sur lui, qu'il veut aller voir un psy car il a du mal à « gérer ses émotions » ou parce qu'il souhaite « apprendre à être plus calme à l'école ». Pourtant de nombreux parents, inquiets parce que leur enfant ne correspond pas à la norme sociale attendue (on les comprend vu la pression qu'ils subissent), demandent que des spécialistes le prennent en charge, pour qu'en quelque sorte, ils le « réparent » et le « remettent en conformité ». Pour le docteur Nancy Pionnié-Dax, attachée de consultation dans une Maison des Adolescents, « nous sommes entrés dans l'ère de la santé mentale et de

la psychologisation à outrance d'un grand nombre de sujets et de situations, ce qui peut expliquer le recours excessif au psy[1] ».

Cela dit, il n'est pas rare de voir des enfants et des adolescents venir en thérapie et demander à travailler sur d'autres objectifs que ceux annoncés par leurs parents.

> Les parents de Rose, par exemple, nous expliquent lors d'une séance qu'ils pensent que leur ado de 14 ans aurait besoin de parler de sa colère envers ses professeurs qui n'ont pas remarqué tous les efforts qu'elle a consentis pour tenter de rattraper son retard scolaire. Lorsque nous la rencontrons, à la suite d'un petit mot d'invitation de notre part, auquel elle répond positivement, sa demande n'a rien à voir avec l'école. C'est de sa relation – énervée – avec sa mère qu'elle souhaite parler et pour laquelle elle nous demande de l'aide.

Le nombre de demandes explose également parce qu'il y a des lieux qui accueillent et traitent ces demandes. L'offre pléthorique des professionnels du fonctionnement cognitif et psychologique de l'enfant constitue un facteur de l'accroissement des demandes par les parents et par l'école. Si parfois ces aides se révèlent nécessaires et, en cela, la possibilité de consulter des spécialistes est une véritable avancée, de nombreux comportements et émotions, passés au tamis psychologique ou psychiatrique, sont retraduits en signes de l'existence d'une pathologie chez un enfant perçu alors comme étant malade et donc à soigner. Pathologie pour laquelle, dans bien des cas, une aide pharmacologique sera proposée, parfois sans autre suivi thérapeutique. Le risque est

1. Citée par Sarah Chiche, « Quand l'école pousse à consulter », *Le Cercle psy*, n° 2, 2011.

bien celui d'une surmédicalisation des difficultés rencontrées durant l'enfance, avec des prescriptions de médicaments psychotropes chez des enfants parfois de moins de 5 ans. Les psychotropes sont des médicaments qui modifient le fonctionnement neurophysiologique en agissant de manière chimique sur celui-ci. Aux États-Unis, la prescription de ce type de médicaments pour les enfants et les adolescents a subi un accroissement notable à partir des années 1990. Une étude de 2006[1], fondée sur l'enquête nationale sur les soins médicaux ambulatoires (NAMCS) met en évidence une augmentation du taux annuel de prescriptions de psychotropes chez les adolescents entre 14 et 18 ans. En 1994-1995, 3,4 % des adolescents qui consultent un service de santé psychiatrique reçoivent une médication de psychotropes. Ce chiffre a plus que doublé en 2000-2001, avec 8,3 % des adolescents qui se voient prescrire ce type de médicament. Le nombre de consultations qui aboutissent à une prescription de psychotropes a presque triplé en passant de 980 000 en 1994 à presque 2 900 000 en 2001. Une autre étude[2], toujours aux États-Unis, révèle qu'entre 1993 et 2002, le nombre de consultations avec prescriptions d'antipsychotiques[3] pour des enfants et des

1. Thomas C. Parks *et al.*, « Trends in the use of psychotropic medications among adolescent, 1994 to 2001 », *Psychiatric Services*, 2006, vol. 57, n° 1, p. 63-69.

2. Carmen Moreno *et al.*, « National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth », *Archives of General Psychiatry*, 2007, vol. 64, p. 1032-1039, cités par Brigitte Chamak, « Prescription de psychotropes aux enfants et aux adolescents : conflits d'intérêts », *Sociologie Santé, Médicaments et Société*, juin 2009, p. 267-286.

3. Les antipsychotiques, qui font partie de la catégorie des neuroleptiques (substance à effet sédatif sur le système

adolescents a été multiplié par 6 (201 000 en 1993 et 1 224 000 en 2002). Les médicaments prescrits sont en majorité des antipsychotiques (92 %) et les indications de traitement dans la pratique des médecins recouvrent des troubles du comportement (37,8 %) incluant l'hyperactivité, des troubles de l'humeur (31,8 %), l'autisme (17,3 %) et les troubles psychotiques (14,2 %). Globalement, dans 9,2 % des consultations en santé mentale pour des enfants ou des adolescents, un traitement par antipsychotique est prescrit ; ce taux passe à 18,3 % lorsque ce sont des consultations effectuées par des psychiatres.

Selon Brigitte Chamak, sociologue, neurobiologiste et historienne des sciences, cette augmentation de prescriptions et de consommation de psychotropes chez les jeunes est liée à l'élargissement des critères qui permettent de diagnostiquer des troubles tels que le syndrome bipolaire, l'hyperactivité, l'inattention, l'autisme ou encore les phobies. L'introduction des antipsychotiques, dits de seconde génération, constitue un autre facteur pouvant expliquer cette augmentation. Ces nouveaux médicaments sont présentés par leurs fabricants comme étant meilleurs que ceux de première génération, parce qu'ils sont mieux tolérés et provoquent moins d'effets secondaires. Mais Brigitte Chamak explique que la pertinence des tests cliniques effectués pour ces nouvelles molécules est difficile à mesurer compte tenu d'un biais majeur lié au financement par

---

nerveux), sont des médicaments administrés dans le but de réduire ou d'atténuer certaines psychoses. Ils peuvent avoir des actions sur les symptômes de délire, d'hallucination, d'inhibition, d'anxiété ou encore d'agitation. Ces médicaments sont divisés en deux grandes catégories : les antipsychotiques conventionnels, et les antipsychotiques de deuxième génération.

l'industrie pharmaceutique. En effet, des conflits d'intérêts de psychiatres impliqués à la fois dans la définition et la classification des troubles mentaux et dans la mise en œuvre des essais cliniques vantant les qualités des antipsychotiques ont été mis en évidence par les investigateurs du Congrès américain[1]. Des pédopsychiatres de Harvard (Boston) ont perçu des sommes importantes en provenance de l'industrie pharmaceutique. Ceux-ci ont notamment participé à l'élargissement des critères diagnostiques des troubles bipolaires et du TDA/H chez les jeunes, favorisant l'augmentation des prescriptions d'antipsychotiques. Et les résultats des essais cliniques publiés par ce même groupe de pédopsychiatres de Harvard entre 2001 et 2006 qui préconisaient un médicament appelé risperidone (voir plus bas) pour la bipolarité ont été remis en question. L'un de ces professionnels a reçu 1,6 millions de dollars au moins de l'entreprise qui commercialise cette substance[2].

La question de la médication des enfants et des adolescents identifiés comme étant porteurs de troubles psychiques génère des débats très intenses. Dans son livre au titre évocateur, *Les Inventeurs de maladies. Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*[3], Jörg Blech, écrivain scientifique allemand, dénonce une stratégie courante selon lui des entreprises pharmaceutiques qui se résume à cet énoncé : « vends une maladie, et tes médicaments se

1. Brigitte Chamak, « Prescription de psychotropes aux enfants et aux adolescents », art. cité.

2. Benedict Carey, Gardiner Harris, « Psychiatric group faces scrutiny over drug industry ties », *The New York Times*, 12 juillet 2008.

3. Jörg Blech, *Les Inventeurs de maladies. Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*, Paris, Actes Sud, 2005.

vendront ». Les critères diagnostiques des troubles psychiques étant mouvants, flous et malléables, il devient aisé de toucher un grand nombre de personnes susceptibles de se reconnaître dans la description de ces affections. Les enfants indisciplinés, par exemple, peuvent se voir affublés du diagnostic de « trouble oppositionnel avec provocation ». L'auteur explique combien les relations financières entre des psychiatres et des laboratoires pharmaceutiques sont fréquentes. Avec comme résultat que des états ou des émotions comme la fatigue, le doute, la tristesse, la peur, l'agitation, la timidité sont réinterprétés dans le langage de la maladie. Alors que, parmi toutes les souffrances psychiques possibles, un certain nombre ne sont que des réalités inhérentes à toute existence humaine. Il faut dire que pour les patients, les médecins et les laboratoires, souligne Blech, il est essentiel que les troubles soient répertoriés dans des listes officielles pour que les caisses d'assurance puissent prendre en charge les coûts des thérapies et des médicaments. En psychiatrie infantile, par exemple, depuis que l'on a découvert que des substances modifient certains comportements chez l'enfant, ce sont exactement ces attitudes que le monde médico-psychologique retraduira comme des troubles psychiques. Des traitements médicamenteux seront donc prescrits, contribuant ainsi à une consommation inédite de psychotropes dans les cours d'école.

Robert Neuburger, médecin psychiatre, psychanalyste et thérapeute de couple et de famille, nous alerte sur les risques de cette tendance à l'étiquetage. Il explique que coller des étiquettes diagnostiques sur un comportement peut avoir des conséquences négatives, particulièrement la méconnaissance de ce qui se cache derrière les symptômes. Neuburger observe, par exemple, que

les laboratoires pharmaceutiques semblent vouloir imposer l'étiquette diagnostique du « deuil pathologique », c'est-à-dire un deuil prolongé transformant un chagrin légitime en pathologie, en « dépression », justifiable de la prescription de petites pilules du bonheur. Selon le psychiatre, cette étiquette invisibilise deux éléments du deuil : le sentiment d'avoir perdu un être cher ; et, de façon certes paradoxale, le sentiment parfois d'en vouloir au mort de nous avoir abandonnés alors qu'il faisait partie de ceux ou celles qui nous soutenaient dans notre sentiment d'exister. Le deuil peut se prolonger à cause du sentiment d'abandon, mais cela n'a rien de pathologique, car renoncer à quelqu'un auquel on était attaché, et surtout qui était une protection pour nous, est une tâche difficile et longue. Pour dépasser cela, une psychothérapie est plus indiquée qu'un état artificiel créé par la prise de produits qui masquent la cause réelle des difficultés et peuvent de ce fait empêcher le processus naturel de deuil de se dérouler à son rythme.

En lien et en ligne avec cette prise de position de Robert Neuburger, Marc Fillatre, responsable de l'unité d'hospitalisation des adolescents au CHU de Tours, nous met en garde contre un risque majeur des étiquettes et de la médication. En effet, si je sais que je suis porteur d'un trouble, je risque de moins m'adapter au monde et d'augmenter ma résistance au changement. La liberté de se penser acteur de son destin cède alors le pas au sentiment d'être victime (impuissante) d'une pathologie dont l'évolution dépendra dorénavant d'autrui. Voilà un risque énorme : la délégation totale de notre santé psychique aux médecins et aux molécules chimiques.

Voyons ce qu'il en est de l'étiquetage des enfants et des adolescents. L'une des pathologies les plus

surdiagnostiquées chez les enfants est le TDA/H. Et pour cause, ce « trouble » représente un des motifs de médication les plus importants. Tous les moyens sont bons pour « convaincre » parents et enseignants que leurs enfants ou élèves en souffrent.

Rien de tel qu'une explication ludique et pédagogique pour ancrer (c'est le cas de le dire) ce trouble dans les esprits du grand public et notamment des parents et des enseignants. Jörg Blech ainsi qu'un autre auteur, Hans-Ulrich Grimm, rappellent que l'entreprise Novartis, qui produit la célèbre Ritaline® pour traiter les petits et grands hyperactifs et autres troublés de l'attention, a publié un beau livre d'images très richement conçu, à l'attention des enfants (et de leurs parents), *Comment le trouble déficitaire de l'attention a été expliqué à la pieuvre*[1]. C'est l'histoire de la pieuvre Hippihopp qui se « fait toujours gronder » parce qu'elle est à la fois « partout et nulle part » et qu'elle fait des bêtises. Mais heureusement, il y a la Docteur Tortue, qui découvre ce dont souffre Hippihopp : la pauvre pieuvre est atteinte d'un « trouble déficitaire de l'attention ». Et Docteur Tortue sait ce dont elle a besoin : « un petit comprimé blanc ». De la Ritaline® pour les petits et pour les grands, puisque l'un des slogans de Novartis au début des années 2000 était : « Le TDA/H, un compagnon pour la vie. » Une manière de prolonger sur une existence entière la prise de ce psychotrope, que certains appellent la « pilule de l'obéissance ». Cela dit, la firme pharmaceutique bâloise n'est pas la seule à promouvoir une médication pour ce type de trouble, d'autres laboratoires ont lancé leur produit

1. Sybille Albrecht, *Krake Hippihopp*, *Wie der Krake das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) erklärt wurde*, Nürnberg, Novartis Pharma Verlag, 2001.

pour concurrencer la Ritaline®. Il s'agit donc d'un marché en pleine expansion qui rapporte, à n'en pas douter, beaucoup d'argent. Même avec un grand trouble de l'attention, ce fait ne peut nous échapper.

Et l'enfant sous microscope (et sous psychotropes), il va mieux après ?

Sur le plan sociétal, nous nous interrogeons sur le fait que, pour être perçus comme étant conformes et dans la norme, les enfants et les adolescents doivent recourir à des médications : lorsqu'ils sont trop agités ou pas assez attentifs, notamment à l'école, on leur prescrit des psychostimulants ; et lorsque leurs émotions sont débordantes ou leurs pensées trop bizarres, ce sera plutôt des neuroleptiques ; et s'ils sont trop déprimés, les antidépresseurs sont considérés comme le meilleur moyen de les aider. Nous ne sommes pas radicalement contre l'utilisation de médicaments dans le domaine psychomédical. Ils peuvent être utiles lorsque la souffrance est trop grande et qu'ils sont pris pendant un temps limité, afin de permettre à l'enfant ou à l'adolescent (et à son entourage) de souffler avant d'aborder son problème d'une manière différente. Mais plus inquiétants sont les effets de la médicalisation des affects et des comportements des enfants et des adolescents. Par exemple, quand un enfant, à la suite d'un échec ou d'une perte relationnelle, se sent particulièrement triste, déprimé, ou dépendant de quelqu'un, ce sont des émotions logiques et normales, qui doivent être vécues et accueillies. Or, ces émotions, lorsqu'elles sont mises sous la loupe de certains spécialistes, peuvent être conçues

comme les expressions d'une pathologie. Ainsi, des enfants « trop » en colère, « trop » tristes ou « trop » attachés à leurs parents, se voient étiquetés « troublés du comportement », « dépressifs » ou « troublés de l'attachement ». Et médiqués avec la molécule censée correspondre à leur « pathologie ». Alors qu'il n'est pas rare de constater qu'à ces âges, les troubles peuvent être très labiles et qu'après une période donnée, ou à la suite d'un changement de contexte, il arrive qu'un individu turbulent s'apaise, ou qu'un enfant qui fait pipi au lit se réveille à nouveau dans des draps secs le matin, et ce de manière durable. Il est intéressant aussi de noter que les enfants turbulents étaient perçus comme des enfants « normaux » il y a quarante ans et qu'aujourd'hui, ils ont un « trouble neurologique ». Notre propos ne cherche en aucun cas à banaliser les symptômes durant l'enfance et l'adolescence, qui parfois ne s'estompent pas spontanément, ou qui génèrent réellement de la souffrance chez certains enfants et dans leur famille. Notre intention dans ce livre est plutôt de montrer qu'il existe des moyens différents et plus écologiques pour atténuer ou faire disparaître des symptômes parfois très lourds à vivre au quotidien.

Sur le plan de la santé, nous sommes inquiets de l'utilisation de plus en plus importante de psychotropes en raison de leurs nombreux effets secondaires, connus ou pas encore connus. Rappelons-nous la polémique aux États-Unis en 1990, autour du Prozac®, un antidépresseur accusé d'augmenter les risques de passage à l'acte suicidaire, surtout quand il est prescrit à des enfants ou des adolescents. Nous savons aussi que la prise régulière de remèdes à base de méthylphénidate, molécule proche des amphétamines et composant par exemple la Ritaline®

prescrite aux enfants hyperactifs et inattentifs, peut provoquer des effets secondaires importants, comme une baisse de l'appétit, des troubles de la croissance, des céphalées, de l'irritabilité, des douleurs abdominales ou encore la sensation d'être amorphe : petit, maigre et déprimé, certes, mais enfin calmé, c'est en effet un choix possible. Regardons aussi les effets indésirables de la risperidone (Risperdal®), prescrite à des enfants et des adolescents dans le traitement des troubles de sociabilité et du comportement[1] : troubles du sommeil, agitation, dépression ou anxiété. Troubles qui risquent de ne pas les rendre forcément plus sociables et aimables et donc avec comme conséquence pour ces jeunes de se voir proposer ou imposer la poursuite de la médication à cause des effets secondaires qu'elle provoque… La risperidone est prescrite à plus de 10 millions de personnes dans le monde et rapporte environ 2 milliards de dollars à l'entreprise Janssen qui la produit[2].

Sur le plan thérapeutique enfin, cette explosion d'enfants dysfonctionnants, pathologiques, inadaptés, et donc souvent médiqués, nous interroge et nous inquiète. Nous observons régulièrement dans

1. La risperidone est un antipsychotique de seconde génération utilisé dans le traitement des troubles de la sociabilité, du comportement lié à des réactions d'opposition ou d'autres comportements *socialement dérangeants* chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte ayant une capacité intellectuelle en dessous de la moyenne ou un retard mental, et qui montrent un comportement destructeur comme agressivité, impulsivité et automutilation (repéré sur Compendium.ch). Nous observons dans nos pratiques respectives que ce type de médication est également prescrit à des enfants ou des adolescents pour lesquels aucun retard intellectuel n'a pas été mis en évidence.

2. Brigitte Chamak, « Prescription de psychotropes aux enfants et aux adolescents », art. cité.

nos consultations, et dans les témoignages que nous recueillons lors de formations ou de conférences que nous donnons, que le diagnostic n'a aidé ni l'enfant, ni sa famille, ni les enseignants, et que parfois même il a aggravé les choses. Nous souhaitons montrer dans cet ouvrage, en nous appuyant à la fois sur les nombreuses données cliniques empiriques dont nous disposons et sur des recherches en sciences humaines, en quoi le diagnostic peut être un problème, en particulier lorsqu'il s'applique à des enfants et des adolescents. La vraie question n'est pas de savoir si le diagnostic est une bonne ou une mauvaise chose, mais plutôt de savoir s'il permet à une situation d'évoluer vers une véritable amélioration dans la vie des enfants concernés et de leur famille, en leur permettant de puiser dans leurs ressources propres. Souvent, malheureusement, nous constatons que les diagnostics, dans la mesure où ils créent des attentes négatives, ont tendance à valider une prophétie : parents et enseignants vont se mettre à penser que l'enfant n'a pas les capacités et les ressources pour être traité comme les autres en raison de son diagnostic. Et du coup, on pourra observer que l'enfant semble progressivement s'adapter à ces attentes négatives (nous développerons ce thème au chapitre 3).

« Durant une réunion pluridisciplinaire, la psychologue de Jason nous explique qu'il souffre d'angoisses envahissantes et d'une dépression. Je me dis que je vais devoir être très attentive à bien doser mes interventions en classe afin de ne pas démolir cet enfant qui ne va pas bien. Seulement, je constate que, comme souvent, les spécialistes nous ont apporté des éléments d'analyse très pointus sur le plan psy, mais que pour ce qui est de proposer des choses concrètes à mettre en œuvre, hélas rien. Et je ne sais pas trop quoi faire pour qu'il

aille mieux. Je suis même plutôt inquiète car je vais devoir marcher sur des œufs pour ne pas lui nuire, parce qu'il est fragile. »

Témoignage de C.,
l'enseignante de Jason, 8 ans.

Le risque ici, c'est que les adultes qui ont entendu parler de Jason en ces termes pathologiques se mettent à ne plus le regarder que selon ce filtre. Avec des conséquences dommageables pour l'enfant, nous le verrons dans la partie consacrée à l'impact puissant de nos représentations au chapitre 3.

Comment met-on les enfants sous la loupe ?

Le plus souvent, lorsqu'un enfant est mis sous la loupe d'un spécialiste, il est soumis dans un premier temps à une évaluation visant à déterminer la nature de son « trouble ». Cette évaluation se fait à travers une anamnèse (renseignements fournis au spécialiste sur l'histoire d'une maladie ou les circonstances qui l'ont précédée), puis des entretiens, des questionnaires et des tests cherchant à identifier différents aspects de son (dys)fonctionnement : ses émotions et ses pensées, comment celles-ci sont vécues, comment il raisonne, comment il traite une information et résout un problème mathématique, comment il s'exprime oralement et par écrit, comment ce qu'il perçoit sur des images, par exemple, peut lui faire imaginer des choses qui seront jugées par l'expert évaluateur comme étant

pertinentes, adéquates, inquiétantes ou pas. Après cette phase d'analyse, le spécialiste tente de faire une synthèse de ses observations et cherche à quel type de trouble ou de dysfonctionnement spécifique pourraient correspondre les éléments qui émergent de son évaluation. Un diagnostic est alors posé et, en fonction de celui-ci, un traitement ou une thérapie est proposé (voire fortement recommandé) aux parents pour leur enfant troublé. Parfois, en guise de synthèse d'un bilan psychologique, ce n'est pas un diagnostic au sens strict qui est posé, avec un trouble défini, mais plutôt une évaluation sur le fonctionnement de l'enfant. Voyons, dans l'exemple concret qui suit, la conclusion d'un psychologue clinicien pour le bilan d'un enfant de 10 ans.

> « Mathieu manifeste une difficulté à penser et à raisonner, ainsi qu'à accéder à son monde interne. Il a tendance à rester dans le concret. L'évitement et l'inhibition sont ses mécanismes de défense privilégiés. On perçoit chez lui une angoisse de ne pas réussir qui peut inhiber sa faculté de penser. Mathieu a de grandes difficultés à identifier et à exprimer ses émotions, si bien que l'on a une impression de vide affectif, de gel émotionnel. Du fait de son manque d'autonomie, en lien probablement avec une estime de soi défaillante, Mathieu a un fort besoin d'être accompagné et guidé, ne parvenant pas seul à prendre des initiatives. »

On perçoit bien dans cet exemple comment l'enfant constitue un objet d'observation, mis ici sous le microscope du psychologue qui cherche à décrire ce qu'il comprend du fonctionnement psychique du testé en se servant, dans ce cas précis, de concepts tirés du modèle psychodynamique (une variante de la psychanalyse, voir le chapitre 3). Ce qui frappe, c'est la centration exclusive sur

l'enfant dysfonctionnant au niveau intrapsychique, c'est-à-dire ce qui est interne à l'appareil psychique[1]. Et aussi comment le psychologue se place à l'extérieur du champ pour observer une réalité en la coupant de son contexte, en la sortant de son milieu naturel. Cela donne une description dont le caractère subjectif semble renforcé par l'absence de la voix de l'enfant réel au profit de l'enfant objet d'étude. Enfin, on constate que les ressources de l'enfant ne sont pas relevées et que l'accent est mis exclusivement sur ses manques.

En tant que parent, on peut être inquiet parce que notre enfant est démotivé, dans la lune et n'apprend pas à l'école, ou parce qu'il est agité quasiment en permanence, ne tient pas en place et là aussi ne parvient pas à faire les apprentissages attendus. On peut aussi être un parent énervé et épuisé, parce qu'il refuse systématiquement d'obéir ou manifeste de violentes explosions de colère. Dans tous ces cas, l'idée de faire un bilan psychologique semble pertinente. Comme si l'on faisait une sorte de check-up du fonctionnement cognitif et psychologique de l'enfant, pour « comprendre pourquoi » cela ne va pas. Pour ne pas « passer à côté de quelque chose » disent certains parents (et enseignants). Pour son bien évidemment. Relevons tout d'abord que l'enfant n'a pas nécessairement demandé à passer sous cette loupe, certes potentiellement instructive, ce qui peut biaiser le résultat de la démarche. Car malgré les explications du spécialiste, il arrive que l'enfant n'en comprenne pas le sens. Alors qu'il y est impliqué au tout premier plan puisqu'on lui demande de produire des

1. Faisant référence à la théorique psychanalytique, l'intrapsychique est relatif aux différents éléments du psychisme tels que conçus par Freud, le ça, le moi et le surmoi.

réponses. Ce qui est différent d'un examen médical traditionnel auquel on se livre plus passivement. Cela provoque parfois une situation paradoxale dans laquelle on demande la collaboration active de l'enfant pour obtenir des résultats représentatifs de ses ressources et de ses difficultés, sans que cela fasse forcément sens pour lui, avec un effet sur sa motivation. Parfois, les adultes prennent légitimement une décision pour leur enfant en estimant qu'il est utile de faire un bilan. Par exemple lors d'une suspicion d'autisme, il peut être essentiel de mettre en marche un processus d'évaluation, car les conséquences d'un tel trouble non diagnostiqué peuvent être sérieuses dans la vie de l'enfant et de sa famille.

Toutefois, il nous paraît important de nous questionner sur ce que peut penser, comprendre et ressentir un enfant qui se voit observé et analysé par un ou plusieurs experts qui se penchent sur son cas. Quelles peuvent être ses réponses face à ce type de situation ? Quels en sont les risques ? Il n'est pas facile pour le jeune testé de donner du sens à une démarche intellectuelle d'adulte qui vise à analyser sa vision du monde, ses compétences, ses aptitudes, sur lesquelles il s'est rarement questionné. Cela peut être riche, permettre une ouverture vers soi et notre manière de comprendre le monde. Ou alors cela peut être vécu comme un signe de notre insuffisance. La restitution des résultats du bilan psychologique est un moment intéressant. Souvent, parents et enfant reçoivent de nombreuses informations sur le fonctionnement de ce dernier. Nous avons pu constater très souvent que l'enfant semble peu concerné par le contenu de ce qui est énoncé. En revanche, la position relationnelle dans laquelle se trouve le professionnel qui restitue les résultats de l'examen de l'intimité intellectuelle et