



À contre-courant : les approches psychodynamiques de l'enfance agitée en France, entre crise et résistance

Against the tide: psychodynamic approaches to agitated childhood in France, between crisis and resistance


Céline Borelle^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9945-7075>
E-mail: celine.borelle@orange.com


Jean-Sébastien Eideliman^b

 <https://orcid.org/0000-0001-9533-676X>
E-mail: jean-sebastien.eideliman@parisdescartes.fr


Maïa Fansten^c

 <https://orcid.org/0000-0002-6980-0319>
E-mail: maia.fansten@parisdescartes.fr

Maëlle Planche^c

 <https://orcid.org/0000-0003-1806-8532>
E-mail: maelle.planche@laposte.net

Amélie Turlais^d

 <https://orcid.org/0000-0002-6235-9831>
E-mail: ameliet@yahoo.co.uk

^aOrange Labs. Département de Recherche en Sciences Sociales. Paris, France.

^bUniversité Paris Descartes. Centre de Recherche sur les Liens Sociaux. Paris, France.

^cUniversité Paris Descartes. Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société. Paris, France.

^dUniversité Paris X Nanterre. Nanterre, France.

Résumé

La psychanalyse est-elle en crise ? Ce thème s'est avéré récurrent dans les propos des professionnels travaillant selon une orientation psychanalytique que nous avons croisés lors d'une enquête collective sur les trajectoires des enfants considérés comme agités en France. Durant cette recherche, nous avons mené des entretiens avec des enfants et leur entourage, avec des professionnels travaillant dans des centres de soin, des écoles et des Maisons départementales des personnes handicapées ; nous avons également conduit des observations et recueilli des données dans des centres de soin. Dans ces lieux, nous avons observé une diversité de pratiques, mais dont une nette majorité se revendiquait de manière plus ou moins stricte de la psychanalyse, ou plus largement d'approches psychodynamiques. Après avoir présenté quelques principes qui fondent l'approche psychodynamique de l'agitation, l'article revient sur le sentiment de crise que manifestent les professionnels rencontrés et sur les raisons qui peuvent en être à l'origine. Un détour par une analyse réflexive de nos relations d'enquête permet de mieux mettre en lumière les conséquences de ce climat sur le travail quotidien en général et sur les relations avec les partenaires institutionnels en particulier.

Mots-clés : Enfance ; Centres de Soins ; Psychanalyse ; Troubles du Comportement ; Ethnographie.

Courrier

Jean-Sébastien Eideliman
Université Paris Descartes. 45, Rue des Saints-Pères. Paris, France.
75006.

Abstract

Is psychoanalysis in crisis? This theme turned out to be recurrent in the comments of professionals working with a psychoanalytical orientation that we encountered during a collective survey on the trajectories of children considered as agitated in France. During this research, we conducted interviews with children and their families, with professionals working in care centres, schools and public administration; we also conducted observations and collected data in care centres. In these places, we observed a diversity of practices, but a clear majority of which claimed to be more or less strictly psychoanalytical or more broadly psychodynamic approaches. After presenting some principles that underlie the psychodynamic approach of agitation, the article discusses the crisis feeling expressed by the professionals met and the reasons that may have caused it. A detour through a reflective analysis of our investigative relationships helps to shed more light on the consequences of this climate on daily work in general and on relations with institutional partners in particular.

Keywords: Childhood; Care Centres; Psychoanalysis; Behavioural Disorders; Ethnography.

Introduction

La notion de crise fait partie de ces termes polysémiques qui ont essaimé dans de nombreux secteurs par leur capacité à représenter un ensemble de situations et de sentiments hétérogènes.¹ Crise économique, crise sociale, crise de l'institution familiale, crise de la démocratie mais aussi crise d'adolescence, crise de colère, crise conjugale ou crise identitaire, rares sont les secteurs et les individus qui un jour ou l'autre ne connaissent pas la crise, ou en tout cas qui ne disent pas la connaître. En sciences sociales, le terme est également très utilisé pour décrire un ensemble de phénomènes eux aussi disparates, de la *Crise de l'État-providence* (Rosanvallon, 1981) à la *Crise des banlieues* (Stébé, 1999) en passant par la *Crise du lien social* (Farrugia, 1993). Bien souvent, les analyses qui prennent le mot au sérieux remontent à son étymologie, qui renvoie aux décisions critiques que certaines situations imposent, la crise étant alors pensée comme un moment de désordre qui précède une remise en ordre. Michel Dobry (1986) va plus loin dans sa *Sociologie des crises politiques* en montrant que la spécificité des véritables crises est « d'affecter simultanément plusieurs sphères sociales différenciées d'une même société » (Dobry, 1986, p. 13), c'est-à-dire de produire une nouvelle articulation entre des sphères jusque-là déconnectées, avant qu'un nouvel agencement permette le retour à un fonctionnement indépendant de ces sphères.

La psychanalyse est-elle, elle aussi, en crise ? À en croire ceux qui l'exercent, oui, à n'en pas douter, même si cette préoccupation n'est pas nouvelle. Le thème de la crise été récurrent dans les propos des professionnels travaillant selon une orientation psychanalytique que nous avons croisés lors de notre enquête collective sur les parcours des enfants considérés comme agités. Durant cette recherche, nous avons mené des entretiens avec des enfants et leur entourage (77 entretiens menés auprès de 59 familles différentes), avec des professionnels travaillant dans des centres

¹ Nous remercions la Fondation Pfizer et l'IRESP, qui ont permis à cette recherche de naître et de se poursuivre pendant quatre ans. Nous remercions également l'ensemble des participants à la recherche SAGE (Les sens de l'agitation chez l'enfant), à l'Université Paris Descartes et à l'Université Lille 3. Nous remercions aussi les personnes qui nous ont écoutés, conseillés et critiqués de manière constructive, en particulier Isabelle Coutant, Isabelle Ville et Nicolas Dodier. Nous remercions enfin l'ensemble des personnes qui ont accepté de nous recevoir et de nous faire part de leur expérience lors de nos enquêtes de terrain.

de soin (45 entretiens), des écoles (21 entretiens) et des Maisons départementales des personnes handicapées (12 entretiens) ; nous avons également conduit des observations et recueilli des données dans des centres de soin (plus de 300 observations de réunions, consultations et ateliers thérapeutiques ; constitution d'une base de données comprenant plus de 800 situations). Dans les lieux de soins étudiés, nous avons mené des enquêtes par entretiens, observations souvent participantes et recueil de données. Ainsi, un binôme de chercheurs a passé en tout quatre ans à participer, parfois conjointement mais surtout l'un puis l'autre, aux réunions de staff et à des groupes thérapeutiques à raison d'un jour et demi par semaine en moyenne (« hôpital de jour des quartiers Sud de Paris » ci-dessous) ; une chercheuse a passé deux ans dans plusieurs lieux de soin d'un même arrondissement parisien, à raison en moyenne de deux jours par semaine : observation de réunions, participation à des groupes thérapeutiques, observation de consultations (« quartiers Nord de Paris ») ; une chercheuse a passé un an dans plusieurs lieux de soin d'un quartier d'une ville située dans le département du Nord et a là aussi observé un grand nombre de réunion et de situations de soin (« pôle de santé mentale dans le Nord de la France »). D'autres lieux de soin, qui ne sont pas décrits dans cet article, ont été investigués par d'autres chercheurs lors de l'enquête collective et feront l'objet d'autres publications, même s'ils alimentent de manière plus diffuse la réflexion présentée ici.

Si nous avons observé dans ces lieux de soin une diversité de pratiques, une nette majorité se revendiquaient de manière plus ou moins stricte de la psychanalyse, ou, plus largement d'approches psychodynamiques.² Les approches dites psychodynamiques regroupent elles-mêmes une diversité de techniques liées à la psychanalyse,

qui vont de la cure psychanalytique classique aux psychothérapies longues ou brèves, d'adultes ou d'enfants. Avec ces derniers, la psychothérapie prend forcément un tour particulier : la médiation passe généralement par le dessin ou le jeu, le thérapeute s'autorise davantage à souligner et analyser le *transfert*,³ enfin la durée de la psychothérapie est généralement plus courte (quelques semaines) que dans le cas d'une thérapie classique (qui peut durer plusieurs années). Dans tous les cas, ces approches se caractérisent par la référence sous-jacente à la théorie psychanalytique, la recherche d'une prise de conscience (« *insight* ») par le sujet et/ou l'obtention d'un changement de personnalité, enfin l'usage de techniques mettant l'accent sur le travail d'interprétation et d'analyse du transfert (Cancel et al., 2004).

Les centres de santé que nous avons étudiés ont aussi la particularité de relever de la psychiatrie publique (CMP,⁴ hôpitaux de jour...) et reçoivent donc une grande diversité de patients, tant en termes de symptômes que de conditions sociales. Dans ce contexte, les professionnels se référant aux approches psychodynamiques sont particulièrement sur la défensive. Ce qui pourrait surprendre car ils restent toutefois majoritaires, surtout dans les institutions dites de secteur. La création de ce dernier, en mars 1960, et surtout sa relance au début des années 1970 (Henckes, 2015), se sont en effet produites dans un contexte où la psychanalyse avait une place centrale en psychiatrie, et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent spécifiquement. Près de 60 plus tard, son influence s'est fortement érodée, mais résiste en France mieux qu'ailleurs (Fansten, 2018).

Notre propos ici n'est pas de statuer sur le déclin supposé de la psychanalyse. Nous tâcherons plutôt d'analyser ce sentiment de crise, de comprendre ce qu'il recouvre et ce qu'il révèle. Certes, notre enquête sur les parcours d'enfants considérés comme agités

2 Il faut dire que la pédopsychiatrie d'inspiration psychanalytique a été le courant dominant pendant de nombreuses décennies en France et la psychanalyse a encore un poids important dans les institutions de santé mentale, comme dans un certain nombre de CMPP ou de CMP (Fansten, 2018).

3 Le transfert est un concept majeur en psychanalyse, il désigne le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent et se répètent dans la relation thérapeutique. Par exemple, le patient met inconsciemment le thérapeute dans une position parentale et rejoue, dans la thérapie, des situations qui semblent concerner le thérapeute mais qui se rapportent en réalité à ces scènes et affects familiaux. Par rapport à d'autres formes de psychothérapie, la psychanalyse se distingue par le fait que le transfert et son interprétation sont un instrument de guérison essentiel.

4 Les Centre Médico-Psychologiques (CMP) sont des structures publiques de consultation et de traitement ambulatoire rattachées à l'hôpital de secteur de pédopsychiatrie.

nous a amenés à ne rencontrer qu'une partie très spécifique des professionnels utilisant des approches psychodynamiques, ce qui ne nous permet pas de dresser un panorama général de leur situation ni même de leurs impressions. Mais elle nous renseigne sur certaines transformations profondes dans le champ de l'accompagnement de ces enfants. Nous chercherons donc à comprendre les raisons de ce sentiment de crise, les modalités que peut prendre ce discours défensif, ainsi que ses conséquences sur les manières de travailler avec les enfants et les différents partenaires. Nous montrerons notamment que ces positionnements professionnels peuvent être reliés à des processus sociaux plus généraux avec lesquels ils entrent en résonance.

Nous commencerons par présenter quelques-uns des grands principes qui fondent l'approche psychodynamique dans le cadre de structures d'accueil d'enfants présentant des symptômes d'agitation. Nous reviendrons alors sur le sentiment de crise manifesté par les professionnels rencontrés et sur ses origines possibles. Nous ferons ensuite un détour par une analyse réflexive de nos relations d'enquête, avant de mettre en lumière les conséquences de ce climat sur le travail quotidien en général et les relations avec les partenaires institutionnels en particulier.

L'agitation infantile, trouble ou symptôme ?

L'une des premières caractéristiques de l'approche psychanalytique de l'agitation par rapport aux approches cognitivo-comportementale et en particulier à celles qui reconnaissent l'existence du syndrome de TDA/H (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité), est de considérer l'agitation comme un symptôme, c'est-à-dire comme la manifestation de problèmes et de conflits psychiques qu'il convient d'élucider et de travailler directement. Se contenter de lutter contre les manifestations superficielles et symptomatiques est alors perçu comme inutile (puisqu'on ne s'attaque pas aux véritables problèmes qui provoqueront tôt ou tard

d'autres manifestations plus ou moins gênantes), mais même néfaste, puisqu'on fait disparaître le symptôme à partir duquel on peut rechercher le conflit ou désordre sous-jacent. Étienne, psychomotricien dans un pôle de santé mentale dans le Nord de la France, compare ainsi, lors d'une discussion informelle, le diagnostic de TDA/H au fait de dire « Je souffre de la fièvre » ; il commente : « L'agitation n'est pas une pathologie, c'est un symptôme. »

À l'appui de cette grille de lecture, les professionnels que nous avons rencontrés mobilisent fréquemment le fait que les enfants pris en charge ne soient pas agités partout, dans tous leurs contextes de vie. Cela montre selon eux que l'agitation n'est pas liée à une tendance irrépressible au mouvement désordonné, mais qu'elle est plutôt une réaction défensive à certaines situations perturbantes en lien avec l'histoire à la fois psychique et sociale des enfants, la frontière entre ces deux dimensions étant parfois difficile à tracer pour les professionnels (Borelle, 2017).

Selon cette approche, le fait que l'agitation puisse être fortement réduite par l'usage de médicaments à base de méthylphénidate⁵ signifie uniquement que le médicament fait disparaître le symptôme, mais laisse intacte la problématique de l'enfant concerné. Selon ces professionnels, les problèmes relationnels étant complexes à démêler et à caractériser, ils se laissent facilement confondre avec d'autres problèmes, conduisant à des erreurs de diagnostic, surtout si ce dernier s'appuie sur l'efficacité apparente, mais trompeuse, de molécules comme le méthylphénidate. Dans cette logique, l'administration de médicaments tend à focaliser le problème sur la seule personne de l'enfant et à méconnaître ce faisant les dynamiques familiales dans lesquelles s'inscrit et auxquelles répond ce symptôme.

Mais l'inscription dans une approche psychanalytique ne signifie pas pour autant un refus systématique du traitement médicamenteux. Il arrive ainsi, comme nous l'avons vu dans un CMP situé dans les quartiers Nord de Paris, que différentes approches cohabitent autour d'une ossature théorique plutôt psychodynamique. Les médicaments y sont utilisés dans une optique particulière : ils sont vus comme

5 Comme la Ritaline®, le Quazym®, ou le Concerta®. L'efficacité du méthylphénidate est elle-même un critère de validation du diagnostic de TDA/H.

une première étape, qui consiste à la fois à « calmer l'enfant » et à « calmer l'école », pour permettre de s'engager éventuellement, dans un deuxième temps, dans une prise en charge relevant des approches psychodynamiques. Ainsi, Pierre, 9 ans, diabétique et très agité, est sous Ritaline depuis quelques semaines lorsque nous le rencontrons dans le cadre d'une observation. Il est suivi par la pédopsychiatre chef de service, qui le décrit en réunion comme un enfant « distractile », qui « cherche les limites ». Elle s'interroge sur le père de Pierre qu'elle décrit comme « distant avec son fils mais paradoxalement opposé à l'idée de le mettre en internat ». Elle constate que Pierre est très en demande vis-à-vis de son père et trouve positif qu'il soit en mesure de « parler un peu ». C'est ce qui a conduit à envisager pour lui la mise en place d'un suivi thérapeutique, de séances de shiatsu et d'un maintien du traitement par Ritaline pour le moment.

Si les médicaments peuvent, dans certains lieux et certains cas, être envisagés pour accompagner la prise en charge, l'instrument central de cette dernière reste la parole. Celle-ci est conçue comme efficace à plusieurs niveaux : les soignants sont d'abord chargés de mettre en mots les comportements, les affects, les pulsions des enfants, de manière à produire cet « *insight* » crucial dans une psychothérapie. Cette mise en mots doit susciter, à plus ou moins brève échéance, une mise en mots de l'enfant lui-même, censée venir remplacer en partie certains « passages à l'acte », c'est-à-dire un recours à des gestes, potentiellement violents, qui expriment l'indicible. Enfin, l'élaboration collective du sens à donner aux comportements de l'enfant, qui s'effectue en réunion d'équipe (les « synthèses » ou les « reprises »), arme les soignants en modifiant leur regard sur l'enfant, voire les émotions qu'ils éprouvent face à lui (le « contre-transfert »).

Dans un hôpital de jour situé dans les quartiers Sud de Paris par exemple, qui accueille des enfants agités venant le plus souvent de familles précarisées, en général deux demi-journées par semaine, les enfants sont pris en charge en « groupes thérapeutiques ». Durant ces groupes, de trois ou quatre individus, ils échangent autour d'une « médiation », qui peut être un jeu (Lego, Playmobil), une activité artistique (dessin, musique, vidéo), une activité sportive (foot, basket) ou encore la lecture de contes. Ces médiations sont

conçues comme des moments thérapeutiques dans la mesure où les soignants reprennent en équipe (brièvement lors de débriefings ou plus longuement lors de la synthèse hebdomadaire) ce qui s'y passe et élaborent alors collectivement le sens à donner aux interactions avec les enfants, déplaçant ainsi leurs affects, leurs interprétations mais aussi leurs comportements vis-à-vis des enfants lors des séances suivantes. Il s'agit parfois, comme le dit l'une des psychologues en réunion, de « transformer un crachat en une représentation », c'est-à-dire de comprendre que le crachat en question n'est pas une attaque personnelle envers un soignant, mais une manière de questionner le lien à l'adulte. C'est une forme de pré-langage, qui deviendra langage une fois que le lien sera considéré comme fiable et que les mouvements pulsionnels et défensifs de l'enfant auront pu être apaisés. Pour aider l'enfant à s'approprier progressivement des interprétations qu'ils pourraient ensuite faire siennes, les soignants ont souvent recours à un procédé langagier qui consiste à échanger entre soignants, en présence de l'enfant, des interprétations possibles de son comportement. C'est l'une des raisons pour lesquelles les soignants sont toujours plusieurs avec les enfants, en binôme la plupart du temps, mais parfois bien plus nombreux, comme par exemple sur le temps du goûter, qui sert de moment d'accueil pour les groupes « du soir » qui accueillent les enfants âgés de 6 à 14 ans. Voici un exemple typique de l'un de ces échanges, noté lors d'un goûter où nous étions présents :

- Soignant 1 : « Il a l'air en colère, Stéphane ! »
- Soignant 2 : « Oui, mais c'est certainement parce qu'hier, on a eu une réunion avec son école et sa maîtresse n'est pas très contente de lui. »
- Soignant 1 : « Ah, tu crois que c'est pour cela ? »
- L'enfant : « Ta gueule ! Non, c'est pas ça. »

Ce parti-pris de laisser les symptômes s'exprimer, avec l'idée que leur expression est le fondement du processus de guérison, ou du moins du chemin vers « l'aller mieux » (Demailly; Garnoussi, 2017), dès lors qu'elle devient maîtrisée par le langage et conscientisée, se heurte néanmoins à de nombreuses difficultés. Des difficultés exprimées par l'institution

scolaire qui se trouve, face à de tels comportements, à devoir gérer des questions d'ordre disciplinaire ne relevant pas de ce qu'elle considère être sa mission principale et l'empêchant de fonctionner. Mais aussi des difficultés liées au contexte de mise en cause des approches psychodynamiques, mises à mal par des critiques virulentes depuis plusieurs décennies et par la concurrence de techniques qui se présentent comme plus scientifiques et plus efficaces à court terme. C'est de ce terreau que naît chez les professionnels se réclamant de la psychanalyse eux-mêmes un sentiment de crise.

Crise et sentiment de crise

Ce sentiment de crise s'exprime parfois de manière explicite en réunion devant le constat de la progression, dans l'opinion publique, au sein des associations de patients et de parents et dans les services de santé, des approches concurrentes, en particulier cognitivo-comportementales. Ainsi, dans un CMP situé dans le Nord de la France, une psychologue affirme au cours d'une réunion :

La pédopsychiatrie est menacée, on est de plus en plus mis en cause. Il n'y a plus de psychisme, il n'y a que du neurocognitif. Ça a commencé avec l'autisme, puis ensuite, ça a été l'hyperactivité, et les dys aussi. La psychanalyse est remise en cause comme jamais. Sur les forums, les parents ne peuvent plus dire qu'ils sont contents de l'hôpital de jour, ils se font incendier. Il faut leur laisser le choix de la prise en charge ! C'est comme le documentaire « Le cerveau d'Hugo »,⁶ c'est caricatural et mensonger. Enfin c'est lié à ce qui se passe à Lille 3, c'est un désastre. Vinca Rivière,⁷ c'est la mort de la psychanalyse. Bref l'hôpital de jour est présenté comme un endroit où on laisse les parents dans un sas fermé. On leur prend leur enfant, ils ne savent pas ce qui est fait.

Cette psychologue condense ici un certain nombre de difficultés auxquelles la psychanalyse

doit actuellement faire face. D'une part, l'opposition entre cognitivo-comportementalisme et psychanalyse tourmente la communauté psychanalytique depuis plusieurs décennies et s'est notamment cristallisée autour du cas de l'autisme, remettant en question la « juridiction » (Abbott, 1988) de la psychanalyse. Les troubles autistiques, avec les troubles du comportement (Coutant, 2012), constituent les deux terrains où les psychanalystes se sont à la fois sentis dépossédés de leur « licence » (Hughes, 1996), et vu imposer une grille de lecture des troubles qui agrège derrière des notions considérées comme « fourre-tout » un grand nombre de situations auparavant renvoyées à des qualifications plus diverses (dysharmonie, psychose infantile, troubles du développement, hyperkinésie, troubles de la personnalité, personnalité borderline etc.). D'autre part, la montée en puissance des associations de parents dans la définition des politiques sanitaires (Chamak, 2008; Crossley, 2006) a plutôt fait le jeu des approches cognitivo-comportementales, plus promptes à établir les parents et leurs associations comme des partenaires, même sous conditions. Dans ce contexte, la revendication des parents de ne pas être laissés de côté, dans une ignorance plus ou moins grande des processus thérapeutiques mis en œuvre avec leur enfant, est davantage audible et vient renforcer les critiques contre la psychanalyse, accusée d'être culpabilisante et excluante pour les parents.

On peut voir un indice supplémentaire de ce sentiment de crise dans le décalage observé entre le vocabulaire employé en réunion interne et dans le cadre d'événements accueillant un public élargi organisés par les équipes : le terme de psychanalyse (et ses dérivés, comme psychanalytique) est davantage utilisé en interne, tandis que d'autres termes sont préférés en externe, comme « psychodynamique » ou « psychothérapie institutionnelle », qui renvoient en dehors des arènes spécialisées à des ensembles d'approches plus flous et moins connotés. Le sentiment de crise

6 « Le cerveau d'Hugo » est un documentaire-fiction français réalisé par Sophie Révil en 2012, qui présente de manière fictionnelle la vie d'une personne autiste depuis son enfance en utilisant des témoignages de personnes autistes. Il présente l'autisme à partir des perspectives désormais dominantes, donnant une place importante à une étiologie biologique.

7 Vinca Rivière est Professeure de psychologie à l'Université de Lille et chercheuse en psychologie du développement. Elle a notamment créé des formations et services permettant à des enfants autistes de suivre des traitements comportementaux, via l'association Pas à Pas qu'elle a également fondée.

s'ancre donc dans une réalité qui est, depuis la fin des années 1990, une fragilisation de la psychanalyse, y compris de l'intérieur du champ de la santé mentale où elle avait longtemps régné.⁸ Cette fragilisation se manifeste par sur différentes scènes, aussi bien intellectuelles, scientifiques, législatives, sociétales.

En effet, la psychanalyse a vu son hégémonie et son autorité « dégradées » dans la période récente (Lézé, 2010) à la fois par les réglementations concernant le titre de psychotérapeute (Fansten, 2006), la montée en puissance de la « psychiatrie des preuves » (Dodier; Rabeharisoa, 2006) et de l'impératif d'« efficacité thérapeutique » (Le Moigne, 2008), l'essor des neurosciences et de la figure du « sujet cérébral » (Ehrenberg, 2004) ou « *brainhood* » (Vidal, 2009). Les approches cognitivo-comportementales, on l'a vu, ont bénéficié du nouveau contexte instauré progressivement par la combinaison des mobilisations associatives de parents, auxquelles Internet a donné une ampleur inédite dans les dernières décennies (Akrich; Meadel, 2007), des transformations de la psychiatrie internationale depuis la publication en 1980 du DSM III⁹ (Demazeux, 2013) et de l'évolution de la place et du rôle donnés aux patients et à leurs proches, avec notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Parallèlement, les transformations du champ médico-social en général et des politiques du handicap en particulier ont posé de nouveaux défis aux approches psychodynamiques. D'abord structuré par les lois de 1975, qui créent notamment des commissions chargées de reconnaître, d'orienter les personnes handicapées et de leur ouvrir des droits (Tricart, 1981), le champ du handicap va encore se consolider et même s'élargir avec la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi donne en effet pour la première fois une définition légale du handicap, qui inclut de nouvelles origines possibles, en particulier les altérations psychiques et cognitives. Les psychiatres, majoritairement hostiles dès les années 1970 au concept de handicap (Castel,

1983), sont en 2005 plus favorables à la notion de handicap psychique portée par les associations de proches de malades mentaux comme l'UNAFAM et la FNAP-Psy (Chapireau, 2014). Les psychanalystes, y compris ceux qui sont psychiatres, vont cependant se montrer très majoritairement hostiles à cette nouvelle notion, qui consacre selon eux l'idée que les maladies mentales sont peu susceptibles d'évoluer et qui incite les individus à intégrer cette idée en contrepartie de l'ouverture d'un certain nombre de droits, matériels et financiers. Dans les faits, le champ médico-social s'appuie beaucoup sur l'expertise médicale et construit localement ses réseaux pour que des psychiatres participent plus ou moins directement à l'instruction des dossiers de demande de handicap dans le cas de problèmes liés à la santé mentale (Borelle, 2014). Cette collaboration structurée essentiellement autour du diagnostic médical fait de nouveau le jeu de ceux qui sont plus prompts à poser et à communiquer des diagnostics, ce qui n'est doublement pas dans la pratique habituelle des professionnels d'inspiration psychanalytique.

Enfin, l'évolution des politiques publiques dans le champ de la santé va dans le sens d'une rationalisation des soins et d'une standardisation des pratiques, avec par exemple des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), sur le TDA/H fin 2014 ou encore sur l'autisme depuis 2005, ou bien des rapports commandés auprès de grandes institutions de recherche (comme ceux de l'INSERM : en 2004 sur l'évaluation des psychothérapies et en 2005 sur les troubles des conduites). Cette logique de standardisation, qui vient reconfigurer l'autorité entre professionnels du monde psy, s'accorde là aussi difficilement avec une pratique psychanalytique qui met en avant la singularité des cas et plus généralement avec l'univers de sens et de valeurs de la communauté psychanalytique (Fansten, 2006).

Ces quelques rappels d'histoire récente de la santé mentale n'ont pas pour but d'objectiver un déclin de la psychanalyse, qui est à la fois évident si l'on compare sa situation actuelle avec celle qui était la sienne en

8 Les attaques contre la psychanalyse existaient bien avant également, mais elles se situaient dans un contexte de diffusion et d'autorité de la psychanalyse, en psychiatrie comme dans le paysage intellectuel et culturel français (Fansten, 2018).

9 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, devenu manuel de référence de classification des troubles mentaux, édité par l'Association américaine de psychiatrie.

France dans les années 1970, mais aussi extrêmement complexe à décrire finement sur une période plus récente. D'autant que la thématique du déclin de la psychanalyse est ancienne et récurrente¹⁰ et qu'au regard d'autres situations nationales, ce déclin peut être nuancé (Fansten, 2018). La psychanalyse reste en effet une référence théorique très présente dans le domaine de la santé mentale française contemporaine, en particulier dans les centres médico-psychologiques (CMP) qui sont des éléments essentiels du maillage territorial organisé par la logique du secteur psychiatrique. Mais mêmes ces lieux marqués par l'importance historique de la psychanalyse, se voient aujourd'hui traversés par de multiples tensions (Roos-Weil, 2016) que l'on voit à l'œuvre dans le quotidien des pratiques et des collaborations.

L'étude des « guerres du sujet »¹¹ (Ehrenberg, 2004) à l'échelle des pratiques psychiatriques ordinaires, plutôt qu'au niveau des positions de justification adoptées dans l'espace public, permet de prendre de la distance par rapport à des oppositions binaires, entre sens et action par exemple (Borelle, 2015). De la même manière, nous n'entendons pas dans cet article statuer sur l'issue de cette controverse mais plutôt faire la sociologie de cette issue telle qu'elle est vécue par les acteurs eux-mêmes, en s'intéressant notamment à l'impression actuelle des défenseurs de la psychanalyse qu'ils seraient en train de perdre la bataille. Notre objectif est ainsi de comprendre sur quoi s'appuient ce sentiment de crise et le discours défensif qui lui est lié, et ce qu'ils produisent dans les pratiques quotidiennes auprès d'enfants considérés comme agités.

La sociologie, alliée ou menace ?

Pour ce faire, nous proposons d'abord un détour réflexif par l'analyse du déroulement de nos enquêtes auprès de divers centres de santé accueillant des enfants susceptibles d'être qualifiés d'agités. L'histoire

de l'enquête, la façon dont des terrains se sont ouverts ou fermés et dont les collaborations, les méfiances ou les hostilités se sont organisées se comprennent en grande partie par les positions et les imaginaires des uns et des autres dans le contexte et en vertu du sentiment de crise que nous venons de décrire. Nos premières négociations ont été difficiles, en particulier dans un premier centre où nous avons pourtant un contact personnalisé. Nous nous sommes heurtés à une fermeture importante du terrain suite à la présentation de notre sujet, dans laquelle nous mettions alors en avant le diagnostic de TDA/H, comme qualification parmi d'autres des comportements étudiés. Ce centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), au sein duquel la référence psychanalytique était centrale, nous a accueillis, mais les discussions entre les professionnels ont rapidement fait surgir des réticences à répondre favorablement à notre demande, pour diverses raisons dont la principale était que l'introduction du terme d'hyperactivité, même s'il s'agissait de le dénaturiser, allait faire exister dans l'esprit des soignants une notion dont ils ne voulaient littéralement pas entendre parler.

Au contraire, dans plusieurs autres centres également ancrés dans une approche psychodynamique, l'entrée par l'agitation, que nous mettions davantage en avant suite à ces premières négociations difficiles, a permis l'établissement d'une relation de confiance assez rapide. Ce fut le cas dans les lieux dont il a été question plus haut, que ce soit l'hôpital de jour situé dans le Sud de Paris, le pôle de santé mentale et le CMP du Nord de la France. Ce fut également le cas dans des lieux présentant des similitudes d'approche et de modes de prise en charge avec les premiers cités, notamment un CATTP et un CMP situés également dans les quartiers Sud de Paris, ainsi qu'un pôle de santé mentale situé dans les quartiers Nord.¹² Si de manière générale, l'accès au terrain a été rapidement

10 Au début des années 2000, l'état de crise de la psychanalyse, sur un plan général et international, était à l'ordre du jour de nombreuses institutions psychanalytiques. Elle était inscrite dans les priorités des « stratégies d'avenir de l'IPA » (l'Association Psychanalytique Internationale), alors présidée par le français Daniel Widlöcher, pour les années 2003 à 2005. L'Association Américaine de Psychanalyse (APsaA), quant à elle, s'est suffisamment alarmée de la crise pour commanditer en août 2002 un « Rapport de stratégie marketing sur l'image de la psychanalyse aux Etats-Unis ».

11 L'expression « guerres du sujet » désigne l'ensemble des querelles et controverses « passionnées » entre différentes conceptions de la vie psychique.

12 Il faut préciser que la réception de l'enquête a été diverse d'une structure à l'autre, le pôle en question regroupant différents établissements.

obtenu avec une entente sur l'entrée par l'agitation (perçue là encore par les professionnels comme un symptôme et non comme un trouble), des réticences ont été exprimées par certains professionnels d'un CMP, fervents défenseurs de la psychanalyse, qui mettaient en question l'existence même du symptôme d'agitation. Ces professionnels ont souhaité se tenir à l'écart de l'enquête, ce qui a compliqué fortement la réalisation du terrain dans ce centre.

On peut également noter que notre volonté de diversifier les lieux d'enquête en contactant également des lieux et services où l'approche dominante n'était pas psychodynamique s'est dans un premier temps heurté à une méfiance plus ou moins explicite. Dans un CMP utilisant d'autres approches, notre proposition de collaboration a finalement été refusée, explicitement du fait d'un manque de disponibilité temporelle, mais probablement, d'après l'un des professionnels qui exerçait aussi dans un autre centre où nous avons enquêté, parce que nos autres terrains du moment étaient plutôt dominés par l'approche psychanalytique, ce qui faisait craindre aux professionnels de ce centre une enquête à charge contre leurs pratiques.

Enfin, une fois insérés sur les différents terrains, les sociologues ont parfois été sollicités pour participer à des collaborations dépassant le cadre de la recherche. Ces demandes ont pu classiquement s'inscrire dans une logique de retour, avec l'espoir que le regard extérieur du sociologue puisse amener un surplus de connaissances et nourrir la réflexivité des professionnels à l'égard de leurs propres pratiques, cette logique étant particulièrement recherchée dans un moment marqué par un sentiment de crise susceptible de faire naître le doute. Ainsi, l'un des directeurs d'un CMP des quartiers Nord de Paris avait dit à la sociologue : « Ce que j'aimerais, c'est que vous nous aidiez à comprendre ce que nous faisons. » Mais les propositions de collaboration sont parfois allées plus loin, comme dans les quartiers Sud de Paris, où un chercheur a été invité à participer à une journée d'un réseau en santé mentale sur le thème de la prise en compte du handicap dans les pratiques professionnelles, à une journée d'étude sur les pratiques collectives de soin dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle, à un colloque sur la psychopathologie des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent, et enfin à un projet de création d'une structure de prévention

en santé mentale, entre les secteurs sanitaire, social et scolaire. Dans ce dernier cas, les discussions avec l'un des pédopsychiatres ont directement porté, entre autres, sur l'alliance possible entre sciences sociales et psychanalyse, dans l'idée de faire pièce à l'alliance entre approches comportementalistes et neurosciences.

Ces réactions, aussi différentes soient-elles, sont toutes à comprendre dans un contexte où les défenseurs de la psychanalyse sont justement sur la défensive, prêts à imaginer des alliances qui pourraient participer à leur re-légitimation, mais aussi méfiants par rapport à des collaborations ou simplement des interactions qui pourraient encore les affaiblir, en interne ou par rapport à l'extérieur.

Au-delà des collaborations potentielles, mais rares dans les faits, avec les sciences sociales, les institutions dans lesquelles nous avons mené nos enquêtes sont en revanche amenées à travailler avec divers partenaires. Dans le contexte que nous avons décrit, et en tenant compte de la posture plutôt défensive adoptée par beaucoup de professionnels rencontrés, ces partenariats prennent des formes variées et doivent franchir des obstacles importants que nous allons maintenant mettre en évidence.

Le défi du travail partenarial

L'injonction au travail partenarial est aujourd'hui forte dans de nombreux domaines et la santé mentale n'y fait pas exception. Les centres de santé, quelles que soient leurs approches théoriques et leurs pratiques quotidiennes, doivent faire avec d'autres acteurs qui sont également confrontés aux enfants qu'ils accueillent. En matière d'agitation infantile ou de troubles du comportement, l'école est un partenaire obligé sur de très nombreuses situations, d'abord parce qu'elle est très souvent à l'origine de la demande de soin, ensuite parce qu'elle attend des équipes médicales un retour, notamment un partage d'informations qui peut être délicat du point de vue médical. La notion de « secret partagé » est en effet diversement interprétée et beaucoup de soignants considèrent que le partage dont il est question ne peut se faire qu'entre professionnels de santé et non avec des professionnels relevant des domaines éducatif ou social. Bien souvent, la demande de l'école est d'abord interprétée, décodée par les équipes soignantes pour

savoir comment la reformuler, comment y répondre de manière indirecte, de façon à ce que ce soit profitable d'abord pour l'enfant, et secondairement si possible pour l'institution scolaire.

Prenons par exemple le cas de Nicolas, discuté lors d'une réunion de synthèse dans un hôpital de jour situé dans les quartiers Nord de Paris, en vue de préparer une réunion à l'école. L'enfant est décrit comme très agité à l'école, si bien que « la maîtresse n'en peut plus ». Des propos très violents auraient été tenus, puisque la directrice de l'école aurait dit un jour à la mère de Nicolas que « l'école n'a pas vocation à accueillir les animaux ». Une pédopsychiatre de l'hôpital de jour s'interroge alors au sujet de cette maîtresse qui se plaint tout le temps de Nicolas mais souhaite qu'il redouble dans sa classe l'année suivante. Elle décrit cette maîtresse comme étant déprimée, voire dépressive. Pour elle, son attitude avec Nicolas est problématique car elle n'est pas constante, elle alterne entre des phases de rejet ou d'agressivité et des phases d'« amour » ou de « fusion ». Les professionnels prévoient de « calmer l'école et la maîtresse » en disant « qu'au niveau du secteur, le travail se renforce ». Ils ne veulent en revanche pas dire qu'un travail thérapeutique vient d'être mis en place, car « ça ne les regarde pas ». La pédopsychiatre nous expliquera par la suite qu'elle ne veut pas qu'ils la « harcèlent » pour savoir ce qui ressort des séances de soin, protégées par le secret médical. Dans de tels cas, l'école est vu comme à la fois maltraitée, par les conditions matérielles dans lesquelles il faut enseigner et gérer les enfants, et maltraitante, à cause de personnes singulières allant mal ou n'ayant pas un comportement adapté par rapport aux enfants, mais aussi d'un système globalement à bout de souffle ou trop rigide. Comme avec les parents, le partenariat ne peut s'établir sur un pied d'égalité car l'institution scolaire est jugée en partie responsable des difficultés soulevées. Les informations qui transitent d'un lieu à l'autre sont donc sélectionnées, évaluées en fonction des effets qu'elles pourront avoir sur l'enfant, via la réaction des professionnels de l'Éducation Nationale.

Dans d'autres cas, le partenariat avec l'école est difficile à mettre en place car la division des rôles entre les professionnels et les institutions n'est pas partagée par tous. Ainsi, lors d'une réunion informelle à l'école

à laquelle participent des soignants de l'hôpital de jour situé dans les quartiers Sud de Paris, des membres de l'école où est accueilli l'enfant (la directrice, l'enseignante, l'auxiliaire de vie scolaire) et ses parents, les soignants sont profondément irrités par l'attitude des professionnels de l'école, qui profitent de la réunion pour faire parler la mère de ses difficultés, ce qui amène celle-ci à s'épancher jusqu'aux larmes. Ils sortent de la réunion en fulminant contre la directrice, l'enseignante et l'AVS, non pas parce qu'il ne fallait pas faire ainsi parler la mère de sa relation avec son fils, mais parce que ce n'était pas le lieu de le faire. En effet, la mère sera reçue quelque temps plus tard à l'hôpital de jour et pourra de nouveau s'épancher, à la grande satisfaction des soignants cette fois. Les soignants estiment ainsi que chacun doit rester à sa place et que les professionnels de l'école ne sont ni compétents, ni dans le bon cadre, pour amener les parents à évoquer leurs problèmes personnels. Il en résulte des incompréhensions difficiles à dissiper.

Des tensions similaires, quoique reposant sur des enjeux différents, peuvent aussi voir le jour avec les professionnels du travail social (Turlais, 2016). Lorsque la situation d'un enfant nécessite de faire appel aux services sociaux, pour un signalement ou la mise en place éventuelle d'une mesure éducative, les discussions entre soignants et travailleurs sociaux peuvent achopper sur la temporalité des actions à mettre en place (l'urgence sociale pouvant se heurter à la lenteur, nécessaire selon les soignants, des thérapies), voire la nature des interventions nécessaires (les mesures de protection, élément important de l'arsenal des travailleurs sociaux, sont souvent vues comme un dernier recours pour les soignants). Dans bien des cas pourtant, un cadre de référence psychanalytique peut être partagé par les divers acteurs en présence, même si les travailleurs sociaux l'utilisent alors plutôt pour donner une profondeur psychologique aux actions qu'ils préconisent (en usant facilement de termes comme « transfert », « cadre » ou « passage à l'acte » pour décrire les comportements des jeunes et leurs propres (ré)actions), tandis que les professionnels du psychisme peuvent en faire leur outil principal de travail, prêtant davantage attention à la précision des termes employés, dans un registre d'analyse plutôt que d'action. L'enquête de terrain effectuée dans le

Nord de la France a en outre montré que le problème de la frontière entre psychiatrie et social se pose aux professionnels de la psychiatrie eux-mêmes et que cette question engage des enjeux cruciaux de division concrète du travail et de partage de la responsabilité entre le travail social et la psychiatrie (Borelle, 2017).

L'enjeu d'articulation des pratiques professionnelles se joue aussi au sein même des institutions sanitaires, puisque les enfants peuvent être suivis, simultanément ou successivement, par différents services. Il n'est pas rare que des enfants arrivent dans des services où la référence dominante est la psychanalyse, alors même qu'ils sont suivis par ailleurs par des professionnels utilisant des références très éloignées. C'est le cas de Sofiane, âgé de neuf ans, dont le cas est discuté en réunion de synthèse dans un CMP situé dans le Nord de la France. La pédopsychiatre qui présente la situation précise que l'enfant est jusqu'à présent suivi par un « neuropédiatre très cognitiviste », qui a diagnostiqué un TDA/H et a mis en place un traitement par méthylphénidate. Mais lors du rendez-vous de suivi après un mois de traitement, ce même neuropédiatre a considéré que l'enfant avait aussi besoin d'un suivi psycho-éducatif. La pédopsychiatre commente ainsi :

Alors qui fait ça ? Je ne sais pas... Il prescrit ça pour augmenter l'efficacité du traitement, donc le truc est complètement renversé ! On voit le contraire donc forcément on a du mal à se comprendre. Lui, il voit d'abord le trouble de l'attention et ensuite l'inhibition, comme un effet secondaire du traitement qui nécessite un soutien psychologique. Donc on récupère des parents après ça... Et on se sent forcément instrumentalisé ! On est appelé en soutien du traitement. Forcément le Quasym, ça agit sur le symptôme, pas sur la composante anxieuse.

Dans de telles situations, l'articulation entre professionnels de santé se fait à distance, surtout si les uns et les autres pensent d'emblée qu'un terrain d'entente sera très difficile à trouver. Les professionnels d'inspiration psychanalytique peuvent tolérer un traitement médicamenteux qu'ils n'auraient évidemment pas prescrit s'ils pensent que leur action pourra, à moyen terme, décider les parents à arrêter le traitement et à investir plus

largement la psychothérapie. Dans d'autres cas, des professionnels venus d'horizons différents peuvent trouver un compromis entre des pratiques qui, si elles sont interprétées différemment par les uns et les autres, ne sont pas forcément contradictoires dans leurs modalités concrètes. Des entretiens réguliers avec les parents peuvent par exemple être décrits par les uns comme un accompagnement vers une psychothérapie et par les autres comme une étape dans un processus de guidance parentale.

Les structures situées dans les quartiers Nord de Paris sont celles qui, parmi nos différents terrains, offrent le plus d'exemples de bricolages permettant d'établir un compromis entre différentes approches, sans pour autant que les professionnels renoncent à une orientation majoritairement psychodynamique. Des pratiques aussi différentes que des psychothérapies et des approches plus centrées sur un travail corporel (shiatsu, psychomotricité ou encore ergothérapie) peuvent être combinées, de même que le travail d'interprétation fondé sur la psychanalyse n'exclut pas le recours ponctuel à des outils standardisés d'évaluation des enfants.

Sur les autres terrains, ce genre de bricolage est moins explicite, moins institutionnalisé, mais peut être mis en œuvre à l'initiative d'un professionnel en particulier, sans qu'il explicite forcément sa manière de faire en réunion de synthèse. Voici par exemple ce que dit Émilie, pédopsychiatre dans le CMP du Nord de la France, lors d'une discussion informelle avec nous :

Avant, face à des parents qui font appel à une graphothérapeute, j'aurais dit : 'On ne se focalise pas sur le symptôme. On laisse l'enfant vivre. On voit ce qu'il peut en dire. On ne met pas d'étiquette, on ne met pas dans des cases. On n'est pas dans une approche instrumentale. Je n'ai pas été formée à ça.' Mais maintenant, je ne suis plus puriste comme avant. Je me dis qu'il faut répondre à la demande des parents qui attendent ça. La société évolue, c'est nécessaire pour former une alliance.

La pédopsychiatre introduit ici la dernière forme prise par le défi partenarial, qui consiste à travailler avec les parents (Béliard; Eideliman, 2018), dans une logique qui ne consiste plus à articuler des pratiques

professionnelles entre elles mais des pratiques fondées sur des expertises différentes, l'une formalisée, l'autre expérientielle (Borkman, 1976). Dans la perspective de favoriser une « alliance thérapeutique » avec les parents, elle se dit prête à avoir recours à des outils standardisés, non pas tant pour poser un diagnostic que pour répondre à ceux qui demandent davantage de comptes sur leur activité professionnelle.

Ça paraît plus objectif, les parents sont au centre, ils participent. En plus, ça permet d'avoir des résultats écrits. Car sinon, on donne peu de comptes-rendus écrits au CMP. Souvent, ça ne fait que confirmer ce que l'on pressentait, mais c'est un point d'accroche pour l'alliance thérapeutique

Ce n'est finalement pas par adhésion à d'autres manières de faire qu'Émilie consent à sortir du cadre dans lequel elle a été formée, mais par la nécessité de s'adapter à la demande sociale et aussi par stratégie, avec l'idée que cet assouplissement pourrait permettre une adhésion plus poussée des familles aux soins. Car les psychanalystes qui travaillent dans ces centres se sentent souvent « à contre-courant » des évolutions politiques et sociales à l'œuvre dans le champ de la santé, notamment sur la question de la temporalité soulevée par une psychologue travaillant dans le même CMP qu'Émilie :

Et puis il y a la demande des parents, on est dans une société de l'immédiateté. Et nous, on est à contre-courant. Parfois, les choses sortent au bout d'un certain temps. [...] Si un enfant n'est pas réparé en deux mois, on arrête le suivi !

Cette notion de travail « à contre-courant » nous semble emblématique d'un sentiment diffus chez ces professionnels d'être dépassés par un ensemble d'évolutions sociales qui s'accordent mieux avec ce que proposent les approches cognitivo-comportementales : traiter les parents comme des partenaires, apporter des solutions dont l'efficacité peut être rapidement mesurable, poser des diagnostics en phase avec les catégories dominantes de la psychiatrie contemporaine, calmer les enfants, mais aussi l'école, les travailleurs sociaux et les familles, normaliser les comportements de façon à

apaiser les tensions... Tous n'adoptent pas la même attitude face à ce sentiment : les uns consentent à hybrider leurs pratiques pour ne pas perdre toute chance d'accrocher aux soins un public suffisamment large, tandis que les autres refusent ces compromis au risque de se voir marginaliser davantage encore mais dans une posture vécue comme une résistance.

Références

- ABBOTT, A. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago, 1988.
- AKRICH, M.; MEADEL, C. De l'interaction à l'engagement : les collectifs électroniques, nouveaux militants de la santé. *Hermès, La Revue*, Paris, v. 47, n. 1, p. 145-153, 2007.
- BÉLIARD, A.; EIDELIMAN, J.-S. Familles et professionnels dans le domaine de la santé mentale. In: COUTANT, I.; WANG, S. (Org.). *Santé mentale et souffrance psychique : un objet pour les sciences sociales*. Paris: CNRS Éditions, 2018. p. 289-306.
- BORELLE, C. La place de l'expertise psychiatrique dans l'évaluation du handicap psychique : le cas de l'autisme. *L'Information Psychiatrique*, Paris, v. 90, n. 4, p. 259-266, 2014.
- BORELLE, C. Le traitement de la subjectivité comme opérateur micro-politique : le cas des enfants diagnostiqués autistes. *Sciences Sociales et Santé*, Paris, v. 33, n. 3, p. 43-64, 2015.
- BORELLE, C. C'est uniquement social : sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie. *Politix*, Paris, v. 30, n. 117, p. 201-222, 2017.
- BORKMAN, T. Experiential knowledge: a concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*, Chicago, v. 50, n. 3, p. 445-456, 1976.
- CANCEIL, O. et al. *Psychothérapie : trois approches évaluées*. Paris: Inserm, 2004.
- CASTEL, R. De la dangerosité au risque. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, n. 47-48, p. 119-27, 1983.
- CHAMAK, B. Les associations de parents d'enfants autistes : de nouvelles orientations.

- Médecine/Sciences*, Montrouge, v. 24, n. 8-9, p. 768-770, 2008.
- CHAPIREAU, F. Quel handicap psychique peut-on mesurer ? *L'Information Psychiatrique*, Paris, v. 90, n. 4, p. 243-246, 2014.
- COUTANT I. *Troubles en psychiatrie : enquête dans une unité pour adolescents*. Paris: La Dispute, 2012.
- CROSSLEY, N. Changement culturel et mobilisation des patients : le champ de la contestation psychiatrique au Royaume-Uni, 1970-2000. *Politix*, Paris, v. 73, n. 1, p. 23-55, 2006.
- DEMAILLY, L.; GARNOUSSI, N. (Org.). *Aller mieux : approches sociologiques*. Lille: Presses Universitaires du Septentrion, 2017.
- DEMAZEUX, S. *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. Paris: Ithaque, 2013.
- DOBRY, M. *Sociologie des crises politiques*. Paris: Presses de la FNSP, 1986.
- DODIER, N.; RABEHARISOA, V. Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social. *Politix*, Paris, v. 19, n. 73, p. 9-22, 2006.
- EHRENBERG, A. Le sujet cérébral. *Esprit*, Paris, v. 11, n. 309, p. 130-155, 2004.
- FANSTEN, M. *Le divan insoumis : la formation du psychanalyste : enjeux et idéologies*. Paris: Hermann, 2006.
- FANSTEN, M. Psychanalyse : une exception française. In: COUTANT, I.; WANG, S. (Org.). *Santé mentale et souffrance psychique*. Paris: CNRS Editions, 2018. p. 246-265.
- FARRUGIA, F. *La crise du lien social: essai de sociologie critique* Paris: L'Harmattan, 1993.
- HENCKES, N. La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? *Esprit*, Paris, v. 3, n. 413, p. 28-40, 2015.
- HUGHES, E. *Le Regard sociologique : essais choisis*. Paris: Editions de l'EHESS, 1996.
- LE MOIGNE, P. L'efficacité thérapeutique : la psychopathologie, de l'experimentalisme à l'évaluation. In: CHAMPION, F. (Org.). *Psychothérapie et société*. Paris: Armand Colin, 2008. p. 215-235.
- LÉZÉ, S. *L'Autorité des psychanalystes*. Paris: PUF, 2010.
- ROOS-WEIL, F. CMP infanto-juvéniles : modèles, contraintes, malaise et vitalité. *L'Information Psychiatrique*, Paris, v. 92, n. 7, p. 519-526, 2016.
- ROSANVALLON, P. *La crise de l'état-providence*. Paris: Seuil, 1981.
- STÉBÉ, R. *La crise des banlieues*. Paris: PUF, 1999.
- TRICART, J.-P. Initiative privée et étatisation parallèle : le secteur dit de l'enfance inadaptée. *Revue Française de Sociologie*, Paris, v. 22, n. 4, p. 575-607, 1981.
- TURLAIS, A. *Pratiques psychothérapeutiques et protection de l'enfant : la décision difficile d'engager un processus de séparation : approches plurielles du processus décisionnel au sein d'une unité de psychothérapie infantile*. 2016. Tese (Doutorado em Ciências da Educação) - Université Paris Nanterre, Nanterre, 2016.
- VIDAL, F. Brainhood, anthropological figure of modernity. *History of the Human Sciences*, Thousand Oaks, v. 22, n. 1, p. 536, 2009.

Contributions des auteurs

Toutes les auteures ont également contribué à cette étude.

Reçu : 30/11/2018

Approuvé : 04/01/2019