

## Lire dans le texte le guide HAS des parcours TSLA et penser l'avenir des CMPP

### Introduction

J'ai découvert avec effarement au début du mois d'avril 2018 le document publié par la Haute Autorité de Santé sur les parcours TSLA, diffusé par Analyse Freudienne avec le *Manifeste pour la préservation des CMPP et la liberté d'exercice de ses acteurs*. Travaillant en CMPP, aucun collègue ne m'avait parlé de ces recommandations parues en janvier. Elles peuvent inclure potentiellement un grand nombre d'enfants qui y sont adressés. Je les ai donc lues car comment j'allais décider si je m'associais au manifeste sans avoir parcouru attentivement ce qu'il s'agissait de combattre ? D'où il m'est venu une nécessité de commenter ce document étrange et contorsionné qui se fait passer pour la synthèse des consignes les mieux avisées à l'intention des fonctionnaires concernés et de tous les professionnels susceptibles de l'être. La voix officielle de la science administrant les êtres vivants qui en eux mêmes ne feraient que reconfirmer ses hypothèses vérifiées et devenues lois naturelles. Les savants décontractés du *Meilleur des mondes* s'y prendraient mieux. Ce travail de plume est angoissé et empressé d'imposer des changements. La vérité qu'il proclame n'est pas encore advenue dans la réalité.

Ce guide intitulé *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages*<sup>1</sup> propose une conception scientifique sous le nom de « Troubles spécifiques du langage et des apprentissages » et préconise une organisation des dispositifs de soin. Je m'excuse de vous livrer un commentaire un peu détaillé. Il ne m'a pas été possible de lire ce texte sans excès de décharges d'adrénaline tant que je ne me suis pas un peu plus documentée sur son contexte et notamment sur les rapports qui l'ont précédé.

### Une conception scientifique

Elle est développée en posant d'abord l'ampleur du phénomène. Il concernerait 8 % des enfants, d'après les études internationales<sup>2</sup>. A ce niveau épidémiologique premier, il est instructif de se reporter aux rapports antérieurs. En 2000, nous avions un aperçu de la complexité de la question épidémiologique avec une fréquence allant de 1% à 25% dans les pays d'Europe occidentale et Etats-Unis réunis<sup>3</sup>. D'autre part, dans une expertise collective de l'Inserm consacrée au sujet en 2007,<sup>4</sup> nous avons une réflexion sur l'épidémiologie : « la prévalence n'est pas connue, faute d'études représentatives de la population générale ! Néanmoins différents travaux estiment cette prévalence à "un peu moins de 5%" : la fréquence "scientifiquement énoncée" est comme tout affaire de compromis avec des variations qui font passer l'image du trouble de relativement marginal à une affaire de santé publique. D'autre part, les dyslexies représenteraient environ un quart des enfants ayant des difficultés de lecture ! »<sup>5</sup> Ces remarques de 2007 éclairent le pourcentage présenté sans contextualisation en 2018.

Deux aspects de la conception scientifique du guide TSLA me semblent à la

---

<sup>1</sup> *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?* Guide HAS, « Les parcours de soins », mis en ligne en décembre 2017.

<sup>2</sup> Ibid. p.7.

<sup>3</sup> J.C. Ringard et F. Veber, *Rapport sur les Troubles du langage*, 2000, lien présenté dans le Guide TSLA. p.24.

<sup>4</sup> Expertise collective *Dyslexie, Dysgraphie, Dyscalculie, Synthèse et Recommandations*, INSERM, 2007

<sup>5</sup> Ibid. p.84.

lecture le plus questionnant. La référence neurologique posée comme une certitude de l'origine dans un langage désormais apodictique d'une part et d'autre part la proposition d'une démarche diagnostique qui interdit la clinique, comme un danger que la clinique ferait peser sur un diagnostic pur. Je vais prendre ces deux aspects avant de présenter ma lecture de l'organisation des soins proposée.

L'apparition très insistante, c'est le point-pivot de tout le guide, de la notion que nous sommes devant un trouble neuro-développemental dont les fondements biologiques sont reconnus, est en contradiction formelle avec les conclusions de l'expertise de l'Inserm en 2007. Dans la *Synthèse et recommandations* de cette expertise, après un développement étayé, il est conclu que : « Tout paradigme d'un déterminisme exclusivement biologique n'a donc aucune justification ». <sup>6</sup> Plus encore, l'observation de fréquents troubles autres que des apprentissages chez les mêmes enfants conduit à l'hypothèse de la « pluralité et de l'interrelation des déterminismes » <sup>7</sup> ! En remontant plus loin dans le temps, au premier rapport auquel le guide 2018 fait référence – la question nous viendrait presque de demander quand le lien qui permet de le consulter sur le site de la HAS sera tout simplement supprimé - en 2000, la référence biologique transparait à peine. A la place, une référence à différentes conceptions étiologiques de la dyslexie, dont celle consistant à penser que la dyslexie serait une mal-lecture sans unité physiopathologique, s'inscrivant dans divers contextes cliniques. <sup>8</sup>

Rien n'est dit dans le guide de 2018 sur ce changement où l'on est passé d'une discussion sur des conceptions possibles à une seule conception sans discussion. D'ailleurs, l'expertise Inserm n'est pas ou à peine mentionnée. L'idée semble être qu'en étant plus scientifique, le paradigme nouveau s'impose de lui même. <sup>9</sup> Il s'agit bien sûr analyser les symptômes et de comprendre mais comprendre les processus cognitifs en jeu et pas autre chose pour parvenir à un « cheminement vers un diagnostic ». Ceci grâce à une « démarche psychologique et neuropsychologique, hypothético-déductive et dynamique » ! <sup>10</sup> Toutes les précautions sont prises pour qu'il n'y ait pas de déviation

---

<sup>6</sup> Des études de gènes (impliqués dans la migration de neurones situés dans des aires cérébrales recrutées plus tard dans les apprentissages) encouragent à l'hypothèse d'une participation génétique mais : « S'agit-il pour autant de la découverte "des gènes de la dyslexie" ? Il s'agit tout au plus d'allèles qui augmentent le risque de développer une dyslexie en fonction de l'interaction avec de très nombreux autres facteurs (biochimiques, traumatiques, linguistiques, socio-éducatifs, psychologiques...). Cela ne signifie pas non plus que la cause primaire est toujours génétique, d'autres facteurs sont susceptibles d'être impliqués de manière isolée ou ensemble. Tout paradigme d'un déterminisme exclusivement biologique n'a donc aucune justification. » Opus cité. p. 86.

<sup>7</sup> « Dyslexie, dysorthographe et dyscalculie peuvent être également associées à des troubles émotionnels (troubles anxio-dépressifs) et comportementaux, secondaires à la situation de difficultés scolaires rencontrées ou s'inscrivant dans une véritable comorbidité. Cette deuxième éventualité laisse ouverte la question de la pluralité et de l'interrelation des déterminismes » p.85.

<sup>8</sup> « - des incertitudes existent toujours quand à l'étiologie, à la sémiologie et à la définition de la dyslexie et de la dysphasie ; - ces termes, dans la littérature de recherches, ne sont plus utilisés ; - les polémiques perdurent concernant la dyslexie : est-ce un trouble ou est-ce une "mal-lecture" ? » p. 57.

<sup>9</sup> En quoi les équipes qui se sont penchées sur les recherches dans le cadre de l'Inserm et ont compulsé des milliers de publications il y a seulement 10 années seraient moins scientifiques en se permettant d'analyser les résultats ? Il se dégage de la lecture du guide 2018 une véritable crispation sur la pensée même des professionnels...

<sup>10</sup> Opus cité p. 29. Il est bien spécifié que « L'évaluation comporte une analyse des symptômes, la compréhension des processus cognitifs à l'origine des troubles de l'enfant considéré et le cheminement vers un diagnostic. » L'objectif est de « mettre en évidence le(s) trouble(s) spécifique(s) explicatif(s) des troubles spécifiques des apprentissages au travers du diagnostic ou dans le cadre des hypothèses diagnostiques ». On part du cognitif et on arrive dans le cognitif... Mais on ne peut éviter d'ajouter que « En cas de signes d'appel dans la sphère émotionnelle ou comportementale, un avis pédopsychiatrique sera sollicité ».p.29.

vers des idées psychopathologiques autres que cognitives et d'abord dans l'effort constant de répétition dans le texte qu'il s'agit de troubles cognitifs, relevant d'une évaluation cognitive initiale, puis pratiquement continue, de traitements rééducatifs visant à développer ou corriger des fonctions ou des dysfonctionnements cognitifs, d'équipes où chaque membre est formée aux TSLA et aux outils d'évaluation des compétences cognitives... Ceci est presque un aveu des rédacteurs concernant la faiblesse scientifique de leur travail, une pensée circulaire : on trouve le trouble spécifique parce qu'on ne pense qu'en termes cognitifs.

C'est le deuxième aspect questionnant sur ces TSLA : il faut diagnostiquer positivement le trouble basé sur l'hypothèse d'un déficit neurologique perturbant le fonctionnement dans un des champs de compétence cognitive défini pour l'âge : le langage oral ou écrit ou encore le calcul ou « l'organisation motrice ». Pour cela, on évalue le fonctionnement de ces compétences. Mais le diagnostic comporte l'élimination des diagnostics différentiels d'ordre psychologique ou psychiatrique. Le guide propose de se passer de psychologues cliniciens ou de psychiatres, sauf en cas de suspicion motivée. C'est là où nous pouvons pressentir les errements à venir, puisque nous savons que lors d'un examen clinique, les symptômes et interrelations entre symptômes ne sont pas donnés d'emblée, pas même nécessairement en réponse à des questions précises et l'art du clinicien est de les entendre et de permettre leur expression dans le cadre d'une relation thérapeutique. Cette partie la plus délicate de la clinique est supprimée. Les relations entre le langage et les apprentissages et le développement global de l'enfant incluant le développement psychique telle qu'abordée cliniquement en pédopsychiatrie sont coupées.

Ajoutons que de nombreux symptômes sont cités comme pouvant être la conséquence des TSLA, comme le sur- ou sous-investissement du langage, une opposition, un refus d'aller à l'école, une agitation, des comportements d'évitement, des manifestations somatiques, un sommeil perturbé... Mais finalement, le sentiment qui s'en dégage est que cette pensée causale-là servira aussi longtemps qu'on voudra et qu'on l'abandonnera quand on voudra en désignant une comorbidité ou même un changement de diagnostic. En effet, le diagnostic différentiel et des comorbidités sont l'obsession de la démarche diagnostique qui se repose tout au long du parcours, surtout en cas d'échec. Reste à savoir si on abandonnera seulement son idée ou bien aussi l'enfant...

### L'organisation concrète du parcours de santé

Un effort langagier considérable est développé pour marquer la volonté ferme et indiscutable d'organiser le parcours comme dispositif lui-même issu de la connaissance scientifique : si le guide affirme ne pas être une recommandation des pratiques, il les contient pourtant. Les deux aspects essentiels sont :

-l'évaluation initiale et ensuite très régulière de l'enfant, le lien entre tous les professionnels basé sur une pratique des évaluations standardisées, leur partage et leur discussion.

-la hiérarchisation des « parcours » appelés niveau 1, 2 et 3, selon la sévérité et/ou la complexité des troubles.

Le niveau 1 s'organise en amont des équipes spécialisées, autour du médecin de l'enfant (généraliste ou pédiatre) ou dans certains cas un psychologue. Ce qui est proposé comme tâche au médecin généraliste semble irréaliste et surdimensionné, laissant penser que des médecins généralistes se spécialiseraient dans la gestion de

dossiers TSLA<sup>11</sup>. Les prises en charge de l'enfant sont scolaires (des remédiations cognitives dans les classes) et rééducatives, les orthophonistes et les psychomotriciens étant bien entendu orientés comme il le faut dans la rééducation et l'évaluation sur un plan cognitif. L'important est le diagnostic et la mesure du trouble. Les parents sont « experts » de leur enfant et les liens avec les associations de familles TSLA sont préconisés.

Le niveau 2 est une équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité d'un médecin coordinateur. C'est là qu'est l'innovation. Cette équipe peut être institutionnellement constituée ou libérale. Elle est recrutée sur des prérequis, un cahier des charges précis. Il est intéressant de lire la description des prérequis. Il ne sera pas du tout nécessaire d'être psychiatre et être psychiatre ne suffira pas du tout. Il faudra présenter une compétence en TSLA, un diplôme dans ce domaine, plus une expérience, plus une motivation et une volonté de se conformer au programme théorique et pratique que propose le guide et sans doute bientôt par les recommandations HAS ! Pour exemple, les spécialités proposées pour pouvoir candidater seront : médecin généraliste, pédiatre, neurologue, neuropédiatre, pédopsychiatre, médecin de médecine physique et réadaptation. Ce coordinateur ne semble pas avoir de tâche thérapeutique. Cette tâche est déléguée en périphérie à un psychologue ou un pédopsychiatre pour s'occuper des troubles associés ou des comorbidités si besoin. Il est impératif d'écrire, de consigner : « projet de soins » doublé encore d'un « projet individuel » plus pratique, que l'enfant et la famille peuvent apporter partout. Ces rédactions sont extrêmement détaillées, signées, réactualisées. Le coordinateur lui-même est doublé d'un « référent de l'enfant » qui fait à peu près la même chose mais plus près, plus en suivi. L'impression que cela donne est qu'il y a un appel à la constitution d'équipes TSLA de niveau 2, pas du tout nécessairement dans le champ médico-social, ni hospitalier. Mais des accompagnements sont prévus aux équipes qui souhaiteraient se former.

Le niveau 3 est celui des Centres de référence des troubles du langage et des apprentissages qui ne devront recevoir que les cas « complexes » ou « très complexes » et dont certains fonctionnent depuis des années, sur des préalables théorico-cliniques qui sont d'ailleurs loin de présenter l'homogénéité ici exigée.

### Conséquences et perspectives

Les structures médico-sociales sont mentionnées une fois tout à la fin du document à propos du financement des soins des TSLA : il s'agit de financer les soins diagnostics et rééducatifs indépendamment du cadre de rattachement. Par exemple, financement des soins TSLA même si par ailleurs il y a une prise en charge en structure médico-sociale<sup>12</sup>.

Je ne pense pas que les CMPP se retrouveront face à l'alternative : devenir des équipes de niveau 2 ou disparaître. La construction de l'objet « TSLA » me paraît trop restrictive et trop de scories retomberont sur l'existant sauf à entrer dans des perturbations sociales et familiales très importantes. Le guide ne détaille pas bien sûr comment les nouvelles équipes seront financées, mais il est facile de voir l'idée : en cas de regroupement de libéraux, on revoit des cotations et ils se payent en tant que

---

<sup>11</sup> Un examen basé sur des connaissances en matière de TSLA avec pratique d'outils standardisés, plus un examen digne d'un examen pédopsychiatrique familial et individuel complet, plus l'organisation de synthèses, des échanges d'information avec tout le monde et particulièrement l'école, une intervention au niveau des adaptations pédagogiques, le tout à l'aide d'un dossier médical partagé (DMP).

<sup>12</sup> Opus cité p.36.

libéraux. En cas d'équipes déjà constituées, elles fonctionnent déjà, elles pourront être renforcées. La seule autre évocation du médico-social est la préconisation de la Commission de la Naissance et de la Santé de l'Enfant présente en annexe : clarifier le rôle de chacun des intervenants du champ sanitaire, éducatif et médico-social autour de la prise en charge d'enfants atteints de troubles des apprentissages<sup>13</sup>. Ce type de souhait est régulièrement exprimé dans tous les rapports, signifiant qu'on continue comme on fait jusqu'ici mais qu'on voudrait rationaliser davantage. Certains enfants suivant un « parcours » préconisé ne devraient plus entrer en toute logique dans les soins proposés par les CMPP, ou bien, en sortir à la faveur d'un diagnostic invalidant celui du CMPP. Mais la plupart de ceux ayant une difficulté de langage oral ou écrit suivent déjà un parcours de rééducation sans consulter un psychologue clinicien ou un psychiatre. Les structures de soin devraient rapidement être sollicitées pour les comorbidités et les diagnostics différentiels des TSLA, sauf à envisager leur étranglement à la faveur de suivis en libéral grâce aux psychologues remboursés par la Sécu notamment. Les niveaux 1, 2 et 3 sont en préparation depuis au moins 2013.<sup>14</sup> Parmi les personnalités ayant contribué à l'élaboration du guide 2018 : beaucoup de psychiatres et de pédopsychiatres, des associations et les fédérations d'associations représentatives de chacune des professions impliquées dans les équipes pluri-professionnelles, d'autres fédérations dont l'ancrage est la structure institutionnelle avec notamment la Fédération des CMPP, les représentations issues de l'Education Nationale, les associations de famille... La légitimité sociale du guide TSLA semble être au rendez-vous.

Mais cet énorme appareil des parcours en niveaux pour les enfants TSLA sera-t-il, pourra-t-il être évalué ? Les résultats du travail des équipes de niveau 2 le serait par qui, par quoi, comment et quand ? En attendant, pourquoi ne propose-t-on pas de se faire une idée des résultats et services rendus par l'existant, par nos centres et nos soins bigarrés, particuliers, au cas par cas ? Des milliers, des dizaines de milliers d'enfants sont traités dans les CMP et CMPP et les cas de mécontentement tirés en épingle et portés au flambeau mais pourtant... si nous étions inefficaces, les gens seraient-ils assez sots pour continuer à affluer et à venir avec régularité et surtout depuis si longtemps ? Ce sont les commissions des HAS qui ne semblent pas pouvoir reconnaître les soins que nous pratiquons, pas les gens.

Mais il ne suffit pas d'en faire le constat pour nous mêmes. Comment réagir ? Attaquer l'idéologie délétère du guide TSLA risque de rester inefficace et incompris. La société est impressionnée par le pouvoir de la science. Et comme on peut le constater pour d'autres diagnostics, les familles sont intimidées au point d'être sidérées par les dispositifs mis en œuvre, les machines qui examinent leurs enfants, les discours experts pleins de mots savants, jusqu'à perdre leur capacité et compétence parentale. Il ne s'agit pas de contester les recommandations sur les parcours TSLA pour garder le contrôle sur un fonctionnement inchangé des CMPP et s'opposer à l'idée d'un changement. Mais il est urgent de réfléchir au danger potentiel du diagnostic TSLA pour certains enfants. D'autre part, la compétence thérapeutique des équipes de CMPP est trop précieuse pour ne pas interroger une construction officiellement proposée pour représenter une alternative complète à une partie de leur activité invalidée ainsi. Sans doute, la majorité des enfants concernés se trouve déjà dans des circuits autres, en particulier en rééducation libérale. L'échec ou les résultats insuffisants des rééducations conduit aux revendications renforcées des associations de parents et aux surenchères des

---

<sup>13</sup> Ibid. p 42.

<sup>14</sup> « Parcours de soins des enfants atteints de troubles du langage et des apprentissages », Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant, séance du mardi 18 juin 2013

professionnels pour lesquels le « trouble neuro-développemental » centre toute la problématique. La HAS, machine infernale qui organise un simulacre de démocratie des savoirs continue à brasser tout le champ de la psychiatrie, perfusée par des lobbys dont les projets comportent certainement d’engloutir des supports institutionnels pour les utiliser à d’autres fins. Comment préserver les CMPP ? Comment mettre en relief l’apport de vie et le gain de développement apporté aux enfants dans les CMPP sans dénaturer ce travail ni instrumentaliser ses bénéficiaires ? Il est nécessaire d’inventer des formes nouvelles de visibilité à la cause des enfants et de leur devenir sujet dans un monde où soutenir une subjectivité propre est de plus en plus compliqué et jalonné d’obstacles. Il est fondamental d’associer les énergies et de rencontrer les soutiens que méritent les enfants de la part de tous ceux qui ne souhaitent pas les voir exposés à devenir des porteurs de trouble dans une logique de déficit et de réparation qui coupe le lien entre la construction de la vie psychique et tous les aspects de la vie d’un enfant, y compris le meilleur parti qu’il peut tirer de ses capacités. Le constat de ce lien indispensable est la base d’une contestation partout où cela est possible du guide TSLA, de toutes les façons possibles et surtout par tous.

Anna Konrad