

# L'impact de la « psychiatrie biologique » en pédopsychiatrie

A. Delègue, mai 2017

## Introduction

La « psychiatrie biologique » tend à affirmer que « tous les troubles mentaux peuvent et doivent être compris comme des maladies du cerveau » (F. Gonon, neurobiologiste, « *La psychiatrie biologique : une bulle spéculative?* », article paru en novembre 2011 dans la revue *Esprit*, consultable sur internet). En parallèle et avec l'avènement du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM) étendant son emprise dans le monde, notre ère voit augmenter le nombre des pathologies mentales et des personnes bien malheureusement atteintes. Ces évolutions, sans bases scientifiques établies et pourtant largement véhiculées dans les champs médiatique et psychiatrique, ne sont pas sans conséquences très préoccupantes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

« Les pédopsychiatres abordent les troubles mentaux sous l'angle du développement affectif de l'enfant dans sa famille et dans son environnement social ». Voilà ce que disait le pédiatre, psychanalyste, D. W. Winnicott (« *L'enfant, la psyché et le corps* » (Paris, Payot, 1999)). Nous ne sommes plus à cette époque : à présent de nombreux problèmes de l'enfance sont présumés innés, handicaps de naissance. Nous pourrions ainsi de manière asymptotique parvenir à un temps où la *compréhension* des symptômes et/ou des phénomènes psycho-affectifs et relationnels n'existerait plus, ou ne serait plus opérante ni nécessaire.

Ainsi nous assistons progressivement à un profond changement de *regard* : une forme de mutation anthropologique voit le jour dans ce passage de la *compréhension* de mécanismes psychologiques et/ou neuro-développementaux pluridéterminés, à une *vision objectivante* de nous-mêmes avec classements en fonction de symptômes de troubles ou maladies. Ce changement, inquiétant pour notre rapport à l'autre et à l'enfant, affecte la société dans son ensemble.

## Un peu d'histoire

Les 18ème siècle et 19ème siècle ont été ceux de l'anatomo-pathologie. On imagine et on recherche les lésions neurologiques à l'origine des troubles mentaux. Malgré les progrès de l'anatomie, ne peuvent être mises en évidences ni lésions ni anomalies neurologiques associées aux pathologies mentales. Ce sont donc des maladies « psychiques » (maladies *sans localisations neurologiques*).

Le 20ème siècle voit le développement de la psychanalyse, avec pour pionnier S. Freud, dont les successeurs ont chacun à leur façon modifié et/ou approfondi la théorie. La psychanalyse est à la fois une méthode thérapeutique, et un modèle de compréhension de *l'appareil psychique* et de ses problématiques. La psychiatrie connaît de grandes avancées grâce à la compréhension permise par la psychologie, la psychanalyse, les progrès pharmacologiques, et d'autres modèles

tels que la psychothérapie institutionnelle (l'institution et l'ensemble de ses soignants soignent), la thérapie systémique et familiale, étudiant les modalités relationnelles dans les familles et les groupes, modalités relationnelles comprises comme étant interactionnelles, soit circulaires et réagissant les unes par rapport aux autres, et où l'ensemble n'est pas réductible à la somme de ses parties.

La participation de l'environnement, du passé relationnel et affectif, de l'inconscient est mise en évidence. Les observations de R. Spitz par exemple (« *De la naissance à la parole, la première année de la vie* », Paris, PUF 1ère éd. 1968) sur les conséquences catastrophiques de l'absence de soins relationnels et affectueux dans la première enfance ont un grand écho : il s'agit de l'« hospitalisme », observé chez des bébés et jeunes enfants élevés en institution (tableaux d'allure autistique, avec fréquence des maladies et des décès).

La pédopsychiatrie naît entre les deux guerres au 20<sup>ème</sup> siècle. On assiste à la mise en place des dispositifs de soins publics en psychiatrie : le *secteur de psychiatrie adulte* date de 1960, l'*intersecteur de pédopsychiatrie* de 1972. La psychiatrie du nourrisson connaît aussi un grand essor avec de nombreux travaux sur les *interactions précoces* du bébé avec ses partenaires, et les découvertes des *compétences* du nouveau-né et du nourrisson (« le bébé est une personne » !). Il faut dire qu'au 19<sup>ème</sup> siècle encore, les enfants à problèmes étaient classés en deux catégories : les enfants « débiles », et les enfants « caractériels » envoyés en maison de correction. [on retrouve souvent les termes éducatifs et non éducatifs, débile est utilisé depuis les premiers tests de QI c'est-à-dire début 20<sup>ème</sup> siècle] C'est dire que la compréhension de leurs manifestations et difficultés était bien minime.

Le développement de la pédopsychiatrie se fonde sur les découvertes de la psychanalyse (nommée aussi psychologie dynamique, ou psycho-dynamique), qui, s'appuyant sur la clinique adulte et infantile, le récit des patients dans les cures, et l'observation des enfants, a permis de caractériser et mieux comprendre le développement psycho-affectif et ses écueils. Les soins pédopsychiatriques prennent en compte l'environnement familial et social : traumatismes et deuils, compréhension des conflits et des problématiques relationnelles, guidance parentale et éducative etc. L'approche de l'enfant est également principalement psychologique et psychothérapique. L'adulte « verbalise », l'enfant « joue » ! Ainsi par le « jeu symbolique », mais aussi la parole, le dessin, l'expression de soi sous toutes ses formes et grâce à diverses médiations, au sein de la relation thérapeutique, l'enfant exprimera sa représentation du monde, ses affects, ses angoisses. C'est donc « en laissant l'enfant déployer son matériel psychique » (communication orale de M. Myquel, Professeure de pédopsychiatrie, Nice) que nous pouvons appréhender son monde psychique interne et ses problématiques, ainsi que les mécanismes psychopathologiques en jeu ; ce qui donne une compréhension de l'intérieur, et non de surface. Et c'est par ces mêmes modes et dans l'interaction humaine avec l'autre que l'enfant peut *élaborer psychiquement et transformer* ce qui est à la source de ses souffrances et blocages, afin de parvenir à un meilleur équilibre et la reprise d'un développement harmonieux, au sein de son entourage. La scolarité est également primordiale : aides rééducatives, pédagogiques, scolaires doivent toujours être associées si nécessaire, et lorsque l'enfant est aux prises avec des difficultés dites « instrumentales » comme les problèmes psychomoteurs, de langage, et les difficultés d'apprentissage.

« Un enfant joue beaucoup plus facilement avec quelqu'un qui sait jouer ». Sachons encore avec D.W. Winnicott (ibid) emprunter ce chemin royal pour l'accès à l'enfance, et à la thérapie.

Je ne détaille pas là toutes les médiations, ni les différentes modalités de prises en charge utilisées, sous formes individuelles ou groupales, s'assortissant à la prise en compte de l'environnement avec des aides éducatives et/ou sociales parfois, mais elles ressortent globalement de ce substrat de fond commun : l'accent mis sur la relation comme socle fondamental du développement infantile au sein d'un entourage « suffisamment bon » (D.W. Winnicott).

Du point de vue cognitif, des auteurs comme Piaget ou Wallon mettent en évidence les stades du développement intellectuel des enfants.

Ces dernières décennies ont vu le développement des recherches et découvertes sur le génome et le cerveau, et l'essor de la psychiatrie dite « biologique », ainsi que le développement des thérapies comportementales et cognitives (TCC) (note 1) et de la neuropsychologie (note 2).

On assiste en parallèle à une disqualification de la psychanalyse allant jusqu'au rejet. Il lui a été reproché de culpabiliser les parents. La psychanalyse a mis en évidence l'influence de l'environnement dans le développement ; pour autant les parents ne sont pas coupables, et il faut le dire avec force. Les notions de *responsabilité* et *culpabilité* ne sont pas à confondre ; la responsabilité elle-même n'est pas univoque : il existe des responsabilités conscientes et librement exercées, peut-être finalement rares, mais aussi des responsabilités opérant davantage « à l'insu de soi-même », comme dans le cas de la thalidomide cité plus bas, mais aussi dans l'éducation et la relation à l'autre ; celle-ci connaît d'innombrables complexités, il s'agit d'une interaction très sensible, en lien avec l'actualité même de cette relation. En définitive, nous avons un bagage génétique et biologique, et nous sommes aussi le fruit de notre histoire. L'inné et l'acquis connaissent une intrication indiscernable et une interaction constante que nous sommes le plus souvent bien incapables de démêler.

Je cite D. W. Winnicott (ibid) : « Lorsqu'une mère s'inquiète, je peux facilement lui expliquer ce que je veux dire si je peux la rencontrer. Elle comprend qu'il faut à la fois rechercher toutes les causes de chaque trouble et savoir pourquoi un enfant est en bonne santé. Nous ne pouvons taire nos convictions de peur de blesser quelqu'un. En ce qui concerne les enfants victimes de la thalidomide, il est évident que les pédiatres devaient dire haut et fort qu'on avait prescrit de la thalidomide [prescrit à contre les nausées de la grossesse] à la mère pendant le deuxième mois de sa grossesse. Il ne fallait pas tenir compte des répercussions de ces propos sur les médecins et les mères, qui ont été sans le vouloir à l'origine d'une véritable catastrophe : deux cent cinquante bébés nés avec des membres malformés. »

Contrairement aux sciences dites dures qui écartent les hypothèses fausses avec l'avancée des connaissances, les sciences humaines connaissent des mouvements de balanciers parfois extrêmes : les univers peuvent être imperméables les uns aux autres, avec disqualification mutuelle. Il s'agirait pourtant de rester humble devant la complexité des phénomènes, et de retirer les enseignements intéressants de chaque discipline, en saisissant leurs aspects parfois redondants, et

toujours complémentaires.

## Les hypothèses de la psychiatrie biologique, et discussion

Les clés des pathologies mentales semblent pouvoir venir aujourd'hui des techniques sophistiquées appliquées à la recherche sur le génome et le cerveau. Nous reviendrions ainsi à une sorte de nouvelle ère anatomo-pathologique. C'est ainsi que se définit la « psychiatrie biologique », qui propose une conception neurobiologique des pathologies : ce sont des maladies du cerveau d'origine neuro-génétique. Des traitements médicamenteux, voire chirurgicaux ou géniques pourront s'y appliquer.

On peut cependant relever deux écueils épistémologiques :

1- la tendance à résoudre deux plans distincts (la psyché, et l'anatomie) en un seul, ou « la psyché rabattue sur le neurone ». La neuropsychologie tente d'explorer ce lien entre neurobiologie et psychologie (note 1) ce qui est légitime au plan de la recherche. Sur le plan épistémologique, mais aussi pratique et de la compréhension de nous-mêmes, il est pourtant indispensable de maintenir la distinction des niveaux : la psychologie explore les *processus psychologiques*, niveau un, sous-tendus par les *fonctionnements neuro-anatomiques, ou neurobiologiques* (neurones, synapses, neuro-transmetteurs, aires cérébrales etc.), niveau deux. Chacune de ces disciplines connaît ses justifications et nécessités, il ne s'agit ni d'en gommer une au profit de l'autre, ni de les confondre. Il est intéressant au contraire de se pencher sur leurs fructueux rapprochements, de montrer leurs liens, expliquant par exemple certains traitements.

La façon d'invoquer le cerveau à propos de tous les comportements humains a d'ailleurs été nommée *neuromania* par R. Tallis : « On en vient à oublier que ce n'est pas le cerveau qui pense, mais que c'est un sujet qui pense ». (Pr R. Tallis, « *Aping Mankind* », cité par P. Landman, « *Tous hyperactifs ?* », Albin Michel, 2015).

2- l'assimilation des anomalies neurologiques ou neurobiologiques à leur étiologie (leurs causes). C'est la question de la poule et de l'oeuf. Des anomalies ou particularités neurologiques ne signent pas l'origine des troubles (ce serait céder au « préjugé étiologique »), car elles peuvent n'en être que la traduction actuelle au plan neuro-anatomique ou neurobiologique.

Je cite encore D. W. Winnicott (même ouvrage), qui défend la psychologie comme pouvant prétendre à être considérée comme une science, c'est-à-dire un processus, qui « se caractérise par l'observation des faits, l'élaboration d'une théorie, sa mise à l'épreuve et sa modification en fonction de la découverte de faits nouveaux ». « La psychologie n'entend pas avoir le privilège de la compréhension de la nature humaine, sauf sur un point : faire de cette étude une science. Peut-être pourra-t-on démontrer que Shakespeare avait déjà compris tout ce que la psychanalyse peut découvrir ? En effet, Shakespeare nous offre un bon exemple de compréhension intuitive fondée, bien entendu, sur l'observation aussi bien que sur la sensibilité et l'empathie. Chaque fois que nous faisons un pas en avant dans cette

science qu'est la psychologie, nous comprenons mieux les pièces de Shakespeare et nous disons moins de bêtises sur la nature humaine. ». « Les bons médecins ont toujours été de bons psychologues, dans la mesure où ils ont pu sentir comment leurs patients se situaient par rapport à la réalité externe et par rapport à leur propre monde interne. Mais la seule intuition doit pouvoir s'asseoir sur une recherche et l'élaboration d'une « théorie scientifique ».

Voici à présent ce que nous dit F. Gonon, neurobiologiste, dans son article « *La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?* » cité plus haut.

Malgré les croyances largement véhiculées par les médias, les recherches en génétique n'ont pour l'instant identifié avec certitude que quelques anomalies génétiques, dont les altérations n'expliquent en fait qu'un très petit pourcentage des cas, et uniquement pour les troubles psychiatriques les plus sévères : autisme, schizophrénie, retard mental, et trouble bipolaire de type I. Le pourcentage de cas *expliqués* par des anomalies génétiques est le plus élevé pour l'autisme, et il n'est encore que de 5 % (notamment syndromes de l'X-fragile et de Rett, qui donnent des syndromes autistiques). En dehors de ces rares cas de lien *causal*, la génétique n'a identifié que des *facteurs de risque* et ils sont toujours *faibles*.

Les découvertes plus récentes en génétique montrent que des facteurs de vulnérabilité génétique ne se transforment pas toujours dans l'expression d'une maladie dite « phénotype » ; l'expression comme la non-expression d'un gène sont sous la dépendance de facteurs environnementaux au sens large : c'est schématiquement la théorie de l'épigénétique.

Il faut aussi rappeler qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun marqueur biologique d'aucune des grandes maladies mentales (schizophrénie, autisme, ou troubles bipolaires).

Par ailleurs, François Jacob ou Albert Jacquard avaient déjà montré que l'homme dépend moins directement de son génome que les autres structures vivantes (par exemple l'amibe dépend entièrement de son génome). La richesse de notre système nerveux central nous distingue des autres espèces. L'« appareil psychique » est un acquis de notre vécu et de nos relations, et non une donnée de naissance. Le bébé naît avec ses innombrables neurones (plus de 100 milliard de neurones), et les *connexions neuronales (synapses)* créées (mais aussi modifiées, ou éliminées, comme certains neurones non utilisés) à toutes occasions d'échanges et de stimulations font le développement (chez un adulte, chaque neurone reçoit environ 10 000 synapses de la part d'autres neurones).

Ainsi la position actuelle de chercheurs influents, y compris dans le champ de la génétique ou de la neurobiologie revient à une plus grande modestie en reconnaissant à présent la part majeure occupée par l'environnement et l'histoire individuelle dans la genèse des troubles. Selon Sonuga-Barke, l'un des leaders de la pédopsychiatrie anglaise, « même les défenseurs les plus acharnés d'une vision génétique déterministe revoient leurs conceptions et acceptent un rôle central de l'environnement dans le développement des troubles mentaux » (cité par F. Gonon).

Pourtant le grand public adhère de plus en plus à une compréhension

étroitement génético-neurobiologique des troubles mentaux, ce qui est compréhensible puisque les échos relayés par les médias accréditent largement ces thèses. F. Gonon analyse les raisons de la contradiction entre les résultats de la recherche scientifique, et ce qui en ressort de fait dans les médias. Outre les raisons tenant parfois aux neurobiologistes eux-mêmes, les médias ne font par exemple pas souvent état des études qui infirment de premiers résultats fortement médiatisés établissant des liens entre gènes et pathologies psychiques.

Les autorités de santé publique aux USA se sont longtemps réjouies de cet état de l'opinion publique car la conception neurobiologique était censée diminuer la stigmatisation des patients, mais les enquêtes de terrain ont montré l'inverse : les personnes qui partagent cette conception ont une plus forte réaction de rejet vis-à-vis des malades, et sont plus pessimistes quant aux possibilités de guérison.

Ceci pose évidemment la question des enjeux et intérêts à ce que ces croyances continuent d'être véhiculées. Une hypothèse est que ces thèses permettraient de masquer l'origine socio-économique des pathologies, en mettant sur le compte d'une origine génético-neuronale ce qui peut être lié aux inégalités et souffrances sociales croissantes, ainsi qu'à un appauvrissement de la politique de soins depuis une trentaine d'années, notamment aux USA. La base neurobiologique est en général interprétée comme excluant d'autres causes psychologiques ou sociales, ce qui conduit à minimiser les déterminants environnementaux. On peut donner l'exemple de l'« hyperactivité infantile » (dénommée TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité) dans le DSM, cf infra), pour laquelle est convoquée l'origine génétique, alors que de nombreuses conditions environnementales sont des facteurs de risque : naissance prématurée, mère adolescente, pauvreté, faible niveau d'éducation des parents etc. La prévention de l'hyperactivité résulte donc au moins en partie de choix politiques, notamment en direction de la baisse des inégalités. [la position de certains parents tien à mon avis aussi de la culpabilité naturelle et non surmontable par certains, de tout parent lorsque son enfant se heurte à un obstacle de vie, maladie, handicap...]

La tradition psychiatrique française admettait quant à elle l'existence du « socle bio-psycho-social » : des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux peuvent être à l'origine des souffrances et pathologies psychiques. On pourrait dire sans se tromper : « tout est génétique et tout est acquis », comme « tout est neurologique et tout est psychologique » !

Enfin, les recherches en neurobiologie mettent en évidence l'immense *plasticité cérébrale*, ce qui donne tout espoir à notre *capacité de changement*, au fond à notre liberté. Des liens ont d'ailleurs été faits entre neurobiologie et psychanalyse (F. Ansermet et P. Magistretti) : les recherches en neurobiologie montrent par exemple que le fait de verbaliser un souvenir (qui est inscrit au niveau neurobiologique en tant que « trace mnésique ») rend cette trace fragile, labile, et susceptible de nouvelles associations au niveau synaptique, donc de recontextualisation. Ce qui revient à reconnaître le pouvoir de la parole et de la remémoration pour un possible changement.

## L'importance des classifications en psychiatrie

La psychiatrie, discipline médicale traitant des maladies mentales, s'est efforcée de classifier les pathologies. Ces classifications transmettent leurs différentes visions et interprétations des souffrances psychiques et de la folie, et contribuent à l'établissement des curseurs de « normes » véhiculées dans la société.

Au 20ème siècle, les classifications psychiatriques sont les témoins de la pensée clinique et psychopathologique européenne et notamment française. Ce sont des classifications « cliniques » (P. Landman, « *Tristesse Business - Le scandale du DSM* », Max Milo éditions, collection essais, avril 2013) (note 3). Avec les recherches psychanalytiques elles isolent notamment différentes *structures de personnalité*. Ainsi aux psychoses, caractérisées par leur trouble de l'identité, leur déni ou non reconnaissance de la réalité, leurs angoisses profondes et archaïques, s'opposent les névroses, apanage de l'être humain dit « normal », pouvant dire « je », mais divisé entre ses désirs et son acceptation de la réalité, donc des interdits. Les états limites, intermédiaires entre ces deux états, sont aux prises avec de grandes angoisses, tout en gardant un lien plus soutenu avec la réalité. D'autres catégories comprennent les perversions, les déficiences mentales (retards mentaux) etc.

En psychiatrie infanto-juvénile, existe aussi une « classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent » (CFTMEA), fruit d'un travail mené par des pédopsychiatres réunis autour de Roger Misès. Cette classification utilise également les critères psychopathologiques issus de la psychanalyse, ce qui permet un diagnostic portant sur le fonctionnement mental en constitution, ainsi que sur les symptômes présentés (axe I). Les contraintes organiques pesant sur l'enfant, et les effets des événements de la vie ayant marqué sa trajectoire, ainsi que ceux liés à son environnement familial et social sont également pris en compte (axe II).

Il doit être entendu que cette classification établit une photographie de l'instant, mouvante avec l'état de l'enfant en croissance.

Mais aujourd'hui la classification utilisée majoritairement à travers le monde est américaine ; il s'agit du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Des « diagnostics » largement utilisés et vulgarisés proviennent de cette classification.

Le DSM avait été originellement créé dans le but de permettre aux cliniciens et chercheurs de tous les pays de s'accorder sur les diagnostics. La classification se voulait donc « athéorique », car établie à partir de listes de symptômes, dont les regroupements devaient composer un inventaire des maladies mentales. Quoique critiqué pour ses insuffisances et incohérences cliniques et psychopathologiques, et pour sa difficulté d'usage (plus de 400 pathologies dans le DSM-IV), le DSM a été largement adopté pour des raisons supposées de consensus scientifique.

Les DSM se sont succédés à partir de 1952 (DSM-I, II, III, III-R, IV, IV-R, V), passant de l'isolement de 60 pathologies (DSM-I) à environ 400 pathologies (pour le DSM-IV, puis le DSM-V, paru en mai 2013). Chaque nouvelle mouture a fait l'objet de controverses, plus vives encore pour la parution du DSM-V.

La médecine officie normalement depuis le recueil de *symptômes*, regroupés ensemble pour en faire des tableaux symptomatiques appelés *syndromes* (assemblages non fortuits de signes, expliqués par les mécanismes

physiopathologiques sous-jacents), correspondant à plusieurs *maladies*, que le médecin doit déceler pour y adapter le traitement adéquat.

Voici un exemple, tiré de la pathologie infectieuse :

Syndrome méningé :

| Symptômes        | Syndrome                    | Maladies                          |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Céphalée         |                             | Hémorragie méningée               |
| Vomissements     | Syndrome méningé            | Méningite virale                  |
| Raideur méningée | (inflammation des méninges) | Méningite purulente (microbienne) |
| Photophobie      |                             | Tuberculose méningée              |

Le DSM procédant par listes de symptômes définissant des pathologies, l'étape *syndromique* disparaît. Il y a ainsi création d'entités pathologiques, à vrai dire non validées scientifiquement, mais auxquelles une forme de foi collective donne peu à peu consistance, et ce d'autant que le « préjugé étiologique » neurobiologique accompagne ces croyances. L'alternative serait, nous le comprenons, d'en rester au constat symptomatique ou syndromique, sans constituer arbitrairement et en l'absence d'éléments plus probants de nouvelles « maladies ».

La critique la plus virulente accuse ainsi le DSM de « pathologiser » l'existence, en inscrivant comme « troubles » des modes d'être, et y établissant de fait de nouvelles normes (« c'est à la psychiatrie que l'on confie la tâche de construire des normes et de définir des déviances sociales » (Gori R., « *Le DSM, un dispositif de normalisation idéologique ?* » *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 28, n°1, mars 2010. Article disponible sur internet : [http://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_2010\\_num\\_28\\_1\\_1956](http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2010_num_28_1_1956)).

En ce qui concerne le recours aux psychotropes, les créations du DSM ont pu être nommées *disease mongering*, « expression anglo-saxonne qui exprime de manière péjorative la façon d'élargir les descriptions nosographiques des maladies et d'y sensibiliser le grand public afin d'augmenter le marché de ceux qui vendent ou proposent des traitements » (Wikipédia, *article "disease mongering"*). Par exemple, le fait d'être stressé et timide devient une pathologie en soi : la « phobie sociale », ou le « trouble de l'anxiété sociale », à laquelle s'adresseraient peut-être des traitements médicamenteux « adaptés » (antidépresseurs et/ou anxiolytiques).

Selon P. Landman (ibid, 2013), le DSM conduit ainsi à trois écueils majeurs : la médicalisation grandissante des affects notamment la tristesse, la pratique de plus en plus étendue du surdiagnostic, et enfin le recours de plus en plus fréquent aux psychotropes ; « ces trois éléments catalysent en quelque sorte la fabrique des fous » ; il s'agirait d'une « tendance lourde » dont les causes sont multiples et complexes, mais pour laquelle le DSM jouerait un rôle non négligeable. « Le DSM est responsable d'une augmentation considérable du nombre de faux positifs, en particulier de « faux fous », s'opposant par là même aux règles de base de l'art médical. Les critères cliniques habituels ne sont pas au-dessus de tout reproche, loin s'en faut, mais ils sont beaucoup plus exigeants que la méthode DSM, qui est expéditive et ouvre la voie à une prescription médicamenteuse bien souvent trop

rapidement et de façon inappropriée.» (P. Landman, 2013). Les catégories diagnostiques qui ont vu leurs inclusions enfler sont notamment les troubles bipolaires, l'autisme ou TSA (troubles du spectre autistique) et le TDAH, qui est l'occasion d'une nouvelle épidémie, ce que nous détaillons plus bas.

Citons encore cet auteur : « Si les maladies mentales se résument à une association de comportements, sans relation avec l'histoire personnelle ou l'environnement, le critère de la normalité dépendra du seuil d'inclusion à partir duquel on considère qu'un comportement ou une association de comportements, par leur intensité, leur fréquence ou leur durée, sont de nature pathologique. Or il s'est avéré que de révisions en nouvelles éditions, le DSM a présenté une baisse tendancielle des seuils d'inclusion, et une plus grande « flexibilité » des critères séparant le normal du pathologique. La version V, parue au printemps 2013, n'échappe pas à ce mouvement. Il est vrai qu'elle ne semble pas comporter à priori plus de troubles que la précédente, mais certains d'entre eux sont susceptibles d'inclure un nombre considérable de sujets, en particulier des enfants. »

Le nouveau DSM-V connaît donc encore un abaissement des seuils d'inclusion, amenant le Pr Allen Frances, ancien président de la *task force* du DSM-IV, à s'y opposer sur l'idée qu'il devient urgent de « sauver la normalité ». « En effet, cette dernière n'existe pratiquement plus dans le DSM. Par exemple, si quelqu'un continue d'être très affligé au seizième jour d'un deuil, il est passible d'une prescription de psychotropes au nom d'un supposé risque évolutif vers la dépression sévère » (P. Landman, 2013).

Voici quelques exemples concernant le nouveau DSM-V :

- La médicalisation du « deuil normal », constitué par l'humeur dépressive, la perte d'intérêt pour une quelconque activité, l'insomnie, la perte d'appétit et la difficulté de concentration après une perte récente ; les symptômes dépassant deux semaines marquent le risque évolutif vers la dépression sévère, faisant passer ce deuil dans la dimension pathologique (cf supra).

- Le seuil pathologique des « troubles neuro-cognitifs mineurs » a été abaissé : les trous de mémoire débutants de la personne vieillissante sont à présent considérés comme un symptôme, ce qui est contestable.

- les « troubles dysfonctionnels du caractère avec dysphorie » concernent les enfants de plus de 6 ans qui font plus de 3 grosses crises de colère par semaine pendant un an.

- la « dermatillomanie » : décrit un certain type d'automutilation compulsive. Les « skinpickers », personnes atteintes de ce trouble, souvent des jeunes femmes, se grattent ou se triturent la peau et les boutons de manière incontrôlée, avec un sentiment d'anxiété et de culpabilité chez le sujet.

- l'« hyperphagie boulimique » ou « binge eating » : le diagnostic de ce trouble peut désormais être posé en cas d'épisodes isolés d'absorption effrénée de nourriture. Ces épisodes surviennent au moins une fois par semaine pendant plus de trois mois et sont accompagnés de sentiments de perte de contrôle, de dégoût et de culpabilité.

- la « sylogomanie » ou « hoarding » : on parle de sylogomanie lorsque l'accumulation d'objets du quotidien devient excessive et compulsive. C'est l'impact sur la qualité de vie et la salubrité du lieu dû à l'entassement de ces objets sans

valeur qui justifie que le diagnostic soit posé.

Comme le dit P. Landman, la médecine avec le temps *découvrait* les maladies (par exemple la tuberculose), ici on en *invente* !

De hauts responsables de la psychiatrie anglo-saxonne avaient déjà critiqué vigoureusement le DSM-IV : les recherches faisant apparaître que sa fiabilité inter-juge n'était satisfaisante que pour les pathologies les plus sévères, que sa validité (critère le plus scientifique d'une classification) était faible, et que son utilité pour les praticiens comme pour les chercheurs était sujette à caution ; la classification des troubles selon le DSM aurait par exemple entravé la recherche. La CIM-10 (classification internationale des maladies) très proche souffrirait des mêmes défauts (Gonon F., « *Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes* ». L'information psychiatrique 2013, 89, p. 285-294).

Le langage DSM est pourtant passé dans le grand public avec la banalisation de termes comme « TOC » (troubles obsessionnels compulsifs), ou encore « phobie sociale », puis « trouble de l'anxiété sociale » ou TAG (« trouble anxieux généralisé »), « TDAH » (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité), « TED » (trouble envahissant du développement) (terme repris à présent dans la dernière version de la CFTMEA) [ Cette version à laquelle j'ai participé vise à établir des correspondances entre CFTMEA et CMI10 afin que les publications faites par les Français puissent être pensées en termes psychodynamiques –CFTMEA- sans se heurter au barrage des éditeurs et pour que les praticiens français puissent répondre aux exigences du dossier infomatisé ], « trouble oppositionnel avec provocation » chez les enfants etc.

Le DSM identifiant de plus en plus de troubles sépare ainsi les êtres. Sans dénier l'existence de la pathologie, la psychanalyse reste la discipline la plus rétive aux catégorisations souvent simplificatrices. Elle reconnaît par exemple en chacun les deux dimensions de la normalité et de la folie : l'individu normal aurait son noyau de folie, son « noyau psychotique », se référant aux angoisses archaïques, angoisses « impensables » du vécu primaire qui n'ont pu être suffisamment « contenues », soit reprises et régulées par le psychisme maternel ; et on recherche chez le malade le « noyau sain », à soutenir, renforcer, et sur lequel s'appuyer pour le cheminement vers un meilleur équilibre. On a pu aussi parler de trop grande normalité, d'hyper-adaptation, ou de « faux self social » construit au détriment de son self (soi) profond (J. Mc Dougall, « *Plaidoyer pour une certaine anormalité* », Gallimard, NRF, 1978) (note 4). Enfin, citons à nouveau D.W. Winnicott : « Par l'intermédiaire de l'expression artistique, nous pouvons espérer rester en contact avec notre self primitif d'où proviennent les sentiments les plus intenses et même des sensations très aiguës, et nous sommes vraiment pauvres si nous ne sommes que sains » (Winnicott D.W., « *Le développement affectif primaire* », in « *De la pédiatrie à la psychanalyse* », Paris, Payot, 1989).

P. Landman, pédopsychiatre et psychiatre, écrit avoir été longtemps réticent à considérer que cette classification pourrait avoir un impact de cette ampleur : « J'avais tout de même acheté la version française du DSM-III. Ce livre, best-seller mondial, m'est tombé des mains. Je suis sorti de cette lecture renforcé dans l'idée qu'un ouvrage aussi indigeste et aussi superficiel, malgré sa prétention à être bâti

comme un système expert, ne pourrait jamais supplanter la tradition clinique. Je me suis trompé ». « D'autres en France avaient été plus perspicaces, percevant l'importance du DSM, le changement des mentalités qu'il incarne, les conséquences anthropologiques qu'il accompagne et les nouveaux paradigmes qu'il utilise ». (P. Landman, 2003)

Ces modifications sont préoccupantes également en pédopsychiatrie, haut lieu traditionnel de compréhension et de travail psychologique, individuel et interpersonnel.

## Etat des lieux en pédopsychiatrie

Car cette évolution atteint évidemment le champ de la psychiatrie infantile, qui faisait pourtant figure de dernier village d'irréductibles Gaulois. Présumés acquis de naissance, les troubles semblent « apposés » sur l'enfant sans référence à un mode d'organisation psychique en voie de constitution, ni lien avec l'environnement et le vécu, gommant enfin la dimension multidimensionnelle des souffrances psychiques et des difficultés neuro-développementales de l'enfance, et semant davantage de doute sur leur possibilité mutative.

Ceci peut nous mener au pire : l'idée de plus en plus prégnante qu'il n'y aurait rien à comprendre aux symptômes présentés, rien à décrypter des messages qui nous sont adressés par l'enfant dans son histoire et son environnement, et rien qui serait en lien avec une souffrance psychique active à prendre en compte et à traiter. Les symptômes ne seraient justiciables que de démarches éducatives et/ou rééducatives, voire de traitements médicamenteux aptes à les juguler. Ceci représente une régression dans notre capacité à comprendre notre humanité et celle de ceux qui nous entourent, donc à être simplement *humains*. Rappelons-nous pourtant cette époque encore proche où F. Dolto conseillait les parents sur la chaîne de radio France Inter, réponses mêlant concepts et explications psychologiques au bon sens (F. Dolto, « *Lorsque l'enfant paraît* », Paris, Seuil, 1978, trois tomes, collection « points essais ».) (Note 5).

L'enfant est par essence un être en développement, donc en transformation constante, et il faut aussi souligner le danger que représente pour lui le fait d'être enfermé dans ce qui pourrait devenir une « prophétie auto-réalisatrice ». On ne peut toujours éviter un diagnostic, mais cette formulation peut aussi entraîner une angoisse non négligeable pour les familles, avec le risque de la prédiction aliénante, « les réponses relationnelles de l'environnement d'un enfant vulnérable faisant partie intégrante des éventuels facteurs de maintien et d'enkystement » (B. Golse, « *Du risque autistique au risque prédictif : dépistage précoce et prévention* », 11-25, in « *Les bébés à risque autistique* », sous la direction de Delion P., Erès, Collection Mille et un bébés, 1998). La formulation de diagnostic creuse aussi les différences entre les êtres, dans un sens contraire à « la lente évolution qui a permis à notre pays de reconnaître que les malades mentaux sont faits de la même étoffe que les individus supposés mentalement sains » (Winnicott D.W., « *L'enfant, la psyché et le corps* », Paris, Payot, 1999).

L'enfance n'est jamais asymptotique, car la vie est difficile pour tous.

Nombre de manifestations, craintes, réactions, confrontations émaillent le développement de façon tout à fait normale, et notre travail consiste très souvent à départager ce « normal » du pathologique, et rassurer finalement enfant et entourage, tout en offrant une aide si nécessaire, pendant un temps, pour la poursuite d'un cheminement complexe. La tendance du DSM à « pathologiser » la vie suit exactement la démarche inverse. Il est inquiétant que toute personnalité originale, ou marginale, ou inventive ou surprenante, suscitant parfois l'exclusion, puisse être mise sur le compte de la pathologie. Il faut au contraire respecter la latitude d'évolution sans le risque d'étiquetage discriminant et angoissant.

D'où l'importance d'une appréciation clinique fine, inaugurant l'engagement de soins mobilisateurs si nécessaire. Ceci sans qu'aucun diagnostic n'ait dû être le plus souvent formulé, autrement que par la mise en mots des difficultés personnelles et relationnelles constatées, donnant à l'enfant et à son entourage des éléments de compréhension des phénomènes et processus psychologiques ou neuro-développementaux en jeu, et permettant de ce fait l'évolution par le dépassement des positions.

Deux « troubles » de l'enfance cités plus haut, le « trouble oppositionnel avec provocation », et le « trouble dysfonctionnel du caractère avec dysphorie » sont par exemple de bons modèles de ces « diagnostics » du DSM qui *étiquettent* tout en faisant l'impasse sur la compréhension. J'ai vu à cet égard au fil des ans et de ma pratique de pédopsychiatre depuis vingt ans le changement progressif affectant le regard sociétal et parental, percevant moins dans les attitudes infantiles un ensemble psychologique à comprendre, que des signes indiquant l'appartenance à tel trouble ou maladie. Ce qui montre ce changement de *regard* affectant la société dans son ensemble.

Du point de vue des aides et des soins apportés, on constate plus souvent qu'auparavant des prises en charge uniquement rééducatives (orthophonie, orthopsie, ergothérapie, psychomotricité), alors qu'existent des difficultés psycho-affectives et/ou relationnelles sous-jacentes non prises en compte, et non traitées ; ceci comme si l'enfant était une machine faite de différentes pièces à réparer, et que le tout était égal à la somme des parties. Des rééducations sont souvent nécessaires, le problème est leur addition en dehors d'un projet de soins prenant en compte l'enfant dans sa globalité. Les démarches à ressorts uniquement éducatifs ou comportementaux posent également question lorsqu'existe une souffrance psychique patente, nécessitant un travail psychothérapique individuel et relationnel.

Dans l'arsenal des soins, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) peuvent être utiles, notamment dans le cadre de certaines pathologies graves pour lesquelles il faut associer les modalités de soins. Les TCC se fondent sur les théories du développement et de l'apprentissage sous-tendues par les mécanismes de punition et récompense, selon le modèle pavlovien des réflexes conditionnés : le rat reproduit par exemple les comportements qui ont amené la récompense et les gratifications, et évite ceux qui ont conduit aux punitions, sources de déplaisir. Ce modèle a sa pertinence et sert dans l'éducation. D.W. Winnicott, dans un article sur « le sens moral du bébé » (Winnicott D.W., *L'enfant et sa famille*, Petite bibliothèque Payot), évoque toutefois d'autres mécanismes permettant à l'enfant d'accéder peu à peu à l'amour, à la bonté et à la notion du bien et du mal. Je cite cet auteur : « il existe, chez chaque bébé, des tendances innées vers un sens moral et vers les

différentes sortes de bon comportement que vous estimez vous-même ». « En pratique, lorsque tout va bien, vous ne dresserez pas votre enfant, pas plus que vous ne le négligerez. Vous fournirez un cadre sûr dans lequel le bébé pourra tôt ou tard découvrir l'intérêt de coopérer avec vous, l'intérêt d'adopter votre point de vue, d'aimer faire ce que vous aimez et d'être heureux d'adopter vos idées du bien et du mal. Le bébé qui évolue de cette manière ne tardera pas à jouer le rôle de la bonne mère avec une poupée ». Ces points mis en mots simples traduisent l'existence de différentes phases psychologiques affectant le développement, et décrites par la psychanalyse. Les enfants dits difficiles, qui demandent souvent un recours plus fréquent et ferme aux mesures éducatives comme les punitions et les récompenses, au risque d'ailleurs de tomber dans des cercles vicieux relationnels peu recommandables, sont ceux qui pour une raison ou une autre ont eu ou ont encore un doute sur l'amour reçu. La restauration de leur narcissisme a une importance cruciale pour permettre une bonne évolution.

A propos du recours médicamenteux, traditionnellement rare en pédopsychiatrie, il existe indéniablement une augmentation des prescriptions au fil du temps. Celles-ci sont parfois utiles, offrant un soulagement momentanément bénéfique. Mais aucun psychotrope n'a jamais été curatif au sens d'un antibiotique par exemple : l'effet est seulement « symptomatique » (agissant sur le symptôme). Les prescriptions doivent rester dans la mesure du possible les plus brèves, et être associées au travail psychique personnel et familial, au sens large, comprenant toutes les modalités d'aides. Ce d'autant que les effets des psychotropes sont mal connus à long terme chez l'enfant dont le système nerveux est en développement.

Les évolutions qui se dessinent en France suivent celles constatées aux USA. On a noté l'augmentation rapide de la prescription des antipsychotiques, et particulièrement dans les milieux les plus défavorisés. Pourtant les effets secondaires ne sont pas négligeables, en particulier chez l'enfant : prise de poids, diabète, problèmes moteurs de type parkinsonien à court et long terme, somnolence, perturbations endocriniennes. Leurs effets à long terme sur le développement psychique et intellectuel sont d'autant plus mal connus que leur prescription en pédiatrie n'a été approuvée que pour de rares indications, alors que les  $\frac{3}{4}$  des prescriptions d'antipsychotiques concernant des enfants américains ne relèvent pas de ces diagnostics. « Quel sera leur avenir ? Réussiront-ils à s'assumer en tant qu'adultes autonomes ou risquent-ils de grossir le rang des victimes et des laissés pour compte ? » demande F. Gonon.

La prescription des amphétaminiques (méthylphénidate (ritaline, concerta, quasym sous leurs formes commerciales)) connaît aussi une augmentation très importante, malgré des effets indésirables notoires (cardio-vasculaires, staturo-pondéraux et digestifs, tics, troubles du sommeil et de l'humeur). « Ces trois dernières décennies, la consommation de médicaments contre le TDAH a explosé dans la plupart des pays occidentaux. Aux Etats-Unis, la consommation a été pendant cette période multipliée par vingt et les autres pays en Occident suivent des courbes de consommation qui vont dans la même direction, mais à un rythme moins intense. » (P. Landman, « *Tous hyperactifs ?* », éditions Albin Michel, 2015). L'agence nationale française du médicament (ANSM) notait en 2013 la forte hausse des prescriptions de méthylphénidate : l'utilisation de la molécule, qui était « confidentielle » jusqu'en 2004, était « depuis en constante croissance », avec une hausse de 71% du nombre des utilisateurs entre 2005 et 2011, et une poussée de

133% des ventes de doses journalières sur la même période (Source : internet, d'après AFP, 18 juillet 2013, article dans « Libération »).

Le TDAH est un exemple paradigmatique de l'évolution actuelle : ce « trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité » est devenu une « maladie » univoque d'étiologie neurobiologique supposée. Je cite le Pr Allen Frances, dans sa préface à l'ouvrage de P. Landman (2015) : « Il est facile de surdiagnostiquer et surtraiter le TDAH. Il est défini par des symptômes et des comportements non spécifiques qui sont largement distribués dans la population générale : concentration faible, distraction, impulsivité et hyperactivité ». Le terme français utilisé classiquement était « instabilité psychomotrice », ou « hyperactivité », décrivant notamment une agitation psychomotrice importante ; il s'agissait d'un terme *syndromique*, laissant toute latitude au praticien d'analyser les difficultés, leurs contextes et circonstances d'apparition, à vrai dire pluriels. Le changement opéré dans le DSM et décrit par P. Landman consiste dans le fait que des « troubles de l'attention », pourtant peu spécifiques et volontiers partagés en de multiples circonstances, figurent en premier lieu ; ces troubles de l'attention sont ainsi constitués en une entité dont la validité n'est ni assurée ni résolue. Ainsi peuvent rentrer dans cette catégorie, outre les enfants vifs et difficiles à contrôler, les adolescents volontiers étourdis et impulsifs, et les adultes distraits ou « distractibles » (se déconcentrant facilement pour des raisons diverses). Avec ce fondement épistémologique contestable, le TDAH fait actuellement l'objet d'une véritable épidémie, inquiétante pour la santé physique et psychique des jeunes et moins jeunes, d'autant que la confusion diagnostique est aisée avec de multiples autres problématiques (immaturité, précocité, anxiété et dépression, troubles réactionnels, épilepsie, prises de toxiques, troubles du sommeil etc.). Le surdiagnostic est encore plus accentué avec le DSM-V, notamment chez l'enfant, les critères d'inclusion ayant été abaissés. Cette épidémie correspond par ailleurs parfaitement à l'intérêt de l'industrie du médicament.

Cette épidémie permet aussi de ne pas questionner le contexte social, l'environnement scolaire et les moyens alloués à l'éducation et l'enseignement, et d'une manière générale de ne pas considérer la façon dont le monde adulte fait une place à, et supporte, l'enfance et son mouvement. Mieux vaut « calmer » avec un médicament censé être la réponse à problème réel.

La prescription de ritaline est heureusement réglementée en France (ordonnance sécurisée, première prescription et ordonnance annuelle hospitalières), et indiquée seulement « dans la mesure où les mesures éducatives et psychosociales seules s'avèrent insuffisantes » (Rappel des conditions de prescription, de délivrance et d'utilisation des médicaments contenant le méthylphénidate, septembre 2012). Cela n'empêche pas cette prescription de se faire dans un nombre non négligeable de cas en dehors de toute autre aide ou prise en charge.

Les CMPI (centres médico-psychologiques infantiles) sont traditionnellement les lieux pivots de soins du dispositif de psychiatrie infanto-juvénile public. Il s'agit de lieux de consultations pouvant recevoir en première intention toutes les formes de souffrances psychologiques et de difficultés de développement du bébé, de l'enfant et de l'adolescent. Une consultation psychologique ou pédopsychiatrique permet de réaliser le travail préliminaire d'investigation, permettant d'avoir une appréhension

globale de la problématique de l'enfant ou du jeune au sein de son environnement. Des bilans complémentaires, classiquement orthophoniques et en psychomotricité peuvent être réalisés, et l'équipe pluridisciplinaire du CMPI, comprenant également infirmiers, éducateurs, assistante sociale, associera ses compétences pour faire face au mieux aux difficultés spécifiques de chaque enfant. Les soins se font en partenariat étroit avec les autres lieux d'accueil de l'enfance, et surtout l'école. Malheureusement, la carence des moyens, en augmentation, ne laisse pas toujours la disponibilité nécessaire pour répondre aux besoins de façon suffisamment satisfaisante. Les CMPP et les CAMPS sont également des centres de consultations, avec un fonctionnement associatif, et bénéficiant du financement public.

La pédopsychiatrie était jusqu'à présent riche d'une expérience clinique ancienne associant la contribution de la psychanalyse à la compréhension du développement et du fonctionnement psychique et des voies de sa transformation, et de nombreuses autres recherches, théories de l'attachement, théories de la communication, recherches développementales, recherches neurocognitives etc.

La formation des psychiatres et pédopsychiatres reste éclectique, quoique variable d'un CHU à l'autre en fonction des priorités locales (note 6). Mais « le DSM devient la référence principale et parfois unique pour l'enseignement de la psychiatrie. » (P. Landman, 2013). De plus, « le DSM ne se contente pas de poser des diagnostics hasardeux, mais se révèle fixiste, sans conception évolutive du diagnostic qui devient une « étiquette » définitive » (ibid) ; ceci est d'autant plus préoccupant chez l'enfant. Cette formation peut déterminer pour la jeune génération de pédopsychiatres des modèles de pensées nous semblant gommer de grands pans de connaissances utiles pour appréhender la clinique et les soins, et nous laissant inquiets pour l'avenir de la discipline. Pour illustrer ce propos, voici l'exemple d'une très jeune collègue, fraîche émoulue de la faculté et se destinant à la pédopsychiatrie tout en déclarant : « la psychanalyse n'a pas lieu d'être en pédopsychiatrie ». Ce qui était un peu dire : « la psychologie n'a rien à faire en pédopsychiatrie » ! Ignorance, risque d'incompétence ?

Note 1 : « Les thérapies cognitivo-comportementales à la différence de la psychopathologie psychanalytique ne prennent pas en compte l'hypothèse selon laquelle les symptômes relèvent de l'inconscient, de la sexualité infantile et du travail du sujet par sa propre vérité. Elles s'intéressent à modifier ses comportements et ses pensées. Si elles sont amenées à intégrer à travers la recherche des cognitions et des émotions du patient des aspects de son histoire subjective, cette prise en compte vise à « corriger » celles-ci pour modifier le comportement puis la conduite. Le but n'est pas que le sujet ait une connaissance de sa vie psychique. Le but est que le sujet connaisse ses réflexions (cognitions) et ses comportements en face d'une situation précise qui lui pose problème (angoisse, phobie) et qu'il agisse selon un schéma donné. » (Wikipédia, article « *Psychothérapie cognitivo-comportementale* »).

Note 2 : définition de la **neuropsychologie** (wikipédia) : discipline scientifique de la psychologie qui étudie les relations entre le cerveau et le fonctionnement psychologique (fonctions cognitives, comportements et émotions) au moyen d'observations menées auprès de sujets normaux ou de patients présentant des lésions cérébrales accidentelles, congénitales ou chirurgicales, et tout cela grâce à des applications médicales.

Note 3 : « En 10 chapitres, cet ouvrage dénonce les effets pervers et les absurdités du DSM : Collusion entre la communauté scientifique et l'industrie pharmaceutique. Pression des laboratoires pharmaceutiques à visées financières. Risques de précarisation des malades. Médication à outrance et dangerosité pour le patient. Exclusion des fondements de la psychologie. - Sur les 175 rédacteurs du DSM, 95 ont des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique. - Depuis Le DSM IV, 15 jours de symptômes de l'état dépressif suffisent pour une prescription de psychotrope. Auparavant les délais étaient de 2 mois. - Avec le DSM V, 45 millions d'Américains seront atteints de troubles mentaux, le nombre d'enfants bipolaires sera multiplié par 40, les cas d'autisme par 20. - En France, la sécurité sociale, les caisses d'allocations se basent sur le DSM pour établir les droits des malades. L'évolution des catégories entraînera la perte de ressources pour certains. - Sous couvert d'hyperactivité, de nombreux enfants ont été médicalisés aux amphétamines. - La plupart des étudiants en médecine n'auront pas d'autre approche de la psychologie que ce manuel. » (source : internet)

Note 4 : La définition de la « santé mentale » selon l'OMS : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Celle du Comité de la santé mentale du Québec est plus nuancée : « un état d'équilibre psychique d'une personne, à un moment donné, résultant d'interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels (incluant les facteurs culturels) ».

Note 5 : Dès 1976, Françoise Dolto connaît un immense succès grâce à son émission quotidienne sur France Inter, " Lorsque l'enfant paraît ". Elle répond à des lettres de parents en difficulté dans l'éducation de leur enfant. Sans prétendre donner des recettes, elle définit une attitude : chercher les raisons de chaque problème rencontré et y répondre avec la justesse que l'attitude psychanalytique lui permet.

Note 6 : « Cette répartition de l'organisation de la formation par subdivision entraîne une grande diversité des formations, en lien notamment avec les grands courants de pensées qui animent et ont animé les différents lieux de soins psychiatriques de la région. Cette diversité constitue à la fois une richesse et une faiblesse, richesse à l'échelle nationale permettant à notre pays d'être ouvert à toutes les orientations de la psychiatrie, faiblesse à l'échelon local avec un double risque : celui d'une formation privilégiant certains courants au détriment des autres et celui de l'inégalité de la qualité de la formation. » Source : site internet de l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie.