Mercredi 18 juin 2014 12h00 [GMT + 1]

NO 410

Je n'aurais manqué un Séminaire pour rien au monde – PHILIPPE SOLLERS
Nous gagnerons parce que nous n'avons pas d'autre choix – AGNES AFLALO

www.lacanquotidien.fr

TDAH : la HAS consulte

par Daniel Roy et Éric Zuliani

La Haute Autorité de Santé a ouvert depuis le 5 mai une consultation publique « pour recueillir l'avis des différents organismes, associations et institutions qui sont impliquées ou en contact avec des enfants et des adolescents susceptibles d'avoir un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ». Il s'agit de donner avis et commentaire aux « recommandations de bonne pratique » déjà élaborées en son sein. Comme l'indique Éric Favereau dans un article du journal Libération : *« Critiqué sur le dossier de l'autisme, l'organisme a adopté une approche ouverte pour la prise en charge des hyperactifs ». Faisant un pari – raisonnable – sur cette ouverture, l'Institut psychanalytique de l'Enfant–UPJL a donc donné ses commentaires aux quatre recommandations en question, dont on trouve une version préalable sur le site de la HAS, sous le titre « Conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent ayant un déficit de l'attention et/ou un problème d'agitation ».*

NOS RÉPONSES

Recommandations 1 : « Comment améliorer le diagnostic par le médecin de l'enfant »

L'enfant est ici considéré essentiellement dans le registre de son évolution neuro-développementale et l'ensemble des documents donne une priorité à cette dimension.

La première pétition de principe est de considérer le médecin comme l'interlocuteur privilégié de difficultés rencontrées par un enfant. S'il l'est, c'est sans aucun doute au titre de « médecin de famille », et à ce titre son privilège n'est pas contestable. Néanmoins, la conception d'un dispositif de soins sur le modèle de prise en charge d'une affection somatique introduit un biais initial, qui diffuse sur l'ensemble des recommandations. En effet, s'il est tout à fait respectable que des parents se saisissent du terme « d'hyperactivité », diffusé largement dans les médias, pour désigner certains symptômes présentés par leur enfant dans le milieu familial ou scolaire, ce terme n'a pour les professionnels pas plus de pertinence que ceux « d'instabilité », ou « d'agitation », en tant qu'ils sont purement descriptifs. Le respect de cette nomination n'est en rien la reconnaissance de son appartenance à une entité syndromique.

Seconde pétition de principe : il s'agit de reconnaître un syndrome déjà défini par rien d'autre que sa constitution dans le DSM. Il s'agit alors « d'apprendre » au médecin et aux familles ce diagnostic tel qu'il est défini

dans ledit DSM et de chercher à l'appliquer à l'enfant rencontré, pour répondre au désarroi des parents. La démarche clinique, telle que nous la concevons, n'est pas celle-ci : le repérage des troubles méconnaît la complexité de leurs ressorts, qui relèvent de l'ensemble de la vie psychique de l'enfant, et non d'un secteur défini arbitrairement comme « l'attention » atteinte d'un « déficit cognitif ». L'idée d'un enfant « qui agit avant de penser » est une interprétation purement comportementale, là où, tout au contraire, l'enfant est d'une sensibilité extrême aux interpellations et au regard de l'entourage, face auxquels il élève des défenses psychiques et motrices dont sa conduite paradoxale n'est que la manifestation symptomatique.

Faute d'apercevoir ces ressorts, une liste interminable de troubles est toujours susceptible de s'allonger sous la rubrique de la « co-morbidité », référée uniquement à la question de l'adaptation, méconnaissant ce dont l'enfant est le siège : hallucination, délire à bas bruit, mais aussi angoisses, pensées obsédantes, phobies, etc.

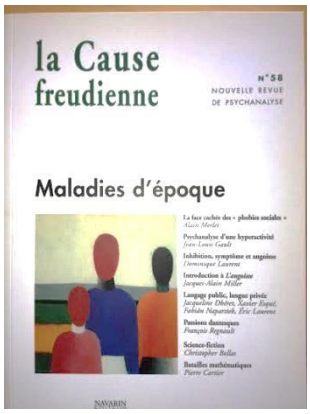
Les techniques d'évaluation évoquées, sur la base d'échelles et de questionnaires, ainsi que la conception restreinte de l'orientation sont alors les pendants logiques des pétitions de principe initiales, mais ne répondent pas à ce qui fait le tourment de l'enfant et des parents.

Il est à noter l'absence de référence à l'organisation des soins pédopsychiatriques en France, avec la richesse de l'offre de soin tant dans le secteur privé que dans le secteur public, adossée à de nombreux professionnels attentifs à la souffrance des enfants et des familles, professionnels pour lesquels cette catégorie TDAH est une entité mal formée, fourre-tout, que l'on qualifie de « trouble » et non comme « maladie », mais à laquelle pourtant l'on tente d'appliquer un modèle médical qui a sa pertinence dans son domaine propre, mais qui se trouve là spécialement inadapté.

Documents permettant d'étayer votre réponse ou votre commentaire :

L'ensemble des travaux des psychanalystes d'enfant, depuis M. Klein sur la « Psychothérapie des psychoses » qui, en 1930, indiquait la méconnaissance profonde en matière de psychose ou de névrose grave chez l'enfant, en

passant par Winnicott, Frances Tustin, Françoise Dolto, jusqu'aux travaux récents de l'Institut de l'Enfant (*Le savoir de l'enfant,* Paris, Navarin, 2013).



Daniel et Maryse Roy, « Hyperactivité : ordre et désordres », Revue *La Cause freudienne,* n° 58, Navarin éditeur, octobre 2004.

François Gonon, « La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? », Revue *Esprit,* novembre 2011.

Recommandations 2 : « États des lieux des modalités de prise en charge par le spécialiste après le diagnostic de TDAH »

À partir d'un diagnostic parfaitement théorique (TDAH) reposant sur des données d'observation comportementale, il est à noter que les premiers traitements suggérés sont les TCC et qu'est privilégié comme « efficace » le traitement médicamenteux par le méthylphénidate. Les approches psycho-dynamiques sont dites « ne pas constituer un traitement spécifique du TDAH », ce qui est parfaitement exact dans la mesure où c'est le diagnostic de TDAH qui, dans une perspective psycho-dynamique orientée par la psychanalyse, apparaît comme une entité diagnostique fort peu « spécifique » face à la particularité des symptômes de l'enfant. Nous pensons en effet que les diagnostics de type DSM et les traitements afférents (TCC) ne correspondent à aucun fonctionnement humain vrai. Cette recommandation balaie d'un revers de main tout le travail d'écoute et d'action de milliers de praticiens qui, en institution ou en libéral, œuvrent chaque jour auprès d'enfants en grande difficulté et de parents en détresse. Ainsi, les « consultations thérapeutiques », bases en France de tout le travail clinique des praticiens de l'enfance, se trouvent reléguées à un item parmi d'autres alors qu'elles constituent le cœur des prises en charge des symptômes de l'enfant dans la plupart des CMP et des CMPP, ainsi que dans les cabinets des psychiatres de l'enfant. Ces consultations thérapeutiques sont les points pivots où peuvent s'élaborer avec l'enfant et les parents un projet d'orientation.

Enfin, de nouveau, nous voyons resurgir le problème de la co-morbidité, véritable usine à gaz qui fera sourire dans quelques années, et qui place les « troubles psychiatriques » comme finalement secondaires.

Documents permettant d'étayer votre réponse ou votre commentaire :

Ce sont les documents sur lesquels repose cette recommandation qui devraient être examinés avec attention : quelle est leur provenance ? Nous retrouvons cette doxa se répétant à l'identique sur les sites internet qui traitent de l'hyperactivité, du TDAH et des enfants dits « précoces ».

Concernant l'absence de théorie neurobiologique solide en matière de THADA, nous renvoyons ici à la méta-analyse réalisée par F. Gonon, CNRS UMR 5227, J.M. Guilé, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université P. et M. Curie, D. Cohen, CNRS UMR 8189, « Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, volume 58, août 2010.

Recommandations 3 : « Rôle du médecin de premier recours dans la prise en charge »

Il nous paraît dommageable de réduire le rôle du médecin traitant qui, il y a quelques temps encore, prétendait à un « colloque singulier » avec ses patients, à celui d'informateur pour ne pas dire de « super préfet ». Les médecins le voudront-ils ? Ils nous le diront.

Que dire de la recommandation « d'orienter vers un spécialiste ayant une bonne connaissance du trouble » ? Qui va donc évaluer les « bonnes connaissances » des spécialistes ?

Nous ne citerons ici que la troisième proposition des États généraux de la pédopsychiatrie réunis le 4 avril 2014 sous l'égide de la SFPEADA :

Proposition 3 : La pédopsychiatrie développe une approche multidimensionnelle prenant en compte l'enfant dans sa globalité, respectant son développement et ses potentialités évolutives. Elle s'appuie sur une pluralité des modèles de compréhension. Elle demande une reconnaissance de ses compétences diagnostiques et s'inquiète du découpage symptomatique ainsi que de l'inflation du recours à des centres experts.

Recommandations 4 : « Rôle du médecin de premier recours dans le suivi, une fois le diagnostic posé par le spécialiste »

Dans cette perspective de traitement, seule l'adaptation (à l'école, à la réalité, etc.) est prise en compte. Cette seule référence est grave. Un enfant qui ne fait pas de bruit, n'a pas de troubles du comportement, bref qui se tient bien, n'est pas forcément en bonne santé. Il lui arrive de fomenter derrière cette inhibition (qui est aussi un symptôme) des pensées inquiétantes. Les faits divers parfois en témoignent qui soulignent la gentillesse et la discrétion de tel adolescent qui vient de commettre le pire.

Encore une fois, il semble que soient ignorés les dispositifs de soin et d'accompagnement déjà en place pour les enfants et adolescents présentant des symptômes de souffrance psychique. Ces dispositifs spécialisés sont à même de repérer la gravité des pathologies en cause, d'apprécier les capacités de l'entourage de l'enfant à en accueillir les conséquences, de mobiliser les différents acteurs intervenant auprès de l'enfant pour la prise en compte de ces conséquences concernant son intégration sociale et scolaire.

Conclusion

Les classifications de type DSM sont vaines, voire dangereuses, pour l'avenir des enfants dont les tourments sont de plus en plus méconnus.

Ces classifications font exister des troubles qui conviennent aux seuls traitements TCC ou médicamenteux. Il est désolant de voir une Agence de l'État se mettre au service d'approches qui se sont constituées dans les pays anglo-saxons sous la pression de la concurrence libérale et des prises en charge des soins par les assurances privées, exploitant le désarroi des parents, alors que se trouve négligé le travail accompli depuis les années 1950 sous l'égide des divers ministères en charge de la santé publique, tissant un réseau de vigilance et de soins pour l'enfant en difficulté : secteurs de santé mentale, psychologie scolaire, PMI, institutions médicales et médico-sociales.

Ces classifications et ces approches s'avancent sous l'habillage de la scientificité, alors qu'elles fourmillent de biais méthodologiques qui ne

résistent pas à un examen attentif de leur rhétorique souvent spécieuse (cf. les articles de François Gonon).

Documents permettant d'étayer votre réponse ou votre commentaire :

L'Institut psychanalytique de l'Enfant, comme d'autres instituts ou associations scientifiques, recueille de très nombreux cas cliniques – issus d'un travail de mise en série des interventions de praticiens qui participent aux groupes d'étude et de recherche, aux laboratoires interdisciplinaires, aux institutions –, où l'on aperçoit que les ressorts qui sous-tendent les troubles sont divers ; que le diagnostic est toujours sur mesure pour chaque cas ; que le pronostic est lui aussi diversifié et les traitements particularisés.

C'est un paradoxe : les partis pris de départ qui se veulent a-théoriques relèvent pourtant d'un redoutable choix idéologique avec lequel nous ne sommes pas d'accord. Ce choix propose en effet aux enfants et aux parents de s'inscrire dans un dispositif reposant pour l'essentiel sur le déficit et le handicap, et aux professionnels de se faire les gestionnaires de prescriptions standardisées.

Tombeau pour une jaculation
par Nathalie Georges-Lambrichs

Il est là face à nous dans la lumière attendant que la salle se remplisse. Elle se remplit. Il tâte son poitrail, son ventre, son gosier (comment les nomme-t-il, lui ? Il les palpe, les passe en revue, les chauffe doucement du bout des doigts, ou soudain très fermement creuse un profond sillon central dans son ventre proéminent). Son silence, son application font résonner l'inconsistance des bruits de voix dans la salle. Incontinence généralisée, chacune ou chacun qui a un voisin l'accable de choses inessentielles, c'est la loi du genre. Dont Jean-Quentin Châtelain ne s'attriste pas ni ne s'égaye, étant là, en silence, préparant le moment où il ouvrira les vannes au texte qu'il a dans le corps. *Kaddish pour l'enfant qui ne naîtra pas*. C'est une reprise.

La scène du théâtre de l'œuvre est classique. Il ne peut donc pas comme en 2005 à Montmartre ou à Toulouse apparaître en pied, sur cette île dont les manuscrits feuille à feuille formaient les bords (l'écume). Il se penche. Il est en prise avec « nous ». Il nous apprend ce que c'est qu'écrire, dire l'impossible au sujet de la paternité, de la vie (le meilleur moyen de se suicider), d'Auschwitz, le mal terriblement explicable, si explicable que lui, dit-il, c'est plutôt le bien qui l'intéresse, et ce qui peut faire à l'être un destin, s'il ne cède pas sur une certaine liberté. Qu'une toux se manifeste ou un craquement et il reprend aussitôt les deux ou trois mots qu'elle a risqué d'atténuer. Il ne nous fait pas grâce d'un mot, étant devenu le texte, dans sa littéralité absolue. Un texte qui dit le ravage de la parole, sa capacité destructive, métaphore du silence de mort. Il n'est plus qu'une phrase car la phrase de *Kaddish* est une, elle se produit du néant et rentre dans le néant auquel elle nous a arrachés et suspendus deux heures de rang, faisant de nous les tombes où elle résonne.

Ne le manquez pas.

Kaddish pour l'enfant qui ne naîtra pas, jusqu'au 29 juin au Théâtre de l'Œuvre, 55, rue de Clichy, 75009 Paris, 01 44 53 88 88 - http://www.theatredeloeuvre.fr/

LU CE JOUR

par Éric Laurent

12 juin 2014

Brésil. Mondial 2014. On ne lit pas le cerveau.

La cérémonie d'ouverture a déçu, mais le premier ballon a néanmoins été lancé par un paraplégique aidé d'un exosquelette, le BRA-Santos Dumont, mis au point par le médecin brésilien Miguel Nicolelis et l'Institut international des neurosciences de Natal. Le harnachement est lourd, la mobilité est limitée, mais la jambe a bougé. Comment apprécier l'événement ? Il y a d'un côté les neuromanes qui, à partir de cette amplification des intentions de mouvement du corps, en concluent que « les techniques actuelles permettent donc de reconstruire l'expérience personnelle d'un individu à partir de l'activité de son cerveau » et puis passent tout de suite à la lecture des pensées et autres fariboles. C'est la position d'Angela Sirigu qui tient régulièrement chronique dans *Le Monde*. Elle commentait par anticipation l'ouverture du Mondial le 4 juin par un article et intitulé « Lire dans les pensées les intentions ». Et puis, il y a la réaliste description de l'appariement de la machine et du cerveau. **Nous sommes loin de la métaphore de la « lecture ».**

Lu sur le Point.fr, publié le 12 juin 2014 à 9h52, les propos du professeur Pierre-Marie Lledo, directeur de recherche au CNRS et à l'Institut Pasteur rapportés dans l'article « Coupe du monde 2014 : un petit pas pour l'homme, un grand pas pour la science ! » :

« Comment cet exosquelette fonctionne-t-il ? Le patient est doté d'un dispositif électronique dans le cerveau, de type encéphalogramme, donc non intrusif, et d'un petit boîtier dans son dos, qui reçoit les informations du cerveau. **La machine, avec laquelle le patient a dû travailler pendant des heures pour une adaptation réciproque, va comprendre les messages envoyés et adapter ses décisions.** L'exosquelette va ainsi recevoir des impulsions électroniques du dos, qui, lui-même, reçoit des informations du casque… **Le cerveau se met alors à réapprendre des signaux qui lui étaient, a priori, incongrus.** »

12 juin 2014

Lacan lu à l'envers

> Éric Zemmour commente la récente parution de « Les révolutions de l'amour : sexe, couple et bouleversement des normes de 1914 à nos jours », de Blanche Pericaud et Vincent Vidal-Nacquet.

Lu dans Le Figaro, *la chronique d'Éric Zemmour, « La révolution sexuelle n'a rien changé »* (signalé par Jacques-Alain Miller) :

« À la fin du livre, on n'a pas une mais deux révolutions dans le siècle, qui s'enchaînent, se complètent et se contredisent à la fois : la première, la plus

importante, la plus déterminante, mais la plus oubliée, est celle de l'amour, qui dès les années 1930, subvertit les mariages arrangés d'autrefois. La seconde est la plus connue, la plus médiatisée, mais la pus incomprise aussi : celle de la « libération sexuelle » des années 1960 et 1970, résumée par la phrase de Lacan : « Ne jamais céder sur son désir. » La première exalte le couple, la seconde l'individu. Celle-ci est masculine, celle-là féminine. »

> Zemmour propose une interprétation du dit de Lacan qui va à rebours de ce dont il s'agit. Ne pas « céder sur son désir », c'est l'envers du « jouir sans entraves ». Pour ne pas céder sur son désir, il faut savoir se tenir à carreau là-dessus. Ce que Lacan pensait de la dite « révolution sexuelle » des années 1960 et du sexo-gauchisme, il l'a dit dans *Télévision* : « Aucune effervescence […] ne saurait lever ce qu'il atteste d'une malédiction sur le sexe, que Freud évoque dans son *Malaise*. Si j'ai parlé d'ennui, voire de morosité, […] comment méconnaître que ces deux affects se dénoncent – de propos, voire d'actes – chez les jeunes qui se vouent à des rapports sans répression, le plus fort étant que les analystes dont ainsi ils se motivent leur opposent bouche pincée. Même si les souvenirs de la répression familiale n'étaient pas vrais, il faudrait les inventer, et on n'y manque pas. »
> Et puis, pour ne pas considérer les années soixante comme un retour du masculin, il suffit de lire *Encore*.

13 juin 2014

Les pilules prises dans le mur du langage. Comment lire le mode d'emploi ?

Lu dans le JIM, on line, « Black box warnings sur les antidépresseurs ou l'enfer pavé de bonnes intentions ! » du Docteur Alain Cohen, publié le 22 mai 2014, commentaire de Isacsson G. et Ahlner J. : Antidepressants and the risk of suicide in young persons – prescriptions trends and toxicological analyses. Acta Psychiatr Scand., 2014 : 129 : 296-302

« Depuis 2003, des avertissements se sont élevés en Europe et aux États-Unis, contre l'usage trop important de médicaments antidépresseurs, en particulier chez les enfants et les adolescents. De plus, on a dénoncé un

risque suicidaire pouvant paradoxalement « *être aggravé* » par la prescription de certains antidépresseurs (vraisemblablement non accompagnés d'anxiolytiques pour contrer ce risque lié à la levée inopinée des inhibitions, alors que les sentiments « suicidogènes » de dévalorisation restent encore présents), et des mises en garde (*black box warnings*) contre ce risque d'effet pervers ont été insérées sur les boîtes des médicaments antidépresseurs ainsi incriminés. Problème, ces avertissements semblent eux-mêmes avoir suscité un nouvel effet paradoxal : des sujets ayant réellement besoin d'un traitement l'ont récusé, et la mortalité par suicide paraît avoir augmenté, non plus par un effet indésirable des médicaments, mais désormais suite à l'absence de traitement ».

16 juin 2014

Bloomsday. Ce qui s'écrit.

Lu sur le site du « James Joyce Center Dublin » :

Why did Joyce choose 16 June 1904?

« We believe that on that day Joyce went out with Nora Barnacle, his future wife, for the first time. Joyce and Nora met for the first time on Friday 10 June 1904 on Nassau Street, near Finn's Hotel where Nora worked. They arranged to meet again on Tuesday 14 June, outside Sir William Wilde's house on Merrion Square. Joyce turned up for the meeting but Nora didn't. Joyce wrote to her at the hotel on 15 June asking if she would like to make another arrangement. According to Joyce's biographer, they went walking

together in Ringsend on 16 June and **Joyce later told Nora 'You made me a man.'**

Some incidents in Joyce's life during the summer of 1904 became material for Ulysses. On 20 June, a drunken Joyce was thrown out of a National Theatre Society rehearsal in a hall on Camden Street: at the end of episode 9 (of Ulysses) this incident is ascribed to Stephen. On 22 June, Joyce was involved in a drunken altercation which left him with a black eye and other injuries. In Ulysses, Stephen becomes involved in a similar altercation with an English soldier at the end of episode 15. »

(Illustration en haut : James Joyce and Nora Barnacle à Londres le jour de leur mariage en 1931)

Lacan Quotidien

publié par navarin éditeur

INFORME ET REFLÈTE *7 JOURS SUR 7* **L'OPINION ÉCLAIRÉE**

▪ comité de direction

présidente eve miller-rose eve.navarin@gmail.com

rédaction catherine lazarus-matet clazarusm@wanadoo.fr

conseiller jacques-alain miller

▪ rédaction

coordination catherine lazarus-matet clazarusm@wanadoo.fr

comité de lecture pierre-gilles gueguen, catherine lazarus-matet, jacques-alain miller, eve miller-rose, eric zuliani

édition cecile favreau, luc garcia, bertrand lahutte

▪ équipe

▪pour l'institut psychanalytique de l'enfant daniel roy, judith miller

▪pour babel

-Lacan Quotidien en argentine et sudamérique de langue espagnole graciela brodsky

-Lacan Quotidien au brésil angelina harari

-Lacan Quotidien en espagne miquel bassols

- pour Latigo, Dalila Arpin et Raquel Cors

- pour Caravanserail, Fouzia Liget

-pour Abrasivo, Jorge Forbes et Jacques-Alain Miller

diffusion éric zuliani
▪designers viktor&william francboizel vwfcbzl@gmail.com
▪technique mark francboizel & olivier ripoll
▪médiateur patachón valdès patachon.valdes@gmail.com

▪ suivre Lacan Quotidien :

▪ecf-messager@yahoogroupes.fr ▫ liste d'information des actualités de l'école de la cause freudienne et des acf ▫ responsable : éric zuliani
▪pipolnews@europsychoanalysis.eu ▫ liste de diffusion de l'eurofédération de psychanalyse
▫ responsable : gil caroz
▪amp-uqbar@elistas.net ▫ liste de diffusion de l'association mondiale de psychanalyse ▫ responsable : oscar ventura
▪secretary@amp-nls.org ▫ liste de diffusion de la new lacanian school of psychanalysis ▫ responsables : dominque holvöet et florencia shanahan

▪ EBP-Veredas@yahoogrupos.com.br ▫ uma lista sobre a psicanálise de difusão privada e promovida pela AMP em sintonia com a escola brasileira de psicanálise ▫moderator : patricia badari ▫ traduction lacan quotidien au brésil : maria do carmo dias batista

POUR ACCEDER AU SITE LACANQUOTIDIEN.FR CLIQUEZ ICI.

• *À l'attention des auteurs*

Les propositions de textes pour une publication dans Lacan Quotidien sont à adresser par mail (catherine lazarus-matet clazarusm@wanadoo.fr) **ou directement sur le site lacanquotidien.fr en cliquant sur "proposez un article",**
Sous fichier Word ▫ Police : Calibri ▫ Taille des caractères : 12 ▫ Interligne : 1,15 ▫ Paragraphe : Justifié ▫ Notes : en fin de texte, taille 10 •

•*À l'attention des auteurs & éditeurs*

Pour la rubrique Critique de Livres, veuillez adresser vos ouvrages, à NAVARIN ÉDITEUR, la Rédaction de Lacan Quotidien – 1 rue Huysmans 75006 Paris. •