



Numéro FINESS : 10 000 003 3

POLE PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Chef de Pôle : Docteur Éric MACZYTA
Chef de Pôle Adjoint : Docteur Karima MOINGS
Cadre Supérieure de Pôle : Marie-José GARCIA
Cadre Administrative de Pôle : Sandrine CHAFFAUT

Secteur 10 I 01

Chef de Secteur :
Docteur Karima MOINGS

Secteur 10 I 02

Chef de Secteur :
Docteur Éric MACZYTA

Unités Intersectorielles

Responsable :
Docteur Angela BENFATTO

Unité Barséquanaise

6 rue du Stade
10110 BAR-SUR-SEINE
tel 03 25 29 28 20 – fax 03 25 29 12 45

Unités Briennaises

32 rue Alexandre Hugot
10500 BRIENNE-LA-VIEILLE
tel 03 25 27 51 10 – fax 03 25 27 51 19

Unités Troyennes

34 rue de la Paix
10000 TROYES
tel 03 25 43 40 20 – fax 03 25 43 40 29

90 avenue Pasteur

10000 TROYES
tel 03 25 45 13 10 – fax 03 25 45 13 29

Unités Romillones

Place de l'Église Saint-Martin
10100 ROMILLY-SUR-SEINE
tel 03 25 21 95 28 – fax 03 25 21 95 37

Unité d'Hospitalisation

Centre Hospitalier de Troyes
Pavillon N3
101 avenue Anatole France
CS 20718
10003 TROYES CEDEX
tel 03 25 49 75 62

TROISIEME JOURNEE PHARMA PSY GRAND EST

TDAH NANCY 21 SEPTEMBRE 2021

Pourquoi un diagnostic aussi controversé ?

Dr Eric Maczyta

CONCEPTS GENERAUX

L'homo sapiens sapiens, ce mammifère omnivore, est caractérisé par rapport au reste du monde animal par sa néoténie et par le fait qu'il vit en société, qu'il est capable d'apprentissages et qu'il a un langage développé, créant une culture ; des hommes se spécialisent pour soigner leurs semblables, on s'occupe des morts ; au début de l'humanité, il n'y avait pas de différence entre religion, science et médecine.

L'humanité a traversé trois stades dans la transmission culturelle, celui de l'oralité, celui de l'écrit manuscrit, puis de l'écrit imprimé, et tout récemment le stade de l'image.

Dans le monde occidental, Hippocrate chez les grecs a joué un rôle important avec la notion d'hystérie, avec ensuite Galien à l'ère romaine, puis Avicenne médecin perse, jusqu'à la Renaissance quand la méthode anatomo-clinique a permis le développement de la médecine moderne, surtout aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle.

René Descartes (1596 – 1650), en rupture avec Aristote, a posé les bases du rationalisme à qui il a donné son nom, le cartésianisme. Il a théorisé la dualité corps-esprit et dans son Discours de la méthode de 1637 a formaté le monde occidental d'aujourd'hui avec ses préceptes toujours d'actualité (l'évidence : ne recevoir jamais aucune chose pour vraie que je ne la connusse évidemment être telle ; l'analyse : de diviser chacune des difficultés en autant de parcelles qui se pourraient ; la synthèse : conduire par ordre mes pensées en commençant par les objets les plus simples ; le dénombrement : de faire partout des dénombrements si entiers et des revues si générales que je fusse assuré de ne rien omettre). Cette méthode a permis beaucoup de progrès et était à l'époque une rupture épistémologique. Aujourd'hui, elle devient un obstacle épistémologique, comme en physique, Newton a été dépassé par Einstein.

Edgar Morin, grand sage de notre temps, né en 1921, a théorisé la pensée complexe (Introduction à la pensée complexe et La méthode). Il évoque la basse crétinisation de l'homme de la rue et la haute crétinisation de l'université. Notre société est aujourd'hui scientiste, aucunement scientifique. Le poète (Léo Ferré) prophétisait en 1971 : « il est de toute première instance que nous façonnions nos idées comme s'il s'agissait d'objets manufacturés ».

Spinoza (1632 – 1677), contemporain de Descartes, a décrit les 3 niveaux de connaissances, celle du premier genre de l'homme de la rue qui n'est ni vraie, ni fausse, la connaissance du deuxième genre qui est la connaissance scientifique et enfin, la connaissance du troisième genre qui est la philosophie.

La médecine n'est pas une science, mais une pratique humaine reposant sur des connaissances scientifiques. La psychiatrie est une spécialité médicale s'occupant du psychisme et de l'être biopsychosocial. La réforme médicale de 1984

listait 6 disciplines (spécialités médicales, spécialités chirurgicales, psychiatrie, biologie, santé publique et recherche) ; la réforme médicale de 2017 rétrograde la psychiatrie dans les spécialités médicales, lui ôtant la dimension de discipline. Cependant, contrairement aux organes des autres spécialités médicales, le psychisme n'est pas matériel et ne répond pas au modèle médical du 19^{ème} siècle toujours présent chez l'homme de la rue, à savoir la causalité linéaire, c'est-à-dire qu'une maladie est définie par une cause et que le traitement est de s'attaquer à la cause. La psychiatrie comporte 4 champs épistémologiques, avec chacun leur objet d'étude et leur méthode d'étude, d'abord la psychiatrie biologique renommée récemment pompeusement neuroscience, les neurosciences étant qualifiées par certains de bulle spéculative, s'occupant de la matière, la méthode étant la science expérimentale, le comportementalo-cognitivisme s'occupant des comportements dits ouverts (moteurs) et les comportements dits couverts (les pensées) faisant appel à la méthode de la science expérimentale, la systémique s'occupant des interactions entre individus ayant deux méthodes, la science expérimentale et l'herméneutique, et enfin la psychodynamique s'occupant du psychisme, c'est-à-dire de l'appareil psychique et ses productions, la méthode étant l'herméneutique. Contrairement aux croyances de l'homme de la rue et de l'élève de 3^{ème}, la science n'est pas hiérarchisée, avec en haut, la logique mathématique, en dégradé les sciences expérimentales un peu moins rigoureuses, et en bas de l'échelle les sciences dites humaines ; elles sont toutes au même niveau. Notre culture a créé une féchitisation du chiffre sacralisant une connaissance en la rendant plus sérieuse ou objective. Les tests ou questionnaires qui aboutissent à un chiffre ne sont pas des examens complémentaires « objectifs ». Quant aux entretiens directifs ou semi-directifs à la mode, s'agit-il de la psychiatrie pour les débutants ou les nuls ? De plus, il n'y a pas de référence, d' « étalon or » pour valider ces outils contrairement à ce que proclament leurs promoteurs.

La psychiatrie pose la question du normal et du pathologique, la question de nature et de culture (en médecine somatique, les normes sont naturelles, en psychiatrie, les normes sont culturelles), la question du qualitatif et du quantitatif, la question de l'être et de l'avoir (par exemple, j'ai une anorexie ou je suis anorectique ?).

Le modèle de la médecine d'organes d'adultes où l'on cherche avec des examens complémentaires les preuves d'une maladie définie par sa cause, le traitement étant d'attaquer la cause, cela concernant un individu isolé, s'oppose point par point au modèle de la pédopsychiatrie, médecine développementale ne concernant pas un individu isolé, mais un groupe, donc une clinique de situation, sans cause à traiter, sans examen complémentaire. Ceux-ci n'ont aucune utilité pour faire un diagnostic pédopsychiatrique, seulement pour faire un diagnostic différentiel d'une autre pathologie. En effet, la psychiatrie est une discipline clinique.

Il existe en effet deux versants de la médecine, technique et clinique. Le 20^{ème} siècle a hyper valorisé la médecine technique et dévalorisé la médecine clinique pratiquée par les généralistes et les psychiatres. Aujourd'hui, faire un diagnostic simplement clinique sans aucun examen complémentaire déroute, comme s'il manquait quelque chose.

La psychiatrie est dépositaire des secrets de l'humanité, que tout le monde connaît, mais ne considère pas forcément. L'homo sapiens sapiens est le seul animal qui sait qu'il va mourir un jour, le petit d'homme l'intégrant entre 6 et 8 ans, nous l'avons tous vécu et nous avons quasiment tous oublié comment nous l'avons vécu. Notre psychisme a affaire à notre finitude, avec également les notions de différence de sexe, un homme n'est pas une femme, de génération, un parent n'est pas un enfant. Nous ne vivons pas dans un monde réel, mais dans un monde de représentations. Il y a également la réalité de la relation de pouvoir entre un soignant et un soigné, position qui restera toujours asymétrique entre un sachant et un moins sachant. Tout cela n'est pas forcément en phase avec les mythes de notre temps.

Rappelons les 3 instances de Lacan, le symbolique, l'imaginaire et le réel ; le réel n'est pas le réel de l'homme de la rue, mais ce qui reste une fois que le symbolique et l'imaginaire sont passés, étant le lieu de la désorganisation et de la psychose. A notre époque, le développement de l'image numérique fait écho à l'imaginaire et l'hystérie n'a jamais été aussi présente.

Nous assistons au retour dans nos sociétés de phénomènes que l'on aurait pu croire anciens : la médecine soviétique qui réécrit l'histoire et la science, et des médecins mythiques : d'abord Knock dans la pièce « Le triomphe de la Médecine » de Jules Romains - 1923, avec sa fameuse phrase : « tout homme bien portant est un malade qui s'ignore » (entraînant la désolation du Docteur Parpalaid) ; ensuite Diafoirus (Molière) : un prescripteur prétentieux représentant une fausse science à la limite du charlatanisme.

La CFTMEA

De même que les fleurs ont coévolué avec les insectes butineurs, la CFTMEA est le langage de la pédopsychiatrie française, la disparition de l'une pouvant entraîner la disparition de l'autre. Elle est une classification psychiatrique, c'est-à-dire que d'une part son objet est le psychisme et d'autre part, elle prend en compte le sujet dans sa globalité, c'est-à-dire l'être biopsychosocial. Tout cela est en phase avec le document du référentiel métier du pédopsychiatre sur la première consultation.

La construction de la CFTM est la même depuis 1987, avec 2 axes, l'axe I général comportant les catégories cliniques de base et l'axe II de facteurs associés et/ou antérieurs, éventuellement étiologiques, avec les facteurs organiques et les facteurs environnementaux et contextuels.

Cette classification est faite pour être utilisée par des professionnels de santé déjà formés et n'est donc pas un guide pour béotiens donnant toutes les explications dans chaque catégorie. Ce n'est pas un traité de psychopathologie ou

de pédopsychiatrie. Quand cela est utile, quelques explications sont données. La consigne est de coter tout ce qui doit être coté, le diagnostic étant global et élimine le concept discutable de comorbidité psychiatrique.

L'originalité est que cette classification tient compte des abords symptomatiques et structuraux, ne se limitant donc pas à ce qui est donné à voir, à savoir le symptomatique, mais elle intègre la psychopathologie avec la recherche du mode de structuration psychique de l'enfant, psychotique, névrotique ou état limite. Dans cette classification, existe aussi la catégorie variation de la normale. Le niveau de retard mental éventuel est renseigné. Les cotations bébé sont prévues. Le diagnostic posé un jour J n'est pas figé, étant le résultat d'un processus intellectuel, et peut être modifié dans le temps sans qu'il y ait eu d'erreur préalable car nous sommes en médecine développementale dynamique. Au-delà du symptôme, la compréhension de la structuration psychique de l'enfant est fondamentale et des pistes sont données pour aider le clinicien dans cette complexité.

Les 4 premières catégories sont exclusives l'une de l'autre puisque la première, dénommée troubles globaux et envahissants du développement et du fonctionnement mental, reprend les catégories autistiques et psychotiques, incompatibles avec le chapitre 2 organisation névrotique, lui-même incompatible avec le chapitre 3 pathologies limites, le chapitre 4 concernant les troubles réactionnels avec retour à la normale rapide, le chapitre suivant concernant les variations de la normale, le suivant les déficiences mentales selon leur complexité, le chapitre 6 concernant les troubles des fonctions du développement et des fonctions instrumentales, le chapitre 7 les troubles du comportement et des conduites, le chapitre 8 les troubles à expression somatique et enfin le chapitre 9 les autres manifestations et symptômes isolés non rattachés à une problématique structurale. Des diagnostics habituels sont mal connus hors du champ de la discipline, comme les psychoses infantiles, les dysharmonies évolutives, nos diagnostics les plus fréquents, et les dysharmonies psychotiques. L'entité « Troubles du spectre de l'autisme fait son apparition déclinée selon l'existence ou pas de déficience intellectuelle, de déficience du langage et d'hyperactivité ; il y a des critères d'exclusion.

Le choix a été fait de ne pas utiliser l'appellation trouble dit du neuro-développement. Il appartiendra aux historiens de savoir comment est apparu ce terme. Je vous recommande de lire l'introduction du Professeur Ferrari sur la psychopathologie. Comment faire de la pédopsychiatrie sans psychopathologie ? La réalité du terrain nous prouve que la clinique de l'enfant est mouvante, non figée, évolutive dans le temps, demandant de nombreuses ressources sur tous les plans, l'éducatif, le rééducatif, le pédagogique, tout cela devant nécessairement se coordonner dans une globalité en tenant compte de la psychopathologie. La disparition de notre spécialité, revendiquée par certains, profite aux diagnostics stéréotypés fixistes induisant dans un deuxième temps que seules des mesures de rééducation seraient utiles à prescrire par un médecin d'une autre spécialité, la MPR (Médecine Physique et de Rééducation), cela justifiant peut-être l'appellation trouble du neuro-développement et pas du psycho-développement. Mais un être humain existe-t-il sans psychisme ?

***Le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux),
marque de l'APA (Association des Psychiatres Américains)***

« Le DSM est une construction sociale temporaire éloignée de l'outil objectif et scientifique que certains se représentent ». Ne défendent le DSM que les ignorants (l'homme de la rue), les incompetents ou ceux ayant un conflit d'intérêt (idéologique et/ou financier). C'est une marque (fort chère) existant dans un espace-temps particulier, la culture expansionniste libérale anglo-saxonne de la fin du 20^{ème} siècle. Il est l'objet d'enquêtes par les journalistes pour ses aspects scandaleux, mais également d'études par les historiens et les sociologues. Il n'a à ce jour aucune valeur scientifique, n'est pas consensuel, les principaux contempteurs étant d'ailleurs états-uniens (notamment le Professeur Frances, élaborateur du DSM 4, et le directeur du National Institute Mental Health (INSERM états-unien) qui a déclaré il y a une dizaine d'années que le DSM était un obstacle qui freinait la recherche en psychiatrie). Il y a également le remarquable document de l'équivalent belge de la Haute Autorité de Santé française (accès libre sur internet) qui remet à sa place (c'est-à-dire nulle part) le DSM qui a malheureusement envahi le champ public.

Le DSM a été créé comme outil de recherche et d'évaluation des coûts, pas comme un outil de pratique clinique (DSM I en 1952 avec 60 diagnostics, DSM II en 1968 avec 145 diagnostics, DSM III en 1980, puis DSM III révisé avec 292 diagnostics, DSM IV en 1994 avec 410 diagnostics et enfin le DSM 5 en 2013 avec encore plus de diagnostics. La nouveauté conceptuelle a été le DSM III en 1980 qui a touché le grand public au-delà du cercle académique restreint de la psychiatrie, et a donc submergé le monde, comme promesse, comme hypothèse, de progrès en psychiatrie ; cette interrogation a cependant vite trouvé sa réponse négative au bout de quelques années (pas de marqueur biologique spécifique, pas de nouveau psychotrope), avec non seulement un outil non pertinent pour la clinique quotidienne, non pertinent pour la recherche, mais également facteur de blocage et de régression dans les pratiques de soins et la recherche.

Son parti pris était d'être uniquement descriptif et de lister des troubles de façon très précise uniquement par leur symptomatologie (avec donc la question de la fiabilité de ce qui est donné à voir, c'est-à-dire la problématique hippocratique de l'hystérie), avec le paradoxe déjà d'être dans l'idéologie de n'avoir aucune idéologie, en évitant et en supprimant tout vocabulaire ambigu (négligence de la complexité) ; cela a donné une impression de simplicité et d'accès aux diagnostic par tout profane et débutant dans un contexte de massification mondiale des professionnels de la psychiatrie (on ne parlait pas encore à l'époque de santé mentale). Le DSM était construit pour arriver à une fidélité interjuges, qui a effectivement été vérifiée pour le DSM III et le DSM III-R ; cela l'a été au prix d'un changement de langage (voir le glossaire des DSM), avec l'abandon de certains mots jugés trop compliqués (exemple : névrose ou hystérie), en démembrant certains concepts (par exemple la névrose d'anxiété étant démembrée en sept entités), avec la création de nouveaux termes et concepts souvent douteux (par exemple, personnalité multiple), avec l'appauvrissement

de la définition de certains mots (psychose réduit à l'existence de délires ou d'hallucinations), avec en supplément des mauvaises traductions de l'anglais qui imprègne encore en France le langage professionnel (exemple : trouble affectif voulant dire trouble de l'humeur, état dépressif majeur ou état dépressif caractérisé qui veut simplement dire état dépressif).

Les critères de non-validité scientifique du DSM sont les suivants :

- l'idéologie de l'absence d'idéologie, sans tenir compte des acquis de l'histoire (négarion de l'hystérie d'Hippocrate et négarion de toute la psychiatrie classique européenne des névrozes et des psychoses).

- l'opacité de l'élaboration (journalistes, historiens et sociologues ont travaillé sur l'élaboration des versions successives et accumulé les preuves relatant un manque de rigueur, un arbitraire confondant, l'absence de validation (distinguer une entité d'une autre et de la normalité) des troubles, d'où l'inflation du fléau des comorbidités, quelques troubles étant créés à partir d'un patient unique ou de la volonté opiniâtre d'un psychiatre imposant son idéologie personnelle, son expérience personnelle et ses idées (pour le DSM III, tout était biologique)).

- des conflits d'intérêts massifs (encore plus importants dans le DSM 5).

- l'absence de fidélité interjuges dans le DSM 5 (disparition de ce critère) alors que cela était le seul point indiscutable du DSM III.

L'objet DSM est symptomatique du mouvement de l'invention de nouvelles maladies (problème des faux positifs, problème qualitatif, trouble modéré), avec la médication et la handicapation de l'existence, avec la création de diagnostics fantaisistes souvent inutiles et dangereux ayant des seuils abaissés. Le « business plan » est le suivant :

1. créer un nouveau diagnostic pour lequel, avec des questionnaires ambigus, on trouve des résultats en population générale supérieurs aux prévisions, d'où une alarme de la société civile et des politiques sur l'existence d'un problème de santé publique sous-diagnostiqué ;
2. l'industrie (pharmaceutique ou des méthodes franchisées) propose des solutions en s'appuyant sur des études dont l'analyse montre qu'elles sont biaisées (exemples de l'ABA ou de la saga des antidépresseurs) ;
3. information du grand public et corruption de certains professionnels ;
4. « plan com » avec éléments de langage industrialisés : attaque des résistances et des dissidences, en taxant les professionnels qui ne suivent pas d'incompétents qui nient l'évidence, ne se forment pas à la nouveauté et à la modernité, qui retirent des chances à leurs patients et qui, sans scrupule, prolongent leur souffrance et celles de leurs proches.

Deux ouvrages sont similaires au DSM dans l'histoire. Tout d'abord, le premier succès d'édition de l'imprimerie qui n'est pas la Bible, mais le *Malleus maleficarum* publié en 1486 à Strasbourg qui a eu 34 rééditions jusqu'en 1669, bien qu'il fût interdit par l'église catholique dès 1490. Cela a donné aux clercs (ceux qui savaient simplement lire) un

guide fait de critères simples pour repérer qui était sorcière ou pas, avec toute la gamme des sanctions. Aujourd'hui, c'est le catalogue Picard des surgelés (voir l'ouvrage « L'effet schizomètre ou quand l'art brut déglorie la psychopathologie »).

Le DSM n'est pas légal, donc illégal en France (personne n'achète son essence en gallons avec des dollars). Si la question de la validité scientifique du DSM est close à ce jour, cela n'empêche pas l'existence de cette marque dans le corps social. Si Galilée a été condamné en 1616 par Paul V, il n'en avait pas moins raison ; cela devrait faire réfléchir les pouvoirs publics, le Ministère de la Santé et la curieusement nommée Haute Autorité de Santé quand ils reprennent cette marque.

En psychiatrie, la démarche diagnostique est déjà du soin, pas un préalable. L'évaluation d'un trouble psychique est toujours, et ce quels que soient les artifices utilisés, la confrontation de deux subjectivités. Le DSM n'est pas un manuel de psychiatrie (et n'a jamais prétendu l'être). Il trompe les étudiants et les détourne de l'apprentissage de la discipline, notamment de la clinique qui est complexe et de la psychothérapie. Notons que l'évolution actuelle fait que les internes, les étudiants en médecine de septième année, n'ont fait que cocher des cases, des QCM tout au long de leurs études, ce qui les rend plus à risque de penser DSM.

BIBLIOGRAPHIE

Venet Emmanuel, Manifeste pour une psychiatrie artisanale, Verdier éd, 2020.

Sous la direction de Metz Claire et Bacque Marie-Frédérique, L'enfant non conforme, à l'épreuve des normes et des classifications, Erès éd, 2021

Misès Roger, Classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, Presses de l'école des hautes études en santé publique sixième édition, 2020