



Scan to know paper details and
author's profile

From the Alter Ego to the Alter Identicus: The Transformation of the Epistemological Approach to the other and its Implications in Child Psychiatry

Dr. Gonzague Mottet

ABSTRACT

The alter identicus has dismissed the alter ego in late modernity, with repercussions for the way psychiatrists view the other. After examining the notions of limit and situation for each of these two ways of viewing the other, we will examine their consequences for diagnostic development. We will detail the example of the ADI-R and the ADOS in the diagnosis of autism spectrum disorders (ASD). We will question the usefulness of defining very broad markers of belonging (alter identicus) that seem to miss their target: to understand a neuroconstructivist development process in which the patient's creativity (alter ego) contributes significantly to the development of a divergent trajectory.

Keywords: alter ego, alter identicus, diagnosis by discrimination, diagnosis by accumulation, adi-r, ados, neuroconstructivist developmental hypothesis.

Classification: LCC Code: RJ506.A9

Language: English



Great Britain
Journals Press

LJP Copyright ID: 573354

Print ISSN: 2515-5784

Online ISSN: 2515-5792

London Journal of Research in Humanities & Social Science

Volume 25 | Issue 16 | Compilation 1.0



© 2025. Dr. Gonzague Mottet. This is a research/review paper, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncom-mercial 4.0 Unported License <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>, permitting all noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

From the Alter Ego to the Alter Identicus: The Transformation of the Epistemological Approach to the other and its Implications in Child Psychiatry

De L'alter Ego à L'alter Identicus: La Transformation de L'approche Épistémologique de L'autre et ses Incidences en Pédiopsychiatrie

Dr. Gonzague Mottet

ABSTRACT

The alter identicus has dismissed the alter ego in late modernity, with repercussions for the way psychiatrists view the other. After examining the notions of limit and situation for each of these two ways of viewing the other, we will examine their consequences for diagnostic development. We will detail the example of the ADI-R and the ADOS in the diagnosis of autism spectrum disorders (ASD). We will question the usefulness of defining very broad markers of belonging (alter identicus) that seem to miss their target: to understand a neuroconstructivist development process in which the patient's creativity (alter ego) contributes significantly to the development of a divergent trajectory.

Keywords: alter ego, alter identicus, diagnosis by discrimination, diagnosis by accumulation, adi-r, ados, neuroconstructivist developmental hypothesis.

Author: Pédiopsychiatre, CH Drôme Vivarais.

RÉSUMÉ

L'alter identicus a congédié l'alter ego dans la modernité tardive, avec des répercussions sur le regard que les psychiatres portent sur l'autre. Après avoir étudié les notions de limite et de situation pour chacune de ces deux manières d'envisager l'autre, nous en verrons les conséquences sur l'élaboration diagnostique. Nous détaillerons l'exemple de l'ADI-R et de l'ADOS dans le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme (TSA). Nous nous interrogerons sur

l'utilité de définir des marqueurs d'appartenance très larges (alter identicus) qui semblent manquer leur cible: appréhender un processus développemental neuroconstructiviste dans lequel la créativité du patient (alter ego) contribue largement à l'élaboration d'une trajectoire divergente.

Mots clés: alter ego, alter identicus, diagnostic par discrimination, diagnostic par accumulation, ADI-R, ADOS, hypothèse développementale neuroconstructiviste.

Être psychiatre c'est tenter de connaître l'autre et ses troubles. Tout psychiatre est tributaire du regard de son époque sur la manière dont la connaissance de l'autre se constitue. Or l'époque change et le statut de l'autre aussi.

Mon propos est d'envisager les incidences de ce changement du statut de l'autre sur la pratique des psychiatres, et de réfléchir plus particulièrement sur ce qu'induit le passage d'une connaissance classique de l'autre (mécanisme de discrimination), à une connaissance contemporaine de l'autre (accumulation de données).

I. «L'AUTRE IDENTIQUE» SELON BYUNG-CHUL HAN.

Le constat du philosophe allemand sur le statut de l'autre dans la modernité tardive est sans appel. L'autre y est expulsé¹. «Le temps où l'autre existait est révolu.

¹ Byung-Chul Han L'expulsion de l'autre PUF 2020

*L'autre comme mystère, l'autre comme tentation, l'autre comme eros, l'autre comme désir, l'autre comme enfer, l'autre comme douleur, tout cela disparaît*². Suit une centaine de pages dans lesquelles Byung-Chul Han détaille les ravages de l'ère numérique sur les rapports humains, où chacun cherche à être en lien avec de l'identique (qualifié de positivité) et évite d'affronter l'autre pourvoyeur de conflit et d'opposition (qualifié de négativité). Cette recherche effrénée de positivité, encouragée par les datas et les algorithmes, isolerait l'individu dans des bulles cognitives et dans la multiplication de pseudo expériences, tout en faisant peser sur lui la responsabilité de la réussite de sa vie. Le risque en serait l'effondrement dépressif, maladie de l'époque, par une indigestion face au « trop plein de pseudos expériences » ou par un découragement coupable face à l'échec. Byung-Chul Han a une lecture politique du basculement de la modernité tardive dans le néolibéralisme, avec une contrainte économique qui ne s'exerce plus de l'extérieur mais à l'intérieur même des individus, et un besoin « d'authenticité »³ qui nous rend captifs des possesseurs de données. La recherche « d'authenticité » aurait remplacé notre besoin d'ipséité. Nous sommes car nous sommes comparables. Nous sommes car nous appartenons à une (des) communauté(s). Et qui sait mieux que quiconque qui nous sommes si ce ne sont les détenteurs des données, les nôtres et celles de ceux à qui nous ressemblons.

La construction communautaire de soi (soi-même comme appartenant à une communauté se substituant à soi-même comme un autre) déplace la conflictualité. S'il existe un « autre identique », il existe forcément son contraire, un « autre différent » qui se transforme vite en « autre hostile ». La fraternité n'habite plus notre humanité sous le regard du « il y a » de Levinas⁴. Elle est réduite aux enjeux de rivalité entre communautés d'appartenance au risque d'une violence justifiée par le danger que constitue l'autre dans sa propre revendication d'appartenance. Il n'y a plus de modalité de

médiation tierce au-dessus, ou à côté, du conflit immédiat. Au plan individuel comme au plan collectif, nous entrons dans une spirale de prétextes d'autant plus efficaces qu'ils deviennent l'explication banale de la violence envahissant le monde.

Dans la suite de mon propos, je reprends la description de Byung-Chul Han de « l'autre identique » dans la modernité tardive, sous le terme d'alter identicus, en l'opposant au classique alter ego.

II. L'ALTER EGO

Mon propos n'est pas de faire la genèse du concept d'alter ego, de Descartes à Husserl. Soulignons simplement ici comment ce concept a irrigué la psychiatrie moderne, en faisant de l'autre un sujet d'observation et aussi un sujet avec lequel le soignant doit entrer en relation (inter subjectivité), oscillant entre une classique « psychiatrie en troisième personne » (psychiatrie de l'observation symptomatique et de la classification nosographique) et une « psychiatrie en première personne » (psychiatrie de l'écoute du vécu singulier). Ces deux psychiatries se nourrissent l'une l'autre, aucune n'ayant une prééminence, la psychiatrie en première personne touchant parfois à l'essentiel du trouble comme pour Anna et le concept de « perte de l'évidence naturelle » de Blankenburg⁵.

Posons comme point de départ l'idée que l'alter ego est un semblable: quelqu'un qui tout en étant très différent de nous nous ressemble (et vice versa), ce qui est très différent « d'être semblable à ». Le passage du substantif (un semblable comme alter ego) au qualificatif (« être semblable à » comme alter identicus) évince la dualité de l'alter ego que Jeanne Hersch⁶ rappelle dans la formule: « *un alter ego se constitue dans la conscience par analogie avec le moi, et en même temps comme étranger à la conscience du moi* ».

² idem p 7

³ idem p 37-47

⁴ Levinas E. Totalité et infini, édition Martinus Nijhoff 1971

⁵ Blankenburg W. La perte de l'évidence naturelle PUF 1991 (édition allemande 1971)

⁶ Hersch J. L'étonnement philosophique Gallimard 1981

III. LES NOTIONS DE «LIMITES» ET DE «SITUATIONS» DANS LE CONCEPT D'ALTER EGO

La méthode husserlienne de réduction phénoménologique est une première limite.

Prenons pour l'illustrer l'exemple de l'apparition de Mickey sous le crayon de Walt Disney; une feuille blanche comme renoncement à tout pré-supposé et à tout contexte, la simple observation d'une forme à la ligne claire qui apparaît, puis qui s'anime, et enfin un «étant là » à qui l'on prête une intention. L'alter ego comme phénomène est de cette nature. Avec très peu d'informations, l'autre s'anime et prend une place singulière. La ligne claire du dessin, la deuxième limite, laisse dans l'ombre nombre d'informations, sans empêcher pour autant que la forme dessinée soit «présence» à nos yeux, et permette une rencontre.

La situation forme la troisième limite. L'intention de l'autre ne peut s'éprouver qu'en situation. Jaspers⁷ nous rappelle que nous sommes toujours « en situation » dans notre rencontre avec l'autre, que nous ne pouvons pas faire abstraction de qui nous sommes (historicité), de là où nous rencontrons l'autre (contexte) et surtout que chaque rencontre est une rencontre entre deux existences possédant leurs propres historicité et liberté.

La connaissance de l'autre comme alter ego nécessite donc un processus de discrimination à un triple niveau:

Discrimination de la forme faisant éruption (présentation)

Discrimination du mouvement singulier qui interroge sur la logique interne propre à l'autre, à partir de soi et de ce que l'on imaginerait faire si nous étions à la place de l'autre (apprésentation)

Discrimination d'une intention libre rencontrant notre propre liberté. Cette triple discrimination a des conséquences essentielles dans notre capacité à connaître un alter ego. Il serait illusoire de vouloir la gommer par commodité. La

présentation permet une approche objective (parfois scientifique) de l'autre.

L'apprésentation nous rappelle la subjectivité de notre regard, et celle de l'autre. Sa liberté rend l'autre en partie inaccessible comme objet d'étude (nous relativiserons plus avant cette notion de liberté au sujet de la maladie mentale).

Vouloir connaître un alter ego, c'est accepter cette triple dimension impliquant que l'autre ne se laissera jamais totalement saisir dans le processus de la connaissance.

IV. L'ILLUSION DE L'ABSENCE DE LIMITES DANS LA CONNAISSANCE DE L'ALTER IDENTICUS

Reprenons l'exemple de l'apparition sous nos yeux de Mickey. Cette fois-ci non sous le crayon de Walt Disney traçant une ligne claire, mais sur un écran informatique dont la pixellisation deviendrait de plus en plus performante. L'alter identicus se constitue dans cette logique, celle de l'attente d'une définition de plus en plus précise de l'autre. C'est l'accumulation de données qui le constitue, et la précision de sa définition qui retient notre attention. Là où une seule ligne claire suffisait à faire vivre une présence qui n'avait nul besoin d'une accumulation de détails, la pixellisation échoue. Nous ne nous laissons pas prendre dans le miracle de la rencontre immédiate, attendant d'en savoir plus, attendant d'y voir plus clair. Mais pour savoir quoi de plus ?

Réexaminons les trois niveaux de discrimination de l'alter ego au sujet de l'alter identicus.

La forme a du mal à prendre corps. C'est comme si le centre prenait le dessus sur la périphérie. L'attente d'une meilleure définition prime sur la place de l'alter identicus dans le contexte. La limite de la forme n'a plus la même importance, car nous n'y prêtons plus le même intérêt comme indice de la présence de l'autre.

La discrimination d'un mouvement singulier interrogeant sur une logique propre à l'autre n'est pas au premier plan, car l'attente d'une meilleure définition capte là aussi l'attention. Pourquoi faire des hypothèses à partir de ce que nous ferions à la

⁷ Jaspers K. Philosophie éditions Springer-Verlag 1932.

place de l'autre, quand nous attendons une réponse qui doit s'afficher sous nos yeux par une hyper pixellisation en cours. Notre attente de précision au sujet de l'alter identicus entre en résonnance avec notre attente d'une réponse technique. Nous sommes dans la même logique que face à un écran LED hyper pixellisé; ce qui s'affiche à l'écran « ringardise » la perception que nous avons du réel, et devient la norme attendue. La limite serait la limite technique qui en étant repoussée jour après jour nous fait penser qu'elle n'en a pas.

L'intention libre de l'autre pourrait ne plus être un mystère dans une connaissance par accumulation de données. L'autre pourrait être connu dans toutes ses dimensions, dans tous ses secrets, la traçabilité des habitus venant hypothéquer l'idée de liberté, l'individu enfermé dans ses habitudes mises à jour par la technique devenant prévisible.

Nous constatons donc l'ambition de l'accumulation de données: connaître toujours mieux l'alter identicus avec la seule limite de la technique. Nous verrons dans le chapitre suivant que c'est le clinicien lui-même qui doit poser des limites afin de rendre l'outil technique opérant au plan diagnostique.

Dans une connaissance de l'alter ego, les limites s'imposent au clinicien.

Dans une connaissance de l'alter identicus, le clinicien technicien s'impose des limites.

V. DIAGNOSTICS PAR ACCUMULATION VERSUS DIAGNOSTICS PAR DISCRIMINATION

Si la connaissance de l'alter ego se fait par discrimination, si la connaissance de l'alter identicus se fait par accumulation, l'observation clinique et l'établissement d'un diagnostic vont suivre des logiques différentes en fonction du statut que le clinicien attribue à l'autre.

Dans la tradition de la psychiatrie clinique, l'approche objective se concentre sur la présentation de l'alter ego, laissant à l'approche subjective l'exploration de son appréhension, et acceptant que des pans entiers de l'alter ego

restent inaccessibles à la connaissance. Cette approche objective adopte les critères médicaux classiques des symptômes, regroupés en syndromes et en maladies. Le diagnostic est positif quand les critères cliniques sont établis en fonction de la grille diagnostique choisie (pas d'exclusivité, coexistence de plusieurs approches cliniques possibles), mais il est aussi et surtout différentiel. La nécessité de faire un tri entre pathologies psychiatriques présentant une proximité clinique est essentielle. Le psychiatre de la tradition clinique prend grand soin de discriminer les catégories nosographiques à partir d'éléments distinctifs significatifs. Il se doit de définir ce que présente son patient au plan clinique et nosographique, mais il se doit également de définir ce qu'il ne présente pas et qui pourrait prêter à confusion dans la prise en charge et dans l'établissement d'un pronostic évolutif. C'est la seconde limite de la ligne claire qui est ici à l'œuvre, faisant le distingo entre une présentation « évocatrice de », et une présentation pouvant « faire penser à tort à ».

Une branche de la psychiatrie clinique classique, la psychiatrie phénoménologique, a renoncé à découper la présentation de l'alter ego en éléments clairement délimités et parfois quantifiables. L'approche phénoménologique envisage la présentation de l'alter ego comme une présence-au-monde singulière qui en dirait plus sur le trouble psychiatrique sous-jacent que le regroupement d'éléments venant s'emboîter telles les pièces d'un puzzle. La mise en évidence d'une atmosphère particulière dans la rencontre oriente le clinicien phénoménologue vers un approfondissement, à la recherche d'un hiatus dans cette présence venant signer le trouble. Il n'est pas question ici de subjectivité clinique mais d'une lecture objective⁸ d'une présence-au-monde pathologique.⁹

⁸«Le diagnostic psychiatrique est fondamentalement de nature perceptive et non inférentielle» Tatossian A. Qu'est-ce-que la clinique ? Confrontations Psychiatriques, 30, 55-61, 1989.

⁹ à noter, face à l'hégémonie académique de l'alter identicus, la tentation de certains phénoménologues d'élaborer des grilles de lecture cotées comme l'EASE de Joseph Parnas explorant un trouble du self minimal. Ces grilles de lectures cotées peuvent être perçues comme un renoncement de la phénoménologie psychiatrique à l'alter ego, et conduire à

Nous avons posé plus avant la liberté de l'alter ego, c'est-à-dire sa capacité à être là où on ne l'attendait pas, à faire ce que l'on ne prévoyait pas, donc à échapper à la prédictibilité scientifique. Cette liberté est parfois suspendue ou perdue pour l'alter ego présentant une maladie psychiatrique (aliénation). Les débats sont nombreux tant d'un point de vue individuel (responsabilité pénale) que collectif (prédictibilité du passage à l'acte). Ici encore l'approche phénoménologique a l'avantage de maintenir le principe d'un alter ego libre sans fermer les yeux sur l'aliénation. Un alter ego dont la maladie psychiatrique l'empêche d'être responsable de ses actes, n'est pas prévisible pour autant. Le passage à l'acte, même celui symptôme de maladie psychiatrique, n'est pas déterminé par la maladie. Il est comme tout symptôme psychiatrique, tentative de reconstruction d'une cohérence ébranlée par le processus morbide¹⁰. S'il est bien en lien avec le processus morbide responsable d'une présence-au-monde particulière (par exemple un «être-permanent-sous-le regard- de-l'autre»), le passage à l'acte de l'alter ego malade n'est pas prédictible. Il est à comprendre au regard du trouble et s'inscrit dans le processus délirant d'une illusoire reconquête d'une cohérence interne.

Aujourd'hui, la collecte des éléments cliniques et le raisonnement diagnostique qui en découle, se déroulent d'une manière radicalement différente. La nouvelle clinique telle qu'enseignée à l'université ne présuppose pas une rencontre avec un alter ego¹¹. Elle envisage le patient comme un alter identicus transparent au regard scientifique. Chaque part du comportement humain peut être explorée, et comprise par un protocole ad hoc.

notre point de vue à des impasses cliniques en cherchant par exemple une structure de base au trouble schizophrénique, et s'éloigner de la formule pleine de sagesse d'Arthur Tatossian qui affirmait que l'origine du trouble schizophrénique est à chercher dans sa dimension anthropologique.

¹⁰ Gabarre J. Henri Ey et la pensée psychiatrique contemporaine, Les empêcheurs de penser en rond, 1977

¹¹ Le développement de la pair aidance dans les services de psychiatrie, excellente initiative si la parole du pair aidant n'est pas qu'un relais de la parole médicale, peut être analysée comme une répartition des rôles: aux cliniciens la relation avec l'alter identicus du patient, aux pair aidants la relation avec l'alter ego du patient.

Les seules limites envisagées sont celles de la méconnaissance du clinicien et de l'insuffisance de la technique. Elles ont vocation à être repoussées, encore et encore.

La collecte des éléments cliniques s'inscrit toujours dans le même processus. Le clinicien est devenu un opérateur de santé qui suit des protocoles bien rodés. Très en amont, dans des cercles restreints de chercheurs éminents et influents, sont définis par consensus les principes généraux (et affichés comme non inféodés à une théorie) de ce qui est considéré comme maladie ou trouble (DSM). Il s'en suit la collecte de toute une série de «symptômes» significativement (statistiquement) plus fréquents dans un groupe de « personnes considérées malades ou porteuses du trouble» par rapport à un groupe témoin. Ces symptômes sont « mis à l'épreuve » dans des tests (auto questionnaires, questionnaires ou méthodes d'observation semi-directives, tests neuropsychologiques divers...) eux-mêmes étalonnés dans le but d'avoir une valeur prédictive de la maladie ou du trouble. Cette prédictibilité s'appuie sur toute une série de seuils (cut off) déterminées par les inventeurs du test. Ces seuils sont essentiels pour comprendre l'alter identicus et faire émerger de la masse de données recueillies une information signifiante. C'est cette information qui est aujourd'hui considérée comme un diagnostic, diagnostic qui n'est plus guidé par le constat d'une rupture intrapsychique, mais qui est le fruit de choix de niveaux de seuils (cut off) par les inventeurs du test. Le clinicien de terrain est celui qui met en œuvre ces tests, la plupart sous copyright, et qui récolte l'information signifiante telle que l'algorithme l'a définie. Ce qui nous pose problème dans cette démarche, ce n'est pas la richesse des éléments cliniques récoltés, c'est la valeur de vérité que l'algorithme leur donne, estampillée «certitude diagnostique», et l'idée que telle une hyper pixellisation toujours de meilleure qualité, les tests en tout genre auraient un regard toujours plus affûté, car plus riche et informé sur l'alter identicus que le regard clinique par définition partiel sur l'alter ego.

Arthur Tatossian dans un texte¹² concis et lumineux pose trois objections à la psychopathologie quantitative (diagnostic par accumulation): une objection quant à la place du symptôme, une objection quant à la place du clinicien, une objection quant au champ étudié.

Au sujet du symptôme, Tatossian réfute l'idée que les symptômes font la maladie. Ils ne sont pas les éléments visibles d'un processus caché (comme en médecine somatique). Le clinicien reconnaît la maladie non pas « *par le symptôme* » mais « *dans ou avec le symptôme* ». Il donne l'exemple d'une même croyance ou d'un même comportement qui peut exister chez une personne saine d'esprit ou chez une personne aliénée. Le clinicien cherchera si le symptôme est l'occasion d'une rupture d'un équilibre dialectique au sein de l'individu et dans son rapport au monde. C'est ce point de rupture qui signe la maladie. En termes phénoménologiques Tatossian dit dans son ouvrage *Phénoménologie des Psychoses*: «*Là où l'unité transcendante de l'angoisse et de la confiance est déchirée au profit de l'une ou de l'autre, est présent ce que nous désignons cliniquement comme psychose*».

Au sujet du clinicien, Tatossian parle du dilemme de l'utilisateur d'outils standardisés: «*soit coter la même chose (le symptôme standardisé) mais en lui déniait paradoxalement en même temps toute valeur pathologique, ou bien ne pas coter la même chose (rester sur son analyse clinique classique) mais alors en reconnaissant ou non la folie dans le symptôme et non à partir de lui...*». En dehors de l'idée d'un grand catalogue type check-up, le psychiatre de la tradition clinique ne peut donc rien attendre d'un diagnostic standardisé.

Au sujet du champ étudié, Tatossian affirme que la psychopathologie quantitative n'est pas la mieux inspirée pour aborder la nosologie catégorielle. Elle doit se cantonner à une

«*approche dimensionnelle permise par les méthodes mathématiques*». Tatossian décrit en précurseur le basculement de la psychiatrie de ces quarante dernières années, une psychiatrie dans laquelle la notion de maladie psychiatrique ne s'aborde plus comme un processus morbide au sein de l'individu que le clinicien aurait à repérer, à décrire, à comprendre et à tenter de soigner, mais dans une appartenance à une communauté de malades à partir de marqueurs d'appartenance, patient devant être soigné et accompagné comme tous les membres de la communauté à laquelle il appartient désormais. Le clinicien a cédé la place au statisticien, et il n'est donc pas étonnant que le psychiatre soit une espèce en voie de disparition, car la société n'a plus besoin de son expertise (bien qu'elle dise le contraire).

Une conséquence est aujourd'hui très visible depuis la généralisation des diagnostics par accumulation de données: la disparition des diagnostics différentiels et l'inflation des comorbidités. Seuls les diagnostics par discrimination ont la capacité de différencier des pathologies de natures différentes présentant des expressions cliniques proches. Les diagnostics par accumulation ne le peuvent pas. Et comme ils ne le peuvent pas, leurs promoteurs ont fait disparaître la notion de diagnostic différentiel de l'esprit des cliniciens. Leurs promoteurs restent dans la logique de l'accumulation, permettant pour un même patient l'accumulation de diagnostics parfois contradictoires, laissant patients et cliniciens démunis face à la «responsabilité» de tel ou tel trouble dans la genèse de la souffrance psychique ou les particularités du comportement. Sur le terrain, le débat clinique semble s'être détourné de l'idée de diagnostic, pour basculer vers l'idée plus opérante de manifestations symptomatiques préoccupantes¹³, sans que les habitudes des centres de référence ne changent: diagnostiquer encore et toujours.

¹² Tatossian A. Symptôme et maladie en psychiatrie: sur les présupposés de la psychopathologie quantitative, intervention du 28/04/1980 aux IX^e journées de Méthodologie de la Recherche en Psychiatrie, Marseille, Psychologie Médicale, 1981, 6, 13, 879-881, repris dans le 3^e Tome des Œuvres complètes, MJW Éditions Paris 2020, p 245-250

¹³ La prescription des psychotropes obéit plus à une logique de cibles symptomatiques qu'à une logique de diagnostic, l'idée de cible symptomatique permettant aussi un retour au sujet, dans l'ici et le maintenant de la clinique.

VI. UN EXEMPLE DE DIAGNOSTIC PAR ACCUMULATION EN PÉDOPSYCHIATRIE: LE DIAGNOSTIC DE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA) PAR L'ADI-R ET L'ADOS

L'ADI-R (Autism Diagnostic Interview- Revised, 1994) est un entretien semi-structuré et standardisé avec les parents ou aidants des enfants suspects de TSA. L'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule, 1989) est une échelle d'observation pour le diagnostic des TSA.

Le plus souvent associés, ces deux tests sont considérés comme le gold standard diagnostique. Mon objectif n'est pas de faire une analyse de leurs avantages et leurs limites. Vous trouverez deux analyses intéressantes dans les articles de Sylvie Tordjman¹⁴ et Antoine Frigaux¹⁵.

Intéressons-nous ici simplement à ces trois questions:

- Pourquoi le modèle explicatif actuel des TSA dit « développemental neuroconstructiviste » laisse-t-il si peu de place aux cliniciens ?
- Pourquoi la très riche collecte d'éléments cliniques de l'ADI-R et de l'ADOS n'aboutit qu'à une sélection de marqueurs d'appartenance ?
- Pourquoi l'idée d'une psychodynamique propre aux enfants TSA est-elle si peu exploitée aujourd'hui dans les prises en charge ?

Des éléments de réponses sont à rechercher dans l'omniprésence de l'idée d'alter identicus à laquelle contribuent ces tests.

En préambule, quelques mots sur l'évolution du concept de TSA ces dernières années. La période 1990/2000, alors que les tenants de la psychanalyse avaient déjà perdu la bataille de l'autisme, a été féconde en hypothèses majeures

(les travaux de Hutt, Ornitz, Van Engeland sur le défaut de filtrage ou filtrage exagéré des afférences sensorielles, les défauts en méta représentation de Baron-Cohen et en théorie de l'esprit de Frith, les défauts dans le traitement des émotions de Hobson, dans l'imitation de Nadel, dans le traitement de la vitesse des mouvements de Gepner, les défauts de cohérence centrale et d'affordance, les défauts de régulation tonique de Bullinger....). Une thèse de science¹⁶ résume bien le fait que, parce qu'aucune de ces hypothèses ne peut expliquer la totalité des symptômes autistiques, elles ont toutes été abandonnées au profit d'une théorie plus globale, le modèle développemental neuroconstructiviste (Karmiloff-Smith 2009), qui ne met plus en avant le défaut d'une fonction particulière, mais qui défend l'idée que les symptômes autistiques sont les manifestations d'une trajectoire développementale différente¹⁷ (j'insiste ici sur l'utilisation du singulier). Si la cause ou les causes initiales sont encore inconnues, des hypothèses se basant en particulier sur des modèles animaux (souris) mettent en évidence des « périodes critiques » avant la naissance ou très tôt après la naissance, durant lesquelles l'équilibre excitation/inhibition neuronale serait perturbé¹⁸. Nous sommes donc aujourd'hui face à un modèle théorique postulant l'existence d'un trouble précoce altérant le fonctionnement synaptique, et provoquant en réaction (plasticité cérébrale) une trajectoire développementale divergente¹⁹. Ce modèle n'est pas sans rappeler aux psychiatres de ma génération le modèle organo-dynamique d'Henri Ey, qui postulait que tout symptôme psychiatrique est un compromis adaptatif, une recherche d'équilibre et de cohérence malgré le trouble biologique initial supposé. Si le modèle organo-dynamique de Ey laissait une très grande latitude aux cliniciens dans l'analyse de la créativité symptomatique des patients et dans leur

¹⁶ Plusquellec A. Etude du trouble du spectre autistique : vers un modèle développemental neuroconstructiviste Ecole doctorale de Sciences d'Amiens 2018

¹⁷ Johnson, Jones et Gliga (2015)

¹⁸ Le Blanc JJ Fagiolini M, Autism : A « Critical Period » Disorder ? Neural Plasticity 2011 (2090-5904) :921680

¹⁹ Pour Laurent Mottron « des questions scientifiquement encore ouvertes se sont refermées sur des positions opératoires, cristallisées par des outils et des dogmes... »

¹⁴ Tordjman S. Les instruments d'évaluation de l'autisme: intérêts et limites, Psychiatrie de l'Enfant, 2002/2 (vol. 45) p 533 à 558, PUF.

¹⁵ Frigaux A., Evrard R., Lighezzolo-Alnot J., L'ADIR-R et l'ADOS face au diagnostic différentiel des troubles du spectre autistique: intérêts, limites et ouvertures, L'Encéphale, 2019-11-01, Volume 45, Numéro 5, p 441-448.

accompagnement face aux impasses personnelles et relationnelles, le modèle développemental neuroconstructiviste les cantonne à un rôle de collecteur de données.

Prenons l'exemple du passage du DSM4 au DSM 5 en 2013. La définition clinique du TSA change avec l'abandon de la triade symptomatique classique pour une dyade.

Les formes cliniques (syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement..) sont abandonnées pour se rapprocher d'une forme clinique unique dans l'esprit d'une trajectoire développementale divergente (Trouble du Neuro Développement) dont nous venons de parler. Des modifications des algorithmes de l'ADI-R et de l'ADOS devenaient nécessaires pour se conformer à cette nouvelle définition²⁰. Elles ont été entreprises en particulier par Huerta et Gotham sur de nouvelles cohortes (accumulation de données) correspondant à la nouvelle définition clinique. Sans entrer dans les détails techniques, comment se calculent aujourd'hui les algorithmes et que mettent-ils en avant ?

L'ADI-R demande aux parents²¹ de répondre à 93 questions au sujet du développement de leur enfant dans les domaines du langage, de la communication, des relations sociales, du jeu, des intérêts, du comportement, et en particulier sur la période entre 4 et 5 ans. Seuls 42 items sur 93 sont pris en compte pour l'algorithme. Parmi les items laissés de côté, certains me paraissent essentiels pour mieux cerner le profil clinique particulier de ces enfants, par exemple les items 11 à 18 sur les pertes de compétences acquises, les items 32 et 40 sur la prosodie, l'item 41 sur la qualité actuelle du langage communicatif, l'item 46 sur l'attention à la voix humaine, l'item 60 sur la capacité à prendre des initiatives, l'item 72 sur la sensibilité aux bruits, l'item 73 sur des réponses anormales/personnelles aux stimuli sonores, les items 74 75 76 sur les difficultés face aux

changements de routines, de l'environnement ou des objets, l'item 80 sur la marche sur la pointe des pieds, les items 88 à 93 sur les îlots de compétence. Quelle logique préside à cette recherche fouillée, suivie d'une telle simplification ? L'utilisation d'une forme abrégée de l'ADI- R, réduisant à la fois le nombre des questions et l'algorithme aux items les plus « statistiquement significatifs »²² pour poser le diagnostic de TSA (limite posée par les promoteurs du test), dévoile les objectifs de ce test. Il n'a pas pour vocation de permettre un meilleur éclairage clinique pouvant orienter le travail du clinicien. Il a pour seule ambition d'être le plus efficace possible dans la mise en évidence de marqueurs d'appartenance à la communauté des enfants avec autisme, donc de diagnostiquer en intégrant le patient au sein d'une communauté aux contours élargis depuis le DSM5²³. Plus le test est court, plus les marqueurs d'appartenance sont concordants avec les données en possession des promoteurs du test, plus son objectif est atteint. Là où le clinicien est en attente d'éléments éclairant un mode de fonctionnement singulier face à l'atypicité d'une trajectoire développementale (alter ego) le test demande au clinicien technicien de déclarer « officiellement » une appartenance (alter identicus). Est-ce l'essentiel ? Probablement oui à en croire la demande sociétale pour ce type de diagnostic standardisé²⁴.

Nous allons voir que l'ADOS comporte aussi des biais sélectifs dans l'établissement de son algorithme, mais contrairement à l'ADI-R, l'ADOS devrait être d'abord une véritable rencontre. Comment cette rencontre (alter ego) est-elle finalement réduite à une simple collecte de données (alter identicus) ? Un premier élément de réponse : pour être un bon clinicien technicien, le clinicien technicien se doit de ne rien entendre de

²⁰ même les tests ont leur millésime !

²¹ Ici la subjectivité parentale n'est pas questionnée, ni l'histoire personnelle, familiale, du couple, du désir d'enfant, de l'établissement des premières interactions parents/bébé...ce qui tranche avec la démarche d'une équipe de périnatalité qui aurait pu prendre en charge la même situation quelques mois plus tôt.

²² Les articles scientifiques sur le sujet utilisent le terme « discriminant ». Vous comprendrez que je ne puisse reprendre ce terme dans mon propos.

²³ Laurent Mottron parle de « trivialisation de l'autisme travestie en découverte ».

²⁴ J'ai souvent noté sur les forums de discussion au sujet des démarches diagnostiques la formule « obtenir le diagnostic ».

« ce que dit le patient »²⁶²⁵, pour ne se concentrer que sur «le comment il le dit». Drôles de prémices pour une rencontre!

Nous limitons ici notre analyse aux modules 1, 2 et 3 de l'ADOS-2²⁷²⁶, le module Toddler (12-30 mois) ne posant pas de diagnostic mais définissant prudemment des «signes de préoccupation», le module 4 pour grands adolescents et adultes sortant du champ pédopsychiatrique.

Tous les modules sont bâtis sur la même structure.

Premier temps avec la proposition d'activités à partir d'une mallette standard²⁷, activités devenant de plus en plus élaborées en fonction du niveau de langage (module 1 préverbal/mots isolés, module 2 langage par phrases, module 3 langage fluide). Ces activités sont par exemple: «un jeu interactif», « décrire une image», «raconter une histoire à partir d'un livre», «imaginer un goûter d'anniversaire», «parler de ses amis», «parler du sentiment de solitude», «créer une histoire»...L'observateur clinicien technicien ne s'intéresse pas au contenu partagé mais à la manière dont il est partagé.

Deuxième temps, avec la cotation tout au long des activités partagées, d'items répartis en 5 domaines: A (langage et communication) B (interaction sociale réciproque) C (jeu) D (comportements stéréotypés ou restreints) E (autre comportement dont l'anxiété). Leur nombre varie légèrement en fonction du module (33 pour le module 1, 28 pour le 2, 29 pour le 3).

Troisième temps, avec la construction de l'algorithme, en deux sous scores correspondant à la dyade du DSM5 (affect social dit AS et comportements restreints et répétitifs dit CRR), additionnés en un score global qui définira les

cut-off délimitant trois catégories: hors du spectre, spectre autistique, autisme.

Deux points essentiels sont à noter dans la construction de l'algorithme diagnostique.

Les domaines C (investissement fonctionnel et ludique des objets, créativité, imagination) et E (type et intensité de l'anxiété, retentissement fonctionnel des atypicités) ne rentrent pas dans la cotation.

L'algorithme n'est calculé qu'avec la moitié des items collectés (16/33 pour le module 1, 14/28 pour le module 2, 14/29 pour le module 3), qui comme pour l'ADI-R semblent le mieux caractériser les marqueurs d'appartenance à la communauté des enfants avec autisme.

Les algorithmes de ADI-R et de l'ADOS figent ces tests dans leurs millésimes. Ils ne sont plus en mesure de mettre en évidence les formes cliniques antérieures disparues du DSM, et ne sont pas en mesure d'évaluer les nouvelles formes cliniques entrain d'apparaître. Ces tests sont totalement dépendants de leur étalonnage et de leur objectif: dire une appartenance par rapport à la définition du moment du DSM, mettre en évidence des marqueurs cliniques qui deviennent les «dénominateurs communs» d'un spectre très largement défini.

Prenons l'exemple de l'étude²⁸ de la Weill Cornell Medicine de New York qui par les moyens de l'intelligence artificielle détermine 4 sous-groupes cliniques (phénotypes) d'autisme. Cette étude ouvre une brèche dans la définition du DSM5 et permet au clinicien de terrain de reconnaître la diversité des tableaux étiquetés spectre de l'autisme. Les algorithmes de l'ADI-R et l'ADOS ne nous sont d'aucune utilité pour aller plus avant dans l'exploration de ces nouveaux phénotypes. Pourtant les nouvelles entités cliniques définies par cette étude méritent un regard psychodynamique²⁹, c'est-à-dire tenter de comprendre comment un sujet confronté à des difficultés «biologiques » modifiant la trajectoire

²⁵ Mon propos est caricatural à dessein, car un bon clinicien tente toujours d'écouter ce qu'a à lui dire son patient, mais cette écoute est sans influence sur l'algorithme, au mieux elle ressort parfois dans les commentaires annexes.

²⁶ Version française 2015/2016 aux éditions Hogrefe France. Sous copyright.

²⁷ À noter le prix très élevé de ce matériel qui doit s'acquérir au moment de la formation par l'éditeur (21 heures de formation en visio sur 3 jours).

²⁸ Buch A.M. et coll, Molecular and network-level mechanisms explaining individual differences in Autism Spectrum Disorder, Nature Neuroscience, volume 26, avril 2023, pp 650-663.

²⁹ La psychodynamique n'est pas synonyme de psychanalyse.

développementale commune, tente de trouver malgré tout un équilibre, une cohérence dans son rapport à l'autre et au monde. C'est ce que j'ai tenté de faire³⁰ au sujet du 2^e phénotype décrit par cette étude, dans lequel la difficulté sensorielle à faire face à «l'intensité-de-la-présence-du-monde» me paraît première, par rapport aux troubles de la relation et de la communication, conséquences d'un fonctionnement en îlot de compétence, moyen trouvé pour rester malgré tout dans le «jeu commun». Une telle approche psychodynamique ne peut se priver des dires du patient. Il est le seul à pouvoir exprimer son vécu, ses angoisses, ses stratégies pour adapter une trajectoire développementale particulière parmi d'autres. Cette approche psychodynamique s'adresse à l'autre comme alter ego, dans sa présentation pour mettre en évidence les signes cliniques en faveur d'un trouble du spectre de l'autisme, mais aussi dans son appréhension pour tenter de comprendre ce qu'il a du et pu mettre en œuvre pour compenser le trouble initial, et surtout dans sa liberté qui est aussi créativité et originalité. Il est donc ici très difficile d'utiliser le singulier.

VII. DIAGNOSTIQUER UN TSA PAR L'ADI-R ET L'ADOS N'EST-IL PAS EN CONTRADICTION AVEC L'HYPOTHÈSE DÉVELOPPEMENTALE NEUROCONSTRUCTIVISTE ?

Nous venons de voir en quoi l'ADI-R et l'ADOS, les outils de référence pour établir un diagnostic de TSA, s'appuient sur l'idée d'alter identicus, dans la récolte des données cliniques et dans la construction de leurs algorithmes. Les algorithmes ont dû être modifiés au moment du passage du DSM4 au DSM5 afin de mieux correspondre à la nouvelle définition du TSA devenu TND. Les cut-off définissent des marqueurs d'appartenance répartis en trois zones, ce qui donne l'impression de sortir du «principe du tiers exclu», qui énonce qu'ou bien une proposition est vraie, ou bien sa négation est vraie. Le troisième terme n'est ici que l'illusion

d'une troisième voie possible, car la définition de l'idée de spectre de l'autisme n'est que l'extension de l'idée d'autisme, réduisant la définition de l'autisme, par un indice de gravité des scores, à un degré d'intensité d'un même processus. Les cut-off définissent donc une logique binaire: autiste ou pas autiste.

Mais cette binarité, qui vaut pour tout test à ambition diagnostique avec cut-off, pose ici problème face à la définition même du processus qu'elle a l'ambition d'évaluer, et ceci à deux niveaux principaux: la mesure de processus déficitaires et non de processus en construction, la difficulté à saisir, et encore plus à mesurer, ce qui est entrain de se construire sous les yeux du clinicien.

Premier niveau: quels sont réellement les marqueurs d'appartenance définis par l'ADI-R et l'ADOS, marqueurs de déficit ou marqueurs de divergence ?

Il nous faut sortir ici de la riche analyse clinique que rendrait possible l'analyse de l'ensemble des données recueillies, pour nous focaliser sur les seuls items nourrissant l'algorithme. L'hypothèse développementale neuroconstructiviste stipule la mise en place par l'enfant d'une trajectoire développementale divergente en raison d'un trouble initial. Il serait fastidieux de reprendre ici chaque item, mais ils sont tous cotés de la même manière (de 0 à 3, le 3 étant ramené à 2 dans la grille de l'algorithme). Pour chaque item le 0 correspond à ce qui est attendu habituellement pour un enfant normotypique. Le 1 le 2 et le 3 correspondent, à un degré plus ou moins marqué, à la difficulté à réaliser ce qui est attendu pour un enfant normotypique. Ce sont les « bémols » ajoutés à l'énoncé qui orientent vers l'idée de déficit, plutôt que vers l'idée de divergence qui impliquerait une manière différente de faire. Quelques exemples de ces « bémols » dans l'énoncé: «mais avec des erreurs», «rarement», «jamais», «ne renseigne pas spontanément», «dépend des sollicitations», «en quantité moindre», «pauvrement», «limité», «inférieur», «peu ou pas de plaisir», «absente», «minimale», «peu d'intérêt», «tentatives occasionnelles», «pas aussi clair»,

³⁰ Mottet G. Autism Spectrum Disorder (ASD) and «Late Modernity»: What Correlations? London Journal of Research in Humanities and Social Science Volume 25/ Issue 6/ Compilation 10

L'impression générale qui se dégage de ces définitions, en dehors de la difficulté à coter des observations avec ce type d'approximations qui alimentent la subjectivité de l'observateur, est une impression d'une manière de faire en « recul ». Le jeune enfant autiste est ici celui qui n'y « arrive pas » ou qui y « arrive moins bien », mais pas celui qui y « arrive différemment, par d'autres moyens ».

Deuxième niveau: l'hypothèse développementale neuroconstructiviste de l'autisme obéit aux principes généraux des épistémologies constructivistes.

Je ne rentrerai pas dans les détails des épistémologies constructivistes, de Bachelard à Morin, en passant par Piaget, laissant le lecteur intéressé à la lecture de l'introduction de l'ouvrage de Jean Louis Le Moigne³¹(en ligne).

Arrêtons-nous à quatre affirmations classiques pour les systèmes constructivistes et appliquons les à nos interrogations sur le TSA.

- Un système constructiviste n'est pas stable, il est en permanente évolution
- Un système constructiviste n'est pas un assemblage d'objets dénombrables (le fameux « tout ce n'est pas tout » d'Edgar Morin)
- Un système constructiviste est un système construit dont il faut chercher l'intentionnalité
- Comprendre un système constructiviste, c'est chercher le plausible, plutôt que le vrai

Je pense qu'il n'est pas utile d'argumenter plus avant pour comprendre en quoi des protocoles rigides, chiffrés, cherchant ce qui est déficient plutôt que ce qui est en mouvement, ne se posant pas la question de ce qui est mis en œuvre pour construire une trajectoire divergente, voulant prouver plutôt que comprendre et accompagner, cherchant à catégoriser et à séparer, auront du mal à se revendiquer pouvoir appréhender un système constructiviste.

VIII. CONCLUSION

La psychiatrie ne peut s'extraire d'un monde dans lequel l'alter identicus règne en maître et dont

l'alter ego a été expulsé. Expulsé ne veut pas dire disparu. C'est d'une réhabilitation de l'alter ego dans notre clinique dont il a été question ici.

- Cette réhabilitation peut prendre des formes différentes. Je me suis attelé à en détailler quelques-unes:
- Ne pas imaginer que la technique et la quantification soient les seules voies objectives pour connaître l'autre.
- Accepter l'idée que l'autre, même malade psychiquement, est habité par sa subjectivité/historicité et sa liberté.
- Attacher autant d'importance au diagnostic positif qu'au diagnostic différentiel.
- Remettre en perspective les données cliniques des auto questionnaires, entretiens semi directifs côtés et tests neuropsychologiques, dans une réflexion pluridisciplinaire, aucune de ces procédures techniques ne pouvant se prévaloir d'une « vérité diagnostique », quelque-soit la fiabilité de ses modalités.
- Remettre à sa juste place la notion de diagnostic, qui n'est pas un quitus définitif d'appartenance à une communauté, mais le regard de cliniciens à un moment donné, à partir des éléments cliniques observés et de la parole du patient.

Que reste-t-il au clinicien qui ne veut pas être dans un combat d'arrière-garde d'une opposition systématique à la technique, mais qui ne souhaite pas se laisser entrainer dans un mouvement le privant de sa réflexion clinique? Nous avons choisi depuis deux ans dans l'équipe pluridisciplinaire du CMP enfants/ados de Romans-sur-Isère, une position éthique reposant sur une pratique clinique dite du « raisonnement plausible » que je peux résumer en quelques mots: favoriser un psychiatrie en « première personne » seule capable de comprendre le processus morbide, ne pas se prévaloir d'une vérité diagnostique, ne pas chercher la preuve mais envisager le vraisemblable, accepter de voir remettre en cause par d'autres ou par l'évolution clinique, nos conclusions écrites et nos propositions de soins.

³¹ Le Moigne J.L. Les épistémologies constructivistes Flammarion 2021

BIBLIOGRAPHIE

1. Blankenburg W. La perte de l'évidence naturelle PUF 1991 (édition allemande 1971)
2. Buch A.M. et coll, Molecular and network-level mechanisms explaining individual differences in Autism Spectrum Disorder, Nature Neuroscience, volume 26, avril 2023, pp 650-663
3. Byung-Chul Han L'expulsion de l'autre PUF 2020.
4. Frigaux A., Evrard R., Lighezzolo-Alnot J., L'ADIR-R et l'ADOS face au diagnostic différentiel des troubles du spectre autistique: intérêts, limites et ouvertures, L'Encéphale, 2019-11-01, Volume 45, Numéro 5, p 441-448.
5. Gabarre J. Henri Ey et la pensée psychiatrique contemporaine, Les empêcheurs de penser en rond, 1977.
6. Hersch J. L'étonnement philosophique Gallimard 1981.
7. Jaspers K. Philosophie éditions Springer-Verlag 1932.
8. LeBlanc JJ Fagiolini M, Autism: A «Critical Period» Disorder? Neural Plasticity 2011 (2090-5904) :921680.
9. Le Moigne J.L. Les épistémologies constructivistes Flammarion 2021 10/.
10. Levinas E. Totalité et infini, édition Martinus Nijhoff 1971.
11. Mottet G. Autism Spectrum Disorder (ASD) and « Late Modernity »: What Correlations ? London Journal of Research in Humanities and Social Science Volume 25/ Issue 6/ Compilation 10.
12. Mottron L. Les «traits autistiques» ne sont pas autistiques dans Cohortes d'enfants et développement à risque 2021/3 p 293-311 éditions Enfance PUF.
13. Plusquellec A. Etude du trouble du spectre autistique: vers un modèle développemental neuroconstructiviste Ecole doctorale de Sciences d'Amiens 2018 14/.
14. Tatossian A. Qu'est-ce-que la clinique? Confrontations Psychiatriques, 30, 55-61, 1989.
15. Tatossian A. Symptôme et maladie en psychiatrie: sur les présupposés de la psychopathologie quantitative, intervention du 28/04/1980 aux IXe journées de Méthodologie de la Recherche en Psychiatrie, Marseille, Psychologie Médicale, 1981, 6, 13, 879-881, repris dans le 3^e Tome des Œuvres complètes, MJW Féditions Paris 2020, p 245-250.
16. Tordjman S. Les instruments d'évaluation de l'autisme: intérêts et limites, Psychiatrie de l'Enfant, 2002/2 (vol. 45) p 533 à 558, PUF.