

Rapport Inserm Expertise collective 2005 : trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent

Notes sur les classifications (Fiche 2)

En médecine, pour établir un diagnostic, puis une action thérapeutique et/ou préventive, pour échanger avec ses confrères, pour engager un travail de recherche rigoureux, il faut s'entendre sur un minimum de définition. Les maladies sont ainsi nommées, puis rangées, classées selon un ordre qui tente de répondre à ce que les médecins et les scientifiques ont compris du mécanisme de la maladie. Les classifications ainsi élaborées sont amenées à évoluer selon les progrès de la médecine et de la science.

Voici la définition choisie par les experts auteurs du rapport Inserm : « Le trouble des conduites est défini par les experts avant tout par la « répétition et la persistance de conduites au travers desquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui et les règles sociales » (p. 6) (définition issue des critères du DSM IV). Voici donc un « trouble », au sens de la médecine puisque nous sommes dans ce champ, dont la définition même fait appel au droit et à la règle sociale (et non classiquement à la règle biologique et à l'humain). Il aurait été donc nécessaire d'avoir des appuis et des références tant du côté des sciences fondamentales (biologie, génétique etc...) que des sciences humaines (sociologie, psychologie, psychanalyse, sciences de l'éducation, histoire, droit). Ces dernières sont presque totalement absentes de l'expertise.

Les auteurs de l'expertise se basent sur une classification américaine le DSM¹ IV, basée sur l'analyse statistique des symptômes, et utilisée à des fins épidémiologiques.

Le trouble des conduites répond chez l'enfant à deux critères :

- Le critère A : les conduites agressives envers les personnes ou des animaux, la destruction de biens matériels, les fraudes ou vols, les violations graves des règles établies.
- Le critère B l'existence d'un retentissement significatif sur le fonctionnement social, scolaire ou professionnel

Selon les études internationales, il y aurait 2% de troubles des conduites à l'âge de 5-12 ans et 3 à 9% chez les adolescents de 13 à 18 ans. Ce sont des chiffres de prévalence très élevés, qui ne sont pas sans surprendre ... La France serait-elle passée totalement à côté du trouble des conduites des enfants et des adolescents ?

En fait, la France s'appuie sur une autre classification diagnostique, la CFTMEA², qui prend en compte l'ensemble du fonctionnement psychopathologique d'un enfant et qui va bien au-delà des symptômes, et ne s'appuie pas sur la seule analyse statistique de ce qui est observé.

¹ DSM IV : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (classification proposée par l'American Psychiatric Association)

² CFTMEA 2000 : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent validée par l'Inserm

C'est à dire que les troubles à expression comportementale (colères, opposition, conduites agressives et « antisociale ») sont compris comme un symptôme d'une difficulté plus globale de l'enfant, comme un signe de souffrance qu'il faut identifier et inscrire dans un diagnostic portant sur l'organisation générale de la personnalité de l'enfant, sans oublier les déterminations extérieures à l'enfant lui-même : sa famille, son entourage au sens large, les conditions socio-économiques et éducatives dans lesquelles il grandit.

En médecine symptômes et diagnostics sont des éléments bien distincts qui ne doivent pas être confondus. Cette distinction entre symptôme et diagnostic apparaît dans l'expertise Inserm bien tenue. Or, c'est cette distinction sur la question du diagnostic qui permet de mobiliser la médecine et les soignants et de différencier son intervention de l'implication des autres acteurs notamment celle des enseignants et des éducateurs, ... C'est une des raisons qui amènent la majorité des professionnels de santé en France à ne pas retenir la terminologie « trouble des conduites ». De ceci, le rapport Inserm ne parle pas.

La psychiatrie française rejette la tentative de classification par le seul symptôme, ainsi que la fonction de référence attribuée aux seuls calculs statistiques pour distinguer ce qui est « normal » de ce qui ne l'est pas. Les avancées théoriques les plus utiles en pratique clinique, c'est à dire celles dont l'enfant et sa famille bénéficient le plus directement, prennent toutes en compte la singularité du développement psychique et s'interrogent à chaque fois individuellement sur le caractère pathologique ou non de la difficulté présentée par l'enfant.

Il faut être attentif à maintenir la rigueur de ce travail d'analyse, sous peine de rentrer dans une logique de prise en charge psychologique ou psychiatrique d'une grande partie de nos enfants ; tout trouble des conduites pourrait être considéré comme une déviance, une déviance comme une maladie et les enfants atteints de cette nouvelle maladie « sociale » se voient diriger vers des programmes à visée rééducative, éventuellement complétés par des prescriptions de médicaments psychotropes.

Il est intéressant de souligner le peu de rigueur des propositions faites par les experts ayant rédigé le rapport : le diagnostic de « trouble des conduites » est fait sur la base de critères du DSM IV ; « les programmes validés de prévention » n'utilisent jamais ces critères mais des questionnaires, des grilles d'observation ou de rapports officiels (police, justice) portant sur les comportements agressifs ou antisociaux (p308).

Soyons attentifs à ce que la médecine ne soit pas détournée de sa vocation qui est de soigner, d'aider, de soulager et d'accompagner quand elle ne peut pas guérir. Et soyons attentifs également à ce que les médicaments et divers « programmes de prévention » ne soient pas utilisés comme agents de contrôle social.

Le souci de classification, nécessaire au fonctionnement de la pensée scientifique et médicale ne doit pas venir annuler le premier devoir de la médecine : prendre en compte le patient comme un sujet unique, ne pouvant jamais être réduit au symptôme mis en avant.