

— anne dupanloup —

Le succès médical et social d'une psychopathologie : l'hyperactivité infantile.

S'appuyant sur une recherche menée dans le cadre d'une thèse sur *La prise en charge médicamenteuse des enfants diagnostiqués hyperactifs*, le présent article se propose de dégager quelques-unes des hypothèses - provisoires - qui émergent au fur et à mesure de cette investigation¹ dans le but de discuter quelques aspects de la sociologie de la psychiatrie et du brouillage de la classique frontière entre santé et maladie mentale et son corollaire social : normalité et pathologie.

Si l'hyperactivité touche une frange marginale de la population infantile (estimée entre 3 et 5 % dans les pays occidentaux), le problème n'en reste pas moins fortement médiatisé et suscite une controverse publique qu'il est nécessaire d'interroger sociologiquement. L'accroissement d'intérêt pour ce trouble mental n'est toutefois pas uniquement lié à une sur-enchère médiatique : dans les milieux spécialisés, il constitue le trouble infantile le plus étudié. Par ailleurs, malgré toutes les nuances qu'il faut apporter aux données épidémiologiques, on assiste à une augmentation effective des prescriptions de psychotropes aux enfants déclarés hyperactifs.

Dans cet article, après avoir brièvement discuté le point de vue sociologique mis en œuvre dans cette étude, nous procéderons en deux temps : tout d'abord une interrogation sur les critères diagnostiques (leur construction socio-historique) et sur le traitement médicamenteux associé à cette pathologie infantile nous permettra d'expliquer en partie son succès médical, puis nous nous pencherons sur les enjeux de la constitution d'un problème de santé publique de manière à comprendre les raisons de son succès social et médiatique.

Problème psychiatrique et problématique sociologique

Précisons en préambule que le regard sociologique posé ici sur les théories et les actions psycho-médicales qui se mettent en place autour de ces enfants instables ne cherche pas à évaluer, d'un point de vue clinique, leur validité et leur efficacité, mais vise bel et bien à dégager des indicateurs sociologiques au-delà des critères inhérents au champ de la psychopathologie qui examine habituellement la question de l'hyperactivité infantile.

S'intéresser au *Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité* (TDA/H, appellation officiellement admise à ce jour), c'est se trouver au carrefour de multiples problématiques : expertise psychiatrique, usage des psychotropes, inadaptation scolaire, normes de comportements, mode de régulation des multiplicités individuelles, représentations de l'Enfance, configuration éducative, relations familles-écoles, politiques de prévention, construction des savoirs médicaux et production de techniques thérapeutiques, développement des « métiers de l'humain ». S'il est évidemment impossible de couvrir de manière exhaustive ces différentes problématiques et de présenter ici les outils conceptuels qui servent leur analyse, il peut être utile de préciser le point de vue théorique global que nous considérons comme pertinent pour l'analyse sociologique d'une *pathologie* psychiatrique.

Partant d'un point de vue qualifié de *constructiviste*, nous considérons les pratiques diagnostiques et les traitements qui sont associés à l'hyperactivité comme des données historiquement construits. Cette perspective conduit à penser une entité psychiatrique comme le produit de logiques et phénomènes par lesquels une société traduit des réalités sociales en termes de pathologie. Néanmoins, pour éviter l'écueil *dépolitisé* (« toutes les réalités se valent ») et le risque ultra relativiste (qui poserait le problème comme une réalité sans substrat) auxquels peut conduire une perspective purement constructiviste, il est essentiel de compléter cette approche par une lecture *réaliste* permettant de dégager les conditions d'émergence et de légitimation des discours ou des pratiques psychiatriques et de saisir leur impact social.

Parler de construction sociale appelle une approche diachronique de la question visant à saisir sa dynamique (processus de constitution d'un *problème*). Si le constat sur la polémique qui bat son plein autour des enfants hyperactifs est facile à établir, celui de l'émergence d'une *nouvelle* pathologie mentale ou

¹ À l'instar de la *grounded theory*, c'est dans un travail de va et vient constant entre le matériel empirique et le bagage théorique que se définit plus précisément la problématique et que s'élabore l'analyse. Ce travail étant en cours, les réflexions présentées ici ne sont pas abouties. Cette note me donne l'occasion d'exprimer toute ma reconnaissance à A. Ehrenberg, D. Fassin, R. Rechtman dont les travaux et les séminaires - dispensés à l'EHESS en 2000-2001 - ont fortement inspiré l'analyse proposée ici, ainsi que mes remerciements à tous ceux qui ont encouragé et soutenu la rédaction de cet article.

de l'augmentation des enfants hyperactifs est autrement ambigu, car la démonstration d'une telle nouveauté ou progression supposerait qu'il y ait - à un moment donné - un lieu objectivable de la maladie mentale. Les limites d'une approche historique de la vie subjective n'impliquent cependant pas qu'il faille renoncer au regard socio-historique sur les discours et les pratiques qui s'instituent autour de cet *objet* aux contours insaisissables. Elles obligent toutefois à rester vigilant sur les risques d'interprétation anachronique et à garder à l'esprit le fait que l'étude effectuée à un moment précis est un arrêt sur image d'une problématique en mouvement, dont il faut précisément prendre la mesure et saisir le moteur. Ces considérations posent donc un certain nombre de balises (théoriques et méthodologiques) à notre problématique : plus que *le syndrome* lui-même et l'efficacité thérapeutique, c'est l'ensemble des énoncés et des pratiques (leur production et leur réception sociale) qui constitue l'objet de cette étude. Pour ces différentes raisons, notre analyse ne porte pas uniquement sur les discours des spécialistes en matière d'hyperactivité infantile, mais également sur les énoncés *profanes*, publics ou médiatiques. L'analyse de ces informations disparates ne vise pas à distinguer, en les opposant, les discours scientifiques et le sens commun, mais cherche plutôt à comprendre comment s'articulent le contexte social (en termes de demande et de réception) et le champ psychiatrique (ses dispositifs cliniques et thérapeutiques). Ainsi la question n'est pas tant d'examiner la *vérité* des énoncés, mais bien de prendre la mesure des représentations et des arguments que mettent en scène les témoignages publics et les débats scientifiques.

C'est pourquoi, sans nier l'effectivité psychosomatique du problème et la souffrance qu'un tel état engendre, d'un point de vue sociologique, la pathologie mentale est avant tout abordée comme un donné social qui existe objectivement (plus ou moins formellement institué et légitimé) et subjectivement (reconnu, intériorisé, valorisé, vécu, ressenti) et qui est fonction : de l'élaboration d'un vocabulaire permettant de désigner un *trouble* mental, d'une nomenclature classificatoire qui le délimite et le distingue d'autres entités morbides, de procédures légitimes de reconnaissance diagnostique, d'instruments de mesure et d'évaluation, de dispositifs d'écoute des plaintes ou des souffrances exprimées, de structures de prise en charge des *cas*, ainsi que de tout un univers normatif, symbolique et pratique qui dépasse le seul champ de la clinique.

Postulant, à l'instar d'Ehrenberg (1998), que les manières de raisonner et de définir les maladies mentales sont le reflet des mutations sociales en cours, nous verrons que l'hyperactivité infantile, nous plonge au cœur de l'articulation dialectique du champ psychiatrique (ses modèles théoriques et ses démarches thérapeutiques) et du champ social plus large (scolaire, familial, médical). Nous l'aurons compris, il ne suffit pas de limiter l'analyse à la seule configuration des spécialistes de la maladie mentale pour comprendre la dynamique de la construction des savoirs et des techniques pédopsychiatriques, leurs raisons et leur diffusion sociale. Néanmoins, pour la clarté de l'exposé, nous commencerons par discuter les dispositifs psychiatriques (diagnostics et thérapeutiques) concernant l'hyperactivité infantile, dans le but de les mettre en perspective - dans un deuxième temps - avec le contexte sociopolitique de leur production et diffusion.

1. Succès médical d'un trouble psychiatrique infantile

Ce qui frappe, tout d'abord, lorsqu'on se penche sur le sujet, c'est le manque de consensus sur la définition même de la pathologie ainsi que l'imprécision des données épidémiologiques et étiologiques. Ainsi, le premier constat est celui d'un flou conceptuel qui, non seulement détonne avec les arguments plutôt arrêtés de la polémique, mais qui contraste également avec le caractère pour le moins déterminé de la décision thérapeutique qui consiste dans nombre de cas à prescrire à des enfants parfois très jeunes un dérivé d'amphétamine² dont les effets à long terme sont mal connus.

La psychiatrie infantile dans ses grandes lignes

Puisqu'il est impossible de détailler la mouvance de cette entité pathologique, nous nous contenterons de mettre en regard de manière quelque peu abrupte deux définitions séparées par un peu plus d'un siècle. Cette mise en perspective nous obligera à constater à la fois que le problème n'est pas nouveau et en même temps que la manière de l'aborder et de le traiter fait l'objet de différences notables. Partant de la description de *l'instable* que proposent

² Le méthylphénidate, connu sous le nom de Ritaline et classé comme stupéfiant dans le Compendium Suisse des médicaments, est soumis à un certain nombre de précautions d'usage. Il semble que l'application effective de ces règles de prescription soit autrement plus ambiguë que les décrets théoriques ne le postulent.

Binet et Simon (ci-dessous), nous retracerons dans ses grandes lignes l'émergence d'une psychiatrie infantile et ses principales orientations, de manière à discuter la récente sédimentation de ce trouble dans un manuel psychiatrique qui sert aujourd'hui de référence : le DSM-IV.

«Ils ont le caractère irritable, le corps toujours en mouvement, ils sont réfractaires à la discipline ordinaire [...] Ils sont turbulents, bavards, incapables d'attention... Ils témoignent de méchanceté vis-à-vis de leurs camarades et d'indiscipline vis-à-vis du maître... Le principal ressort de l'instable, c'est la gamme des penchants égoïstes» (Binet et Simon, 1907, 8).

Il est évidemment nécessaire de situer cette description dans son contexte *psycho-médical* du moment. Relevons tout d'abord que Binet, qui dirigeait alors une commission d'étude sur *l'enfance anormale*, cherchait à remanier les classifications nosologiques des aliénistes (qui distinguaient à cette époque trois types d'arriération : *l'idiot*, *l'im-bécile* et le *débile*) de manière à développer une psychologie au service de la pédagogie, instaurant du même coup l'idée d'une éducatibilité de ces enfants *anormaux* (jusqu'à-là considérés comme incurables). Bien que cela n'apparaisse pas dans l'extrait cité ci-dessus, ce pédagogue - connu aujourd'hui pour ses travaux de psychométrie, prémisses des célèbres échelles de QI - a placé, au cœur de son ordination des déficiences mentales, l'intelligence. Cette dernière va dès lors opérer «comme le maître d'œuvre des différentes facultés dont dispose l'esprit (attention, mémoire, imagination, jugement) pour parvenir à la réalisation des buts. Dans cette opération, elle leur donne une direction dont la finalité est l'adaptation» (Pinell et Zafiroopoulos, 1983, 50). Ainsi se déploie une réorganisation des théories sur la déficience mentale qui, instaurant une continuité théorique entre normalité et anormalité, donne un caractère central aux notions d'adaptation et d'écart à la norme (conçue comme une moyenne). L'expertise psychométrique se voit dès lors assigner l'objectif pratique de distinguer le simple ignorant et le *débile*, objectif qui écarte le danger symbolique que suscite leur proximité théorique. Cette expertise qui opère par discrimination autour du concept d'intelligence, s'accompagnera assez rapidement de la mise à l'écart de l'inadapté scolaire dans le but de lui offrir des structures d'encadrement pédagogique particulières. Cette nouvelle conceptualisation de l'anormal - inintelligent mais éducatible - donne une

impulsion au développement de *l'Éducation spéciale*, et aboutit à la mise en place de dispositifs institutionnels de prise en charge : les classes de perfectionnement et les classes d'adaptations (loi de 1909 en France), les classes spécialisées (à Genève, ainsi qu'à l'émergence de nouveaux acteurs : les *psychopédagogues*).

Pinell et Zafiroopoulos (1983), dans *Un siècle d'échecs scolaires 1882-1982*, relèvent avec justesse que l'émergence du problème de l'inadaptation infantile et l'institutionnalisation d'une psychologie clinique et expérimentale sont étroitement liées à la mise en pratique de l'obligation scolaire. S'instaure dès lors un phénomène qui ne cessera de s'accroître au fil du siècle de superposition des préceptes éducatifs et des critères de catégorisation psychiatriques, phénomène qui non seulement brouille la frontière entre normalité et pathologie, mais contribue également à donner une caution psycho-médicale aux normes sociales (nous aurons l'occasion d'y revenir).

De manière schématique, le mouvement dit *d'hygiène mentale* qui se développe depuis les années 50, dont le projet est non seulement pédagogique mais aussi préventif, est tiraillé entre des influences diverses, parfois opposées : d'un côté, sous l'influence de la neuropsychiatrie et des découvertes psychopharmacologiques, on assiste à une forte médicalisation des déficiences mentales ; d'un autre côté, la psychologie génétique (J. Piaget) et l'émergence de la psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent (A. Freud, M. Klein, F. Dolto, D.W. Winnicott, etc.) dynamisent les conceptions de la pathologie mentale. Aujourd'hui encore, contrairement aux apparences et aux affirmations de certains de ses représentants, les connaissances en *matière* de psychiatrie infantile ne se sont pas stabilisées et le champ reste polarisé autour de ces deux grandes perspectives (qui véhiculent des théories de l'humain et des modèles étiologiques différents) : la psychanalyse et ses filiations (les approches psychodynamiques), et la psychiatrie dite *scientifique* (d'orientation cognitivo-comportementale) qui trouve son principal représentant dans l'*American Psychiatric Association* (APA)³. Ainsi, les psychopathologies - et l'hyperactivité en particulier - continuent d'être appréhendées de manière passablement divergente selon que les spécialistes se réclament d'un courant de pensée ou d'un autre (en cela, et parce qu'il s'agit de divergences fondamentales, la controverse sur le

sujet risque de ne pas s'épuiser de sitôt). La composition de ces courants théoriques distincts est un enjeu primordial de la structuration du champ psychiatrique et un des moteurs majeurs de sa dynamique. À cela s'ajoutent des traditions institutionnelles et des politiques de santé publique qui divergent fortement selon les contextes nationaux⁴.

Le DSM dans le champ de la psychiatrie

Néanmoins, dans ce paysage théorique complexe, trois grandes classifications des troubles mentaux dominent aujourd'hui la scène de la psychiatrie mondiale : la Classification Internationale des Troubles mentaux et des Troubles du Comportement de l'OMS (CIM / ICD), le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux (DSM, produit par l'Association de Psychiatrie Américaine), La Classification Officielle Française des Troubles Mentaux. Force est de constater toutefois que, depuis une vingtaine d'années, la classification américaine s'est imposée comme base théorique éminemment reconnue en matière d'hyperactivité infantile et qu'elle sert actuellement de référence majeure aux prescripteurs de Ritaline (psychiatres, médecins généralistes, pédiatres). Ainsi, sans nier les divergences susmentionnées, notre analyse se penchera plus particulièrement sur la construction de ce manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM, qui a massivement contribué à l'objectivation du syndrome, à sa définition symptomatique, à sa légitimation scientifique, à l'établissement de données épidémiologiques sur le sujet.

Kirk et Kutchin (1998) proposent une brillante analyse du triomphe de cette entreprise de classification des troubles mentaux menée par l'APA qui a beaucoup œuvré dès le milieu des années 70 pour la refonte complète et la diffusion massive du DSM-III (1980) et ses versions suivantes (DSM-III-R, 1987, DSM-IV, 1994). A cette époque-là, le projet de l'APA visait à réhabiliter l'image de la psychiatrie comme discipline scientifique, image alors passablement discréditée par le courant antipsychiatrique qui dénonçait avec vigueur l'enfermement asilaire et émettait de sérieux doutes sur la validité des critères diagnostiques alors en usage. L'enjeu était de taille puisqu'il s'agissait de faire reconnaître sa pratique comme spécialité médicale à part entière, d'être consignée dans le système de protection sociale qui se mettait en place et de s'assurer une position légitime dans la mouvance des structures institutionnelles du moment. Il faut dire que l'élaboration d'un

tel manuel de classification a fortement été stimulée par la politique de santé publique, telle qu'elle s'est établie aux Etats-Unis (qui a abouti aujourd'hui au «Management Care») : en effet, parce qu'il oblige les médecins à assigner un diagnostic justifiant toute ordonnance, ce système assurantiel a fortement encouragé l'élaboration de ces nomenclatures nosologiques, susceptibles de fournir une légitimité à la *souffrance psychique* et à sa prise en charge.

Dans ces conditions, la *souffrance psychique* s'impose de plus en plus comme l'élément discriminant (et brouillant) le pathologique du non pathologique, et fonctionne comme l'horizon de justification des décrets diagnostiques et des interventions thérapeutiques. L'important n'est plus tant de savoir si l'individu consultant est *réellement malade*, voire de débattre la validité des catégories nosologiques utilisées pour désigner son *mal-être*, l'important est de prendre en compte sa plainte et tenter de soulager sa souffrance. Si l'on pense que Magendie⁵, au milieu

³ Si la psychanalyse a révoqué la conception ontologique de la maladie au profit d'une vision globale du malade et a contribué à gommer la frontière franche entre le normal et le pathologique, la psychiatrie américaine, elle, s'attèle à classer, catégoriser, discriminer les troubles mentaux. De manière extrêmement grossière, l'approche psychanalytique et la perspective physiopathologique se distinguent sur les points suivants (qui sont des tendances) : alors que la première met l'accent sur l'acquis (l'apprentissage, le processus de construction de soi, les interactions), la seconde se focalise plutôt sur l'inné (le support biogénétique et physio-chimique d'un phénomène psychique) ; alors que la première tente, de manière plus incertaine, de cerner les processus, la seconde met en lumière des états ; alors que la première s'intéresse à l'aspect subjectif du problème (éléments symboliques et inconscients), la seconde recherche sa dimension objective ; alors que la première - discréditée par le scientisme et l'empressement vis-à-vis du changement qui caractérisent nos sociétés contemporaines - connaît un déclin, la seconde bénéficie d'une légitimation scientifique renforcée. Malgré une volonté proclamée d'articulation de ces deux pôles, cette dichotomie séculaire (basée sur le dualisme corps-esprit) persiste à structurer les logiques de pensée.

⁴ L'ancrage institutionnel et l'influence théorique de la psychanalyse (qui ne constitue d'ailleurs pas une école homogène) n'ont pas du tout connu un développement analogue en France et aux USA, par exemple.

⁵ F. Magendie (1783 -1855) est un médecin français, pionnier de la physiologie expérimentale. S'intéressant à l'action des substances chimiques sur la moelle épinière, il sera le promoteur de l'étude expérimentale des médicaments (entre autres les toxiques et l'anesthésie), à l'origine de la pharmacologie.

du XIXe, affirmait que «la souffrance des gens n'intéresse pas la science», on réalise l'ampleur du changement qui s'opère : l'élargissement inédit du champ d'investigation de la psychiatrie, à qui l'on assigne dorénavant le rôle de s'occuper de ce que Rechtman appelle «les avatars de la normalité souffrante».

En fait, cette nouvelle psychiatrie qui s'institue dans le dernier quart du XXe reprend en quelque sorte à son compte les critiques de l'antipsychiatrie, arguant sa volonté de déstigmatiser la maladie mentale, d'éviter le préjudice social d'une intervention psychiatrique et de défendre les démunis ou les marginaux en les faisant reconnaître par le système assurantiel en vigueur. D'un point de vue théorique, l'effort mené pour se débarrasser des conceptions péjoratives de la psychopathologie aboutit par exemple à la disparition - dans le DSM-III (1980) - de la notion de maladie, au profit de celle de *trouble mental*, moins connotée et moins stigmatisante. Cette illusoire tentative de neutralisation de l'étiquetage psychiatrique s'appuie également sur un argument épistémologique majeur - tout aussi illusoire - avancé par les auteurs du DSM-III : l'empirisme *pur* de leur approche et un soi-disant consensus généralisé⁶ qui suffirait à se débarrasser de tout soubassement théorique (souvent dénoncé comme idéologique dans les sciences humaines). Ainsi, les catégories nosologiques qui émergent ou se redessinent au fur et à mesure des nouvelles versions du DSM, sont considérées par les auteurs, et bon nombre de ses lecteurs, comme étant le produit d'une démarche purement descriptive (l'observation neutre de symptômes), débarrassée de considérations étiologiques. Cette apparente objectivité pragmatique, panachée de progressisme, vient justifier la multiplication et la modification des entités nosologiques (Kirk et Kutchin parlent d'une *obsolescence programmée* des catégories diagnostiques). La mouvance de ces catégories ne serait qu'un pur reflet des plaintes enregistrées et des souffrances exprimées, qui elles-mêmes se modifient dans le temps et en fonction des contextes sociaux. Ainsi, l'épingleage des normes sociales (par définition changeantes) et leur objectivation dans des catégories psychiatriques flexibles, étant considérés comme le résultat d'un recensement pragmatique des problèmes socialement énoncés, désamorce la critique du caractère normatif des critères nosologiques. Par ailleurs, dans le but d'assurer la fiabilité des diagnostics psychiatriques (ce que les épidémiologistes

appellent la «fidélité interjuges») les critères de reconnaissance des troubles se limitent, dans ce manuel, à des symptômes comportementaux, facilement observables, voire mesurables grâce aux outils psychométriques (tests, questionnaires standardisés, échelles d'évaluation) que les chercheurs - souvent membres de l'APA - développent parallèlement. C'est donc dans un esprit positiviste et selon une perspective essentiellement *behavioriste* (contrairement à l'*athéorisme* revendiqué par les auteurs) que se trame cette nomenclature classificatoire des troubles mentaux qui s'impose comme référence majeure sur la scène psycho-médicale internationale.

Car en effet, cette entreprise de l'APA n'est pas restée confinée outre-atlantique : ses innombrables productions, qui ont acquis la primauté théorique dans le domaine de la *psychiatrie scientifique*, s'imposent de manière hégémonique sur la scène internationale (l'APA est aujourd'hui détentrice de la majorité des revues de psychiatrie mondialement reconnues), à tel point que le DSM tend à prendre la place de la classification des troubles mentaux de l'OMS⁷. Si la validité du DSM ne fait pas l'objet d'un consensus, celui-ci n'en demeure pas moins de nos jours, un étalon de référence incontournable (à partir duquel les praticiens se positionnent : pour ou contre). Bien que les opposants et autres critiques de cette nomenclature nosologique sont nombreux et qu'ils occupent parfois d'éminentes positions, nous ne pouvons que constater - n'en déplaise à cer-

⁶ L'analyse effectuée par Kirk et Kutchin dans *Aimez-vous le DSM, le triomphe de la psychiatrie américaine, ainsi que celle proposée par R. Rechtman dans son séminaire Ethnisation de la psychiatrie (EHESS 2000-2001) montrent par exemple que la capacité de l'APA à intégrer ses opposants dans les groupes de travail du DSM vise plus à désamorcer la critique d'une orientation théorique partielle qu'à leur offrir la possibilité effective de faire valoir leur point de vue critique.*

⁷ Depuis la parution du DSM-III, au début des années 80, qui témoignait déjà d'un effort d'articulation avec la CIM-9 (classification de l'OMS, 1977), les liens entre ces deux références semblent s'être resserrés et le sens de l'influence inversé, du moins dans le domaine des troubles mentaux. En effet, la dernière nosographie de l'OMS (CIM-10, 1992) cherche explicitement à se rapprocher de la classification américaine (le DSM-III-R, paru en 1987) et à rendre compatibles ses critères de classification. Il serait même prévu que la 11e révision de la CIM devienne purement et simplement la version ratifiée par l'OMS du DSM-V en cours d'élaboration.

tains - que le DSM est la source théorique de légitimation la plus évoquée par ceux qui usent aujourd'hui de la notion d'*hyperactivité infantile* et par ceux qui prescrivent de la Ritaline⁸.

Le Trouble du Déficit d'Attention / Hyperactivité (TDA/H) dans le DSM-IV

Cette brève présentation des caractéristiques du DSM permet de mieux comprendre la logique sociale et les principes épistémiques qui ont présidé à l'autonomisation de la catégorie *Trouble du Déficit d'Attention / Hyperactivité* (TDA/H) et à sa définition *critérisée* dans le DSM-IV. La symptomatologie du trouble fait état de 3 types d'instabilité : le déficit d'attention (instabilité mentale ou cognitive), l'hyperactivité (instabilité motrice), l'impulsivité (instabilité émotionnelle). Sans entrer dans le détail des changements qui ont affecté le regroupement de ces symptômes, nous relèverons néanmoins que le problème de l'attention s'est progressivement imposé comme central, au détriment de l'instabilité motrice reléguée à la périphérie dans le DSM-IV⁹. Le lecteur trouvera en annexe de ce texte, la liste des critères diagnostiques retenus dans la dernière version du DSM.

Par rapport à la description proposée par Binet au début du siècle, ce qui frappe dans celle du DSM-IV (cf. annexe), c'est à la fois l'affinement des critères diagnostiques (le détail des situations évoquées), leur élargissement (dans le sens où ils peuvent concerner la plupart des jeunes enfants) et surtout le fait de consigner les normes scolaires ou les facteurs contextuels comme faisant partie des symptômes psychologiques. Si l'écart à la norme est omniprésent du fait de la constante comparaison au *niveau de développement pour un âge donné*, celui-ci est supposé établi et connu, sans être pourtant jamais explicité. En même temps, cette référence à la norme est énoncée dans un langage - en apparence - moins moraliste que les termes utilisés par Binet (dont certains : «réfractaires», «méchanceté», «égoïsme», supposent l'intentionnalité de l'enfant). Par ailleurs, l'adverbe *souvent* qui apparaît quasiment dans chacune des descriptions symptomatiques témoigne de l'ambiguïté de l'évaluation qualitative et de la difficulté à pondérer la gravité de la différence comportementale (pour les éducateurs et les spécialistes qui remplissent des questionnaires d'évaluation diagnostique). En fait, l'idée d'inadaptation, donc d'inadéquation entre un comportement individuel et des attentes contextuelles - temporel-

lement scandée par sa correspondance avec des stades de développement (implicitement admis) - opère comme objectivation du concept de *fonctionnement social normal*. Le DSM fonde d'ailleurs toute sa classification sur cette idée qu'une souffrance, un trouble ou un problème sont reconnus comme «cliniquement significatifs» lorsqu'il y a «altération du fonctionnement social ou professionnel» (DSM-IV, 1996, 8), ce qui contribue à brouiller les frontières entre *handicap social* et *handicap psychiatrique*. Dans ce processus, s'instaure un rapport d'évidence entre l'inadaptation sociale - conceptualisée comme «gêne fonctionnelle» -, la souffrance psychique et le trouble psychiatrique. Comme nous aurons l'occasion de le voir plus loin, ce lien direct et systématique est à notre avis étroitement lié à un ordre moral et à une politique de la responsabilité (cristallisés dans la figure du malade ou du *normal neuro-psychologiquement trouble*), propres aux sociétés démocratiques contemporaines.

L'analyse de ce processus de réification de l'(in)adaptation sociale montre qu'en intégrant dans ses catégories nosologiques des éléments extérieurs (des normes sociales, un ordre moral, des *problèmes* liés aux conditions scolaires et à la vie urbaine), le champ de la psychiatrie infantile répond à une demande sociale qui dépasse de loin la question médicale. L'entité psychiatrique apparaît donc comme un indicateur sociologique à double titre (correspondant à deux moments de sa constitution) : lors de l'élaboration des nomenclatures psychiatriques, on assiste à un processus d'intégration et d'objectivation d'un ensemble de normes produites

⁸ Il faut dire que les psychanalystes (et les approches psychodynamiques) ont longtemps ignoré l'hyperactivité comme entité autonome, la considérant plutôt comme un symptôme parmi d'autres d'une pathologie plus large (dépression, névrose, états limites...). Face à l'indéniable publicité du DSM et au succès médiatique de cette catégorie nosologique, il semble que les représentants de ces écoles, enjoins de réhabiliter leur conceptualisation, commencent à se pencher sur la question. Ainsi, nous interpréterons la récente publication d'un ouvrage français sur le sujet (*L'hyperactivité infantile : débat et enjeux*, ss. Dir. de J. Ménéchal, Dunod, Paris, 2001 - préfacé par R. Mises, professeur émérite de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent), qui apparaît comme une sorte de contrepied théorique obligé.

⁹ Dans la version précédente : le DSM-III-R (1987), ce trouble porte le nom de : «*Trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention*».

à l'extérieur de ce champ psychiatrique (en cela, une analyse sémiologique des symptômes peut nous informer sur le seuil mouvant et arbitraire de la (l'a)normalité; puis dans un deuxième temps, ces normes dès lors *subjectivées* et naturalisées, que le champ clinique a doté d'un label médical et scientifique, sont réintroduites dans le monde social (il s'agit de voir comment, et à quel escient).

La conséquence majeure de cette superposition des normes psychiatriques et des données contextuelles est que la teinte sociale des normes de comportement s'estompe au profit de leur psychologisation, ce qui n'est pas sans effets sur le type de prise en charge mis en place ; car une traduction médicale d'un dysfonctionnement social engendre une intervention tout à fait différente qu'une conception sociale (et/ou psychodynamique). Comme nous allons le voir, il semblerait que le raisonnement par la *pathologie* offre, de nos jours, une marge d'action plus grande qu'une vision sociologique de l'inadaptation (apparemment embourbée dans un profond fatalisme).

Il est donc temps de se pencher sur la prise en charge thérapeutique des enfants diagnostiqués hyperactifs. Suivant une voie initiée par Ehrenberg dans son étude sur la dépression (1998), c'est par la molécule prescrite que nous allons maintenant aborder ce trouble aux contours flous. Dans le cadre de cet article, nous nous intéresserons essentiellement à la détermination progressive de l'indication de la Ritaline pour le traitement du TDA/H. Sans ignorer le fait que l'enfant hyperactif est généralement pris en charge de manière *multimodale*¹⁰, cette focalisation sur la chimiothérapie se justifie d'une part, parce que l'efficacité de la Ritaline paraît être un facteur explicatif important de l'évolution récente de cette catégorie nosologique, de son succès médical mais aussi social, et d'autre part, parce que ce produit est au cœur de la controverse médiatique sur le sujet.

Un produit étonnamment efficace

La prescription du *méthylphénidate* (terme générique de la Ritaline, dérivé d'amphétamine) aux enfants présentant des problèmes de comportements (*Behavior Disorder*) n'est pas nouvelle : à la fin des années 50, un certain nombre d'articles américains en font déjà état. Néanmoins, à cette époque, l'usage d'un tel produit auprès des enfants était exceptionnel, d'ordre expérimental et réservé

aux «cas graves» (les enfants en institution). Le «syndrome hyperkinétique» était alors déjà évoqué, mais il ne constituait pas encore l'indication par excellence de ce médicament. Cette molécule, découverte au milieu des années 40, a connu une extension non linéaire de son indication et de fortes différences internationales. Quoi qu'il en soit, compte tenu de l'obsolescence des critères diagnostiques qui limite la comparaison diachronique des données épidémiologiques sur le sujet, nous partirons du simple constat d'une augmentation effective de la prescription de Ritaline dès les années 60 et d'un élargissement de la population concernée, que l'on estime aujourd'hui s'élever - selon les sources - entre 5 et 20 % des enfants américains scolarisés (donc intégrés dans un cursus dit normal). Notons, à ce propos, que l'Amérique a une expérience bien plus établie que l'Europe en matière de consommation infantile de psychostimulants. Depuis la découverte, par le laboratoire Suisse Ciba-Geigy (aujourd'hui Novartis), du *méthylphénidate* dans les années 40, la grande majorité de sa production est d'ailleurs écoulée sur le marché outre-atlantique¹¹. Or, l'évolution de sa posologie semble dénoter certains anachronismes, si l'on considère la construction *tardive* des catégories diagnostiques pour lesquelles il est aujourd'hui prescrit et leur mouvance.

Sans entrer dans les détails de l'analyse, il est possible de dégager, depuis une trentaine d'années, deux mouvements théoriques distincts : d'un côté, une explication de plus en plus fine de l'effet de cette molécule chez les enfants ; de l'autre, l'autonomisation d'une entité nosologique par un regroupement

¹⁰ Les types de prises en charge psychothérapeutiques de ces enfants sont multiples et diversifiés : thérapies comportementales, psychomotricité, orthophonie, aide psychologique familiale, conseils éducatifs à l'entourage (scolaire et familial), relaxation, exercices d'attention, biofeedback, techniques d'auto-instruction et de renforcement. Certains estiment par ailleurs qu'un régime alimentaire visant à éliminer les phosphates aurait fait ses preuves dans le traitement de l'hyperactivité.

¹¹ Ainsi, les Etats-Unis constituent un terrain privilégié pour qui cherche à expliquer la sociogenèse de cette psychopathologie et son traitement médicamenteux. Pour mesurer l'ampleur de cette différence internationale, il faut savoir qu'en France le produit n'a obtenu son autorisation de mise sur le marché qu'en 1996 (si les Américains ont un rapport presque traditionnel aux stimulants, les Français, eux, ont une consommation beaucoup plus élevée de neuroleptiques).

pement de symptômes caractéristiques de plus en plus précis. Le consensus aujourd'hui établi autour de la posologie du *méthylphénidate* - actuellement reconnu comme étant le médicament par excellence susceptible de traiter l'hyperactivité infantile - témoigne d'une adéquation quasi parfaite de ces processus explicatifs. Les essais thérapeutiques étant antérieurs à la construction de l'entité pathologique (et ses critères diagnostics) qui s'est imposée depuis comme indication première du médicament, nous posons l'hypothèse que l'usage de la Ritaline, son efficacité thérapeutique et l'explication de son mode d'action a participé à la genèse de cette pathologie infantile ou, pour être plus exact, à l'évolution récente de sa définition diagnostique et sa cristallisation dans le DSM-IV (1994).

Dans le registre de la sociologie des sciences, cette assertion nous autorise à penser que les découvertes médicales, tant nosologiques que thérapeutiques, ne suivent pas la logique généralement (peut-être naïvement ?) admise qui voudrait que l'on recherche, conformément au principe d'expérimentation, un traitement pour soigner une pathologie donnée. L'hypothèse inverse, selon laquelle l'entité nosologique TDA/H a été remaniée pour répondre à l'effet thérapeutique d'un psychotrope, paraît être la plus pertinente dans le cas de l'hyperactivité infantile¹². Sans avoir l'espace ici pour justifier ces réflexions, nombreux sont les éléments qui permettent d'affirmer que l'usage clinique de ce psychostimulant a joué - et joue encore - un rôle non négligeable dans : l'organisation théorique du TDA/H (dont les définitions s'affinent à chaque nouvelle version du DSM), son autonomisation par rapport à d'autres troubles (condition d'un diagnostic différentiel, donc d'une prescription médicamenteuse ciblée), l'élaboration des pronostics (qui tendent à chroniciser le trouble) et l'orientation des interprétations étiologiques.

Parce que la Ritaline améliore (chez les 3/4 des sujets traités), quelques heures après la première prise, les symptômes jugés problématiques (favorisant la concentration, le contrôle de l'impulsivité et diminuant l'agitation motrice), son efficacité, rapidement visible et massivement reconnue, est bien souvent évoquée comme argument de validité de l'entité nosologique et comme preuve de la présence du syndrome¹³.

Alors que la plupart des spécialistes admettent que

les causes du TDA/H ne sont pas connues et que l'on ne peut dissocier les éléments biogénétiques et les facteurs psychosociaux (conception de la maladie qu'Aronowitz (1999) qualifie d'*holiste*) l'efficacité de cette substance et la connaissance que nous avons de son action sur les neurotransmetteurs semble entériner l'imputation d'une cause essentiellement neurobiologique à ce trouble infantile (conception *ontologique* de la maladie, chez Aronowitz). L'effet quasi miraculeux de la Ritaline et la confiance accordée aux prescripteurs - car le milieu médical bénéficie d'une solide légitimité scientifique - donne une caution forte aux hypothèses étiologiques qui mettent l'accent sur la structure chimique des cellules nerveuses ou sur les fonctions exécutives cérébrales responsables de l'organisation et du contrôle comportemental (évinçant du même coup la dimension contextuelle du problème).

Ainsi nous soutenons l'hypothèse que l'arrivée des psychotropes sur le marché, et surtout leur efficacité, a non seulement contribué à sceller la validité diagnostique de l'entité TDA/H, mais a également favorisé l'ancrage d'une vision neurophysiologique - pourtant admise comme réductrice - des comportements socialement inadaptés. Cette naturalisation du problème vient certifier, en retour, la légitimité des chimiothérapies qui se généralisent en dépit de l'incertitude concernant leurs effets secondaires, au point de supplanter parfois les approches psychothérapeutiques ou éducatives (c'est du moins la tendance qui se profile aux USA¹⁴), dont les effets à court terme sont moins notables et le coût plus élevé.

Dans ce débat autour de la légitimation d'une pathologie et de son traitement, l'industrie pharmaceutique est évidemment partie prenante. Notons au passage que cette dernière finance non seulement

¹² A. Giami, dans un colloque sur le «gouvernement des corps» (Paris, février 2001), propose une analyse sur les médicaments et la sexualité (en l'occurrence le Viagra) qui soutient également l'hypothèse qu'une définition nouvelle de l'impuissance masculine a émergé dans le but de légitimer l'usage d'un médicament et son remboursement.

¹³ D'un point de vue scientifique pourtant, on a montré d'une part, que cette molécule avait également un effet chez les sujets normaux, et on admet d'autre part, que la relation entre le mécanisme par laquelle le méthylphénidate agit au niveau mental et comportemental de l'enfant et l'état du système nerveux central n'est de loin pas élucidée. (voir *Compendium des médicaments 1999* : www.kompendium.ch).

l'APA mais également certaines associations passablement actives dans la diffusion de l'information concernant ce trouble infantile et dans la publicité du traitement qui l'accompagne. Relevons également que la vente de Ritaline ramène à Novartis plus de 240 millions de francs suisses par an et qu'il y a tout lieu de penser que ce marché a un bel avenir devant lui¹⁵. Ainsi, sans tomber dans une conception machiavélique qui postulerait de manière schématique que cette entité diagnostique a été inventée pour vendre un produit, nous ne pouvons nier le rôle fondamental joué par l'industrie pharmaceutique dans la diffusion de cette pathologie et sa publicité. Le facteur pharmaceutique n'est toutefois pas suffisant pour comprendre l'augmentation des prescriptions de Ritaline aux enfants diagnostiqués hyperactifs, d'autant que dans le même temps une forte méfiance à l'égard des amphétamines s'est développée, suite à la dénonciation alarmante du risque de dépendance (physiologique et/ou psychologique) que leur consommation peut entraîner.

II. Succès social d'une pathologie et de son traitement

Si l'analyse jusqu'ici proposée visait à comprendre le processus de médicalisation de l'inadaptation infantile, il convient maintenant de considérer l'impact social de cette naturalisation du problème, dans le but de dégager les enjeux politico-sociaux de cette *clinique des inadaptations infantiles* (pour reprendre un concept de Pinell et Zarifopoulos, 1983). Car si la thérapie chimique est médicalement efficace, elle l'est aussi socialement, dans la mesure où elle répond à de multiples attentes sociales, comme le montrera l'analyse succincte de la controverse - largement médiatisée - sur le sujet.

Plaintes sociales et souffrance psychique

Comprendre le succès social de l'hyperactivité implique de faire un détour par l'analyse des plaintes qui amènent les parents à consulter pour leur enfant. La plainte des adultes qui entourent l'enfant étant à l'origine de la prise en charge thérapeutique, il est intéressant de voir de qui elle émane concrètement, quels en sont les motifs, dans quelles circonstances et dans quel but elle s'exprime. Pour ce faire, nous nous appuyons sur quelques entretiens effectués auprès de personnes concernées (parents, enseignants, psychologues), la participation à diverses conférences sur le sujet et la lecture de documents médiatiques (presse, sites Internet,

forums de discussions). Cette analyse des arguments de la négociation nous permettra de questionner, d'une part, le regard des éducateurs (leur *seuil de tolérance*) qui conduit au décret d'hyperactivité et, d'autre part, les motivations d'un traitement médicamenteux dont on connaît mal les effets à long terme.

L'école est un acteur central dans le repérage et le signalement des enfants hyperactifs. Ce sont bien souvent les enseignants qui suggèrent (de manière plus ou moins imposante et menaçante) aux parents la nécessité d'une intervention psycho-médicale, arguant le caractère *ingérable* de ces enfants au sein du groupe-classe. Pour convaincre les parents réticents, la menace d'exclusion de l'enfant du cursus scolaire normal est généralement brandie et ce, pas tant pour des questions de *potentiel intellectuel*, que pour des raisons d'ordre comportemental. La question de l'intelligence, dont nous avons vu qu'elle était au cœur de la conceptualisation de Binet, s'est fortement déplacée dans la clinique de l'inadaptation qui se dessine autour du TDA/H : en effet, les discours actuels sur les enfants hyperactifs mettent précisément l'accent sur le fait que leur inadaptation n'a rien à voir avec leur intelligence - parfois au-dessus de la moyenne¹⁶ - mais est essen-

¹⁴ Nous avons vu plus haut que la polémique autour du traitement médicamenteux de l'hyperactivité qui envahit depuis quelques années seulement la scène médiatique européenne, a émergé il y a plus de vingt ans outre-atlantique. Analyser les enjeux de son dénouement est un révélateur intéressant mais limité de ce qui pourrait se profiler ici dans les années à venir. En effet, cette expérience américaine, qui est constamment mise en scène dans la controverse qui anime actuellement l'Europe, sert deux argumentations opposées : d'un côté « l'idéal américain » procure une solide confiance (la consommation de psychostimulant étant une pratique courante, les Américains posséderaient des connaissances solides et un recul suffisant pour désamorcer la résistance au produit taxée du coup de conservatrice), de l'autre la référence outre-atlantique sert de repoussoir (dans ce cas, le progressisme américain est présenté comme une dérive dangereuse dont il faut se méfier).

¹⁵ Sans entrer dans les détails, mentionnons la tendance à pérenniser le trouble au-delà de l'adolescence (qui va probablement de paire avec l'abandon de l'explication de l'action de la Ritaline en termes d'effet paradoxal chez les enfants) et le débat, lancé aux Etats-Unis, sur l'hyperactivité des adultes qui pourraient également bénéficier d'un tel produit.

¹⁶ Il arrive même que des figures de « génie » (Mozart, Einstein...) soient associées à ce trouble (voir site Hypsos - Hyperactivité SOS - par exemple : www.hypsos.ch).

tiellement la conséquence de leur instabilité (cognitive, affective et motrice). Ainsi, si la question de l'intelligence n'a pas disparu de la rhétorique sur l'inadaptation scolaire, elle est aujourd'hui évoquée dans un but distinctif : légitimer la recension des difficultés comportementales de ces enfants comme *cliniquement significatives*, tout en leur attribuant un potentiel intellectuel *normal*.

L'analyse sémiologique des caractéristiques de cette psychopathologie infantile montre qu'elle est une manière de mettre en jeu - sur la scène médicale et le ton de l'évidence - des comportements socialement perçus comme inacceptables et intolérables¹⁷. Il est clair que les difficultés de concentration, l'agitation physique, l'impulsivité apparaissent comme particulièrement handicapantes dans un contexte qui valorise la pensée scolastique, le travail intellectuel, la maîtrise de soi, l'harmonie (le non-conflit) et la sédentarité. Que l'instabilité infantile *fasse problème* aujourd'hui est non seulement fonction du corpus culturel (l'ensemble des préceptes éducatifs, des normes, des exigences sociales, le seuil de tolérance et l'économie psychique des adultes) qui s'impose à l'enfant dès son jeune âge, mais est également révélateur d'un rapport au temps marqué par une impatience certaine. Nous pensons que l'inquiétude vis-à-vis de la stabilité psychique (individuelle) se pose avec plus d'acuité dans un contexte devenu instable du fait de l'accélération du changement social (qui creuse le fossé intergénérationnel), de l'élargissement du champ des possibles et de l'assouplissement (apparent) des modes de régulation¹⁸. Or une culture aussi *flexible*, qui par ailleurs admet la continuité entre pathologie et normalité, incite à un souci de prévention précoce accru.

Si l'on considère que dans le cas de l'hyperactivité la plupart des pronostics admettent que les symptômes s'atténuent avec le temps et ne se prolongeraient à l'âge adulte que dans un tiers des cas, on peut s'étonner de la précocité des chimiothérapies qui s'imposent parfois dès l'âge de 6 ans et se prolongent sur plusieurs années, en dépit des effets incertains d'une consommation à long terme de psychostimulants sur des cerveaux en plein développement. Ce hiatus dans l'application du principe de précaution relève à notre avis de cette attention omnisciente, perpétuelle mise en examen, armée du regard et du savoir qui, parce qu'elle contrôle dans les moindres détails de leur vie, ces êtres en devenir pour s'assurer de leur *bonne* intégration, finit par

rendre extrêmement pointus, suspicieux, intransigeants, impatients peut-être, mais aussi prévoyants, les regards éducatifs (scolaires et familiaux) et les logiques d'action (dispositifs de contrôle) qui les accompagnent.

Ainsi, au-delà des discours sur la liberté individuelle, l'autonomie, le bien-être et l'épanouissement, nous pensons que les *nouvelles pédagogies*, le développement de la psychiatrie infantile (et les sciences sociales en général) contribuent à faire de la vie sociale un grand laboratoire où l'observation vigilante de chaque individu, sa catégorisation permanente, son évolution contrôlée cherchent à prévoir l'avenir incertain de la vie collective (par la connaissance de la vie individuelle). L'accumulation de ces savoirs fournit des lunettes nouvelles et légitimes qui modifient les représentations de l'humain en devenir et la possibilité d'agir sur son développement (construction identitaire). Il est à notre avis indéniable que la publicité faite à l'hyperactivité (et la médiatisation des psychopathologies en général), vient affûter les regards des éducateurs en leur offrant de nouvelles grilles de lecture de la normalité comportementale et en multipliant les figures de vulnérabilité.

Ce repérage précoce implique de multiples négociations entre les différentes instances éducatives gravitant autour de l'enfant scolarisé, dont les relations sont complexes, plus ou moins orientées, teintées d'opposition ou de collaboration, de concurrence ou de partenariat. Comme nous l'avons montré dans une étude sur *La place du psychologue dans le système scolaire* (1998), la problématique du partage des actions éducatives intervient de manière centrale dans la définition, la désignation et la gestion des enfants *problématiques*. L'analyse de la configuration des agents éducatifs, la négociation de leur

¹⁷ Ce constat ne peut que nous ramener aux travaux d'Elias, qui a précisément ouvert la voie à l'étude des liens entre sociogenèse et psychogenèse, pour montrer la dimension sociale et historique de l'économie psychique, des seuils de tolérance, de la subjectivité.

¹⁸ Qu'on ne s'y trompe pas : ces assertions, sur la flexibilité des institutions traditionnelles ou le desserrement des structures d'appartenance et des modalités de pouvoir, réfutent la conclusion trop souvent avancée d'une désinstitutionnalisation massive de nos sociétés, car la libération de l'individu ne le dispense pas des contraintes sociales (et il n'y a pas lieu de penser que leur niveau d'exigence ait baissé) et parce que - comme le montre A. Ehrenberg dans *l'individu incertain* (1995) - c'est l'individualité qui s'est instituée en lieu et place de l'apparente décontraction du conditionnement social.

position respective et de leur pouvoir de décision - que nous ne pouvons développer ici - nous amène à soutenir l'hypothèse qu'un réseau de plus en plus large de gens formés professionnellement et spécialisés dans certains domaines (pédopsychiatres, médecins, psychologues, assistants sociaux, éducateurs, etc.) vient agrandir le banc des agents éducatifs officiellement désignés pour s'occuper des enfants¹⁹. Dans cette nouvelle configuration, les *experts de l'humain* se multiplient et s'instituent, arguant que leur action vient soutenir ou combler les lacunes des agents éducatifs traditionnels (l'école et la famille) ; ce qui n'est pas sans affecter les rapports entre sphère privée et sphère publique.

L'analyse des arguments de la négociation qui se joue entre ces différents acteurs (l'école, les familles, les pédopsychiatres, les associations de représentants des patients) au sujet des enfants hyperactifs est un révélateur particulièrement prolix des enjeux de cette *clinique de l'inadaptation*. Nous l'avons dit, les enseignants sont enjoint au dépistage des enfants qui présentent précocement des signes d'inadaptation et leur regard, doté d'outils psychométriques, est de plus en plus pointu en matière de psychopathologie. Il n'est pas anodin de constater que les associations de défense de parents d'enfants hyperactifs, qui sont particulièrement actives dans la diffusion de cette notion, revendiquent une meilleure formation des agents scolaires sur le sujet, dans le but de favoriser un repérage précoce²⁰. Si les enseignants ne sont pas habilités à poser un diagnostic, ils sont néanmoins susceptibles d'orienter les parents vers une prise en charge psycho-médicale ou d'exiger au minimum un bilan psychologique, voire de suggérer l'existence de ce syndrome psychiatrique²¹. Nombreux sont les témoignages qui montrent que les agents scolaires sont bien souvent à l'origine de la plainte conduisant au *signalement* de ces enfants et qu'ils ont un rôle central dans la diffusion et l'usage de cette catégorie psychiatrique, dont nous avons vu d'ailleurs que l'établissement des symptômes est étroitement lié aux normes scolaires.

L'échec scolaire (effectif ou anticipé) - qui a pris de nos jours une couleur majeure sur la palette des risques d'exclusion sociale encourus par les individus en devenir - est la raison première qui conduit au décret d'hyperactivité et à sa prise en charge thérapeutique. La plupart du temps la rhétorique autour de l'exclusion scolaire est étayée d'un autre argument important, puisqu'il fonctionne, nous l'avons vu, comme horizon de légitimation de l'intervention psy-

chiatrice : la souffrance de ces jeunes patients ; et plus précisément celle encourue par leur différence (c'est du moins les sentiments qui leur sont attribués, puisque leur point de vue est généralement médiatisé par la parole des adultes). Dans le cas de l'hyperactivité, la souffrance soulagée par la prise en charge thérapeutique n'est donc pas celle causée par le syndrome lui-même, mais celle engendrée par les conséquences sociales des symptômes : en l'occurrence, un ensemble de comportements inadaptés.

L'autorité désincarnée et la souveraineté du corps

L'autre argument qui apparaît de manière récurrente pour rendre raison d'une consultation pédo-psychiatrique ou d'une prescription médicamenteuse, c'est celui de la souffrance des parents qui se disent littéralement épuisés par leur enfant, désarçonnés face à la situation, impuissants et rongés par la culpabilité. Ainsi, sans nier le désarroi qu'engendre le diagnostic d'hyperactivité, familles et psychiatres racontent le soulagement que peut représenter, pour certains parents, un tel décret. L'annonce de la maladie viendrait désamorcer la peur ou l'accusation d'être de «mauvais parents». Ces réactions révèlent une représentation étiologique sous-jacente partagée - dont nous avons vu qu'elle n'était pas démontrée scientifiquement - à savoir l'origine neurophysiologique de ce trouble mental. En effet, alors que de nombreux bilans psychologiques mettent en question le contexte familial et raisonnent les symp-

¹⁹ Cette division du travail éducatif donne une certaine invisibilité et inconsistance au pouvoir et permet aux agents de se dégager de la responsabilité - culpabilisante - de cet exercice coercitif, fortement dénoncé dans notre société puisqu'antinomique de l'idéologie de la liberté du sujet.

²⁰ À Genève, par exemple, le Service Médico-Pédagogique (instance du Département de l'Instruction Publique, chargée d'effectuer, entre autres, les bilans psychologiques des élèves inadaptés) d'obédience psychodynamique tente plutôt de freiner la vulgarisation de cette notion, par crainte d'un usage abusif, arguant que le diagnostic clinique ne peut être posé par des non-spécialistes. Ces différends ont conduit l'association Hypsos à déposer une pétition contre les pratiques du SMP, devant le Conseil d'Etat, pétition qui n'a pas abouti, mais à partir de laquelle il a été formellement admis que les enseignants se devaient d'être mieux informés sur cette pathologie.

²¹ Pour avoir interrogé quelques étudiants en formation se destinant à l'enseignement primaire à Genève, sur leur conception de l'hyperactivité, on peut s'étonner de leur réponse pour le moins radicale : «l'hyperactivité infantile est une maladie qui se soigne avec un médicament appelé Ritaline».

tômes de l'enfant comme des réactions symboliques en lien avec une situation affective et relationnelle singulière, l'hyperactivité infantile évoque plutôt un état neurobiologique donné, quasi-indépendant de ces données contextuelles. Cette déculpabilisation des parents est la preuve que le processus de naturalisation de l'inadaptation sociale et son codage pathologique sont enracinés dans les mentalités et qu'ils fonctionnent efficacement.

L'ancrage de cette représentation s'explique également par le fait qu'elle s'accorde avec l'idéal de *l'innocence infantile* qui a cours dans notre société. Nombreux sont les discours (profanes et spécialisés) sur les enfants hyperactifs qui tentent explicitement d'amender l'idée d'une conduite délibérée de l'enfant et de rectifier, par exemple, l'interprétation de son manque d'application comme étant de la paresse ou le résultat d'un refus volontaire. Ainsi, l'usage de la pathologie comme cause de comportements intolérables véhicule une figure singulière du déviant : non pas coupable d'une action consciente ou intentionnelle (il ne s'agit plus de *méchanceté*, comme chez Binet, ni de réaction inconsciente et symbolique, comme pour la psychanalyse), mais victime ; un type particulier de victime : celle qui est en proie à ses gènes et à son fonctionnement neuropsychologique, et non pas celle qui subit un préjudice ou une injustice sociale. Cette focalisation sur le corps (*déficitaire ou instinctif*) jette un voile de silence sur l'auteur de l'action : l'enfant qui n'obéit pas n'est plus perçu comme sujet agissant, ses actes ne sont plus interprétés comme l'expression d'une réaction contextualisée ; elle désamorçe du coup l'interrogation sur l'intentionnalité de celui qui *ne fait pas lien*. Cette conception organiciste de l'individu «souverain», «propriétaire de lui-même» (qu'incarne la figure de *l'enfant roi*, ou l'idée de *l'autonomie infantile*), viendrait en quelque sorte alléger, lorsque l'échec ou l'exclusion menace, le poids de sa responsabilité personnelle. Par ailleurs, cette représentation permet la reconnaissance d'une transmission intergénérationnelle et d'un lien de filiation entre parents et enfants également dénués d'intentionnalité, puisque dans le débat sur l'hyperactivité, l'accent est mis sur un apport génétique (fonctionnement inné) et non sur l'héritage culturel et symbolique (comportements acquis).

Ainsi, la médicalisation des difficultés scolaires (contrairement à la psychologisation, qui contient en

filigrane l'énonciation de la responsabilité familiale, voire celle de l'enfant comme agent mû par une intentionnalité symbolique) favorise l'entente entre les différents acteurs concernés par le problème, qui s'allient autour d'un noble combat : aider l'enfant à s'intégrer, tout en respectant son *autonomie*. En désamorçant le jeu d'imputation de la responsabilité, la pathologie permet de reconnaître le problème et de le prendre en charge, tout en ménageant les susceptibilités interpersonnelles et en évitant les conflits. Mais plus encore, cette traduction médicale des comportements inadéquats non seulement épargne le système normatif à l'œuvre et la gestion des contraintes éducatives d'une quelconque remise en question (concernant par exemple son degré d'exigence et ses modalités d'action) mais en plus le réifie en le créditant d'un label scientifique quasi intouchable pour les non-spécialistes.

Il serait toutefois limité de ne voir dans le processus de médicalisation du social que le renforcement du système normatif, car ce codage psychiatrique de l'inadaptation semble également permettre une négociation plus flexible des conséquences encourues par l'enfant non conforme (en l'occurrence, le risque d'exclusion scolaire). En effet, la justification des comportements atypiques de l'enfant par la pathologie, autorise les parents à revendiquer un espace de tolérance plus grand auprès des agents scolaires. L'étiquette psychiatrique serait donc une manière de fournir une *biolégitimité* aux comportements perturbateurs et à la différenciation négative (stigmatisante). Dans cette négociation école-famille, la pathologie servirait de monnaie d'échange entre d'un côté, la volonté des parents de préserver l'intégration de leur enfant en cursus scolaire normal et, d'un autre côté, l'incitation qui leur est faite d'une prise en charge médicale de son inadaptation scolaire. Cette hypothèse permet de comprendre pourquoi malgré leurs appréhensions et en dépit des pronostics plutôt optimistes concernant l'évolution de ce trouble, certains parents optent finalement pour un traitement médicamenteux dont on évalue mal les risques à long terme et que l'on sait palliatif et non curatif.

De la biolégitimité au biopouvoir

Ainsi, opter pour la modification chimique des comportements dérangeants a l'avantage de sédimenter sous une chape d'évidence l'ordre scolaire et la normativité à l'œuvre, de désamorcer les conflits entre les instances éducatives, de préserver une certaine

représentation de l'enfance idéale et d'orienter la socialisation de ces cas *insupportables* tout en masquant (ou dépersonnalisant) le pouvoir d'autorité constitutif de toute action éducative. La mise sous psychotropes de ces enfants pour raison d'instabilité est à nos yeux un révélateur intéressant d'une microtechnologie diffuse et discrète du pouvoir, que Foucault appelle *biopouvoir*²². Les progrès dans le domaine des neurosciences et des découvertes psychopharmacologiques, dont nous avons vu qu'ils ont considérablement modifié le champ d'investigation de la psychiatrie en l'ouvrant sur la question de la *normalité souffrante* et en lui donnant une assise médicale dotée de scientificité, ont en effet encouragé une modalité singulière de régulation des humains, que nous pensons de plus en plus répandue dans les sociétés démocratiques. En cela, l'analyse proposée ici du succès médical et social de l'hyperactivité infantile dépasse de loin cette seule problématique et touche de manière générale à l'augmentation massive de la consommation de psychotropes. Dans un contexte comme le nôtre, marqué par une doxa individualiste, un souci de prévention accru et une rationalité économique profondément ancrée, disposant par ailleurs d'efficaces produits psychopharmaceutiques, il est fort probable que la socialisation des *inadaptés* passe de plus en plus par une sorte de *normalisation dopée* (certains parlent de «conformisme biochimique»), permettant à la fois d'éviter leur exclusion, de désamorcer l'épineuse question de la responsabilité, de diminuer les coûts sociaux d'un encadrement relationnel, tout en préservant l'illusion libertaire et égalitariste.

Résumons nos propos : au carrefour de la rhétorique argumentaire sur le décret diagnostique du TDA/H, deux dynamiques sociologiques apparemment inverses viennent se croiser. D'un côté, nous venons de le voir, de manière quelque peu paradoxale, l'usage de la *pathologie* ne fonctionne pas seulement comme le revers stigmatisant de la normalité, mais constitue également un moyen de faire valoir sa différence et d'ouvrir un espace de tolérance face à l'intransigeance de l'évaluation scolaire, par l'acquisition d'une *biolégitimité* ou d'un label médical. D'un autre côté, le traitement médicamenteux que peut engendrer un tel étiquetage (en termes de trouble mental) répond à une logique contraignante du pouvoir de normalisation, qui impose de manière précoce aux enfants des exigences élevées en matière de «maîtrise de soi» dans le but d'assurer leur conformité et leur intégration sociale.

En réfutant l'idée de l'autonomie du champ psychiatrique et en montrant que le diagnostic psychiatrique peut servir une certaine intégration, la thèse défendue ici pointe l'insuffisance des analyses issues du courant antipsychiatrique qui insistent uniquement sur le fait que la psychiatrie trace la frontière entre santé mentale et pathologie en imposant sa propre normativité et opère par exclusion ou mise à l'écart de *l'anormal*. Cette lecture disciplinaire et contraignante de l'institution psychiatrique - que Foucault a brillamment conceptualisée - est à notre avis partiellement applicable à la situation actuelle, puisque le rôle aujourd'hui assigné à la psychiatrie n'est plus tant d'exclure que d'intégrer (ce qui rejoint les travaux de Gauchet et Swain) comme en témoigne l'extension de son champ d'investigation qui ne se limite plus à la *maladie* mentale mais à la *santé* mentale des *normaux souffrants*. Cette assertion n'enlève rien au fait que le cadre théorique foucauldien reste opérationnalisable lorsqu'on réfléchit aux processus de normalisation, aux mutations de la subjectivité, à la biolégitimité et à l'exercice du biopouvoir.

De manière sommaire, nous avons montré que l'histoire des catégories psychiatriques est étroitement liée à celle de leurs prises en charge, c'est-à-dire à l'ensemble des structures qui s'organisent autour des individus inadaptés, aux enjeux de positionnement des professionnels qui les encadrent, à leur reconnaissance par les pouvoirs publics ou le système de santé en place, ainsi qu'au potentiel d'action et de contrôle qui leur est imparti, que les progrès psychopharmaceutiques ont contribué à élargir. Le boom des troubles de la normalité et plus encore le débat sur leur chronicité témoigne d'un certain glissement du rôle assigné aux professions psychomédicales dont l'objectif n'est plus tant de guérir que d'accompagner (Ehrenberg et Lovell 2001).

Ces considérations conduisent également au postulat suivant : l'énonciation des normes et des orientations morales, pour avoir été dénoncée comme contraignante, s'est diluée dans un magma de discours scientifiques qui se cristallisent autour du corps physiologique (comme ultime structure structurante) et de la santé (la pathologie devenant le mal à combattre et la gestion de soi, le symbole de l'action morale). La conséquence de ce phénomène est une

²² Nous pourrions parler de pouvoir de violence physiologique, pour reprendre et compléter la typologie bourdieusienne qui distingue pouvoir de violence physique et pouvoir de violence symbolique.

désocialisation symbolique (non effective) de la vie, et la difficulté qui s'ensuit de raisonner la dimension sociale de l'inadaptation ou de problématiser les rapports de force, l'*hétérocontrainte* et l'inégalité.

D'où l'insistance avec laquelle nous cherchons à réhabiliter le regard sociologique (qui a perdu en légitimité dans ce débat), permettant de remettre à l'ordre du jour le caractère social (interactionnel) de *ce qui fait problème* et de proposer une lecture (re)contextualisée des troubles mentaux et de leur prise en charge. Ainsi, en nous penchant sur les critères de légitimité des savoirs et des pratiques psychiatriques, nous avons fait nôtre l'hypothèse selon laquelle l'évolution nosologique et les découvertes médicales ne sont pas tant conduites par une logique cognitive ou épistémique pure (une sorte de progressisme naturel des connaissances scientifiques) que par un jeu complexe de rapports de force configurationnels²³ faisant intervenir - en amont et en aval de leur production - un ensemble d'arguments sociaux, politiques et moraux.

La réflexion développée à partir d'une psychopathologie infantile montre que, si le corps physiologique a toujours eu un rôle central dans la mise en scène de la (ou l'a)normalité, sa version *démocratique contemporaine* l'investit de manière inédite, en brouillant notamment les frontières entre santé et maladie, normal et pathologique, normalisation et différenciation.

Anne Dupanloup
anne.dupanloup@ndesign.ch

²³ En regard de cette théorie générale du changement social (théorie fortement inspirée par les travaux d'Elias menés sur les mutations de l'économie psychique), nous postulons que l'interdépendance structurelle - le partage de l'action éducative, ainsi que la proximité sans précédent des spécialistes et des patients (ou leurs représentants) - constitue le moteur de la production accélérée de savoirs nouveaux, des techniques qui en découlent et de leur hiérarchisation dans le champ des possibles.

Annexe

Critères diagnostiques du Trouble : Déficit de l'Attention / Hyperactivité, selon le DSM-IV.

A. Présence soit de (1), soit de (2):

(1) six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté ou ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

(a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités ; (b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ; (c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ; (d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes) ; (e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités ; (f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison) ; (g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p.ex., jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils) ; (h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes ; (i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

(2) six des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

(a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège ; (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis ; (c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice) ; (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir ; (e) est souvent «sur la brèche» ou agit souvent comme s'il était «monté sur ressorts» ; (f) parle souvent trop.

Impulsivité

(g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée ; (h) a souvent du mal à attendre son tour ; (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnements différents (p. ex., à l'école - ou au travail - et à la maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité).

(American Psychiatric association, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française, Paris, Masson, 1996, 100-101).

Références

American Psychiatric Association (1980), DSM-III *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ; (1988), DSM-III-R ; (1994 trad. Française 1996), DSM-IV *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux*, Paris, Masson.

Aronowitz R. (trad.1999), *Les maladies ont-elles un sens ?*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.

Binet A., Simon Th. (1907), *Les enfants anormaux*, Paris. Coll. (2000), «Michel Foucault : de la guerre des races au biopouvoir» in Cités, 2, Paris, PUF.

Dupanloup A. (1998), *Un psychologue dans l'école*, Genève, Cahiers de la section des sciences de l'éducation.

Ehrenberg A. (1995), *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.

Ehrenberg A. (1998), *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.

Ehrenberg A. Lovell A. (2001), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et Société*. Paris, Odile Jacob.

Elias N. (1973), [1939], *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy.

Elias N. (1975), [1939], *La dynamique de l'occident*, Paris, Calmann-Lévy.

Foucault M. (1994), *Dits et écrits, 1980-1988*, tome IV, Paris, Gallimard.

Foucault M. (1999), *Les anormaux*, Paris, Seuil / Gallimard.

Gauchet M., Swain G. (1980), *La pratique de l'esprit humain*, Paris, Gallimard.

Kirk S., Kutchins H. (1998), *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.

Misès R. (1992), *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, CTNERHI.

Organisation Mondiale de la Santé (1992), CIM-10 / ICD-10, *Classification Internationale des Troubles mentaux et des Troubles du Comportement*, Paris, Masson.

Pinell P., Zafiropoulos M. (1983), *Un siècle d'échecs scolaires (1882, 1982)*, Paris, Les éditions ouvrières.