



HAL
open science

“ Les sens de l’agitation chez l’enfant. Parcours individuels, dynamiques familiales, pratiques professionnelles ”

Aude Béliard, Céline Borelle, Jean-Sébastien Eideliman, Maïa Fansten, Sarra Mougel, Maelle Planche, Yaël Tibi-Lévy, Vanessa Stettinger, Amélie Turlais

► **To cite this version:**

Aude Béliard, Céline Borelle, Jean-Sébastien Eideliman, Maïa Fansten, Sarra Mougel, et al.. “ Les sens de l’agitation chez l’enfant. Parcours individuels, dynamiques familiales, pratiques professionnelles”. [Research Report] Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP), AAR 2015 “ Handicap et Perte d’autonomie ” - Session 6. 2018. hal-03801720v1

HAL Id: hal-03801720

<https://hal.science/hal-03801720v1>

Submitted on 6 Oct 2022 (v1), last revised 5 Jul 2023 (v2)

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les sens de l'agitation chez l'enfant

Parcours individuels, dynamiques familiales, pratiques professionnelles

Rapport pour l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP), mars 2018

AAR 2015 « Handicap et Perte d'autonomie » - Session 6

Aude Béliard, Céline Borelle, Jean-Sébastien Eideliman, Maïa Fansten, Sarra Mougel, Maelle Planche, Yaël Tibi-Lévy, Vanessa Stettinger, Amélie Turlais

Avec la participation de : Tatiana Barbarini, Vincent Caradec, Pierre-Henri Castel, Michel Castra, Caroline de Jean de la Bâtie, Alain Ehrenberg, Nadia Garnoussi, Alvaro Jimenez, Eunice Nakamura, Ségolène Petite, Esteban Radiszcz, Clément Rivière, Jacques Rodriguez, Julia Schmidt, Sébastien Vaumoron

Rapport scientifique final

Recherche réalisée avec le soutien de l'IReSP, de la Fondation Pfizer, du CERMES3, du CeRIES et du CERLIS, de l'Université de Lille et de l'Université Paris Descartes



Sommaire

SOMMAIRE	2
RESUME	3
PRESENTATION	4
PARTIE I UNE ENQUETE SUR LES PARCOURS DES ENFANTS AGITES	5
A. L'AGITATION INFANTILE DANS LA FRANCE CONTEMPORAINE	5
B. UNE ENTREE PAR L'AGITATION	10
C. BILAN DU RECUEIL DE DONNEES	12
D. QUALIFICATIONS ET PRATIQUES AUTOUR DE L'ENFANCE AGITEE	14
E. LA CONSTRUCTION SOCIALE DE PARCOURS DIFFERENCIES.....	18
F. LA CRISTALLISATION DE « GENRES D'ENFANTS »	20
PARTIE II LIEUX DE SOINS ET CONFIGURATIONS RELATIONNELLES	24
A. DES CONFIGURATIONS RELATIONNELLES ET LEURS VARIATIONS LOCALES ET SOCIALES	24
B. « À CONTRE-COURANT ». LES APPROCHES PSYCHODYNAMIQUES EN FRANCE, ENTRE CRISE ET RESISTANCE.....	36
C. L'AGITATION EST-ELLE PSYCHIATRIQUE OU SOCIALE ? TENSIONS DANS LE TRAVAIL DE CENTRES DE SOINS.....	51
D. PROXIMITE CLINIQUE ET DISTANCE SOCIALE. SOIGNANTS, ENFANTS ET PARENTS DANS UN HOPITAL DE JOUR ATYPIQUE	65
E. LE CONTROLE DES EMOTIONS, ENTRE MEDICAMENTS ET PSYCHOTHERAPIE, DANS UN HOPITAL DE SEMAINE	83
F. FORMES D'AGITATION ET D'ACCOMPAGNEMENT : LE TRAVAIL DE TRI DANS UNE CONSULTATION SPECIALISEE	102
PARTIE III ENFANTS AGITES, FAMILLES BOULEVERSEES. LA PRODUCTION SOCIALE DE PARCOURS DIFFERENCIES	119
A. METHODOLOGIE ET REFLEXIVITE DANS L'ANALYSE DES TRAJECTOIRES FAMILIALES	119
B. ÉTIQUETER POUR MIEUX NORMALISER. ENJEUX ET USAGES FAMILIAUX DU DIAGNOSTIC DE TDA/H.	132
C. ASSUMER LA DIFFERENCE ? INVESTIR LES APPROCHES PSYCHODYNAMIQUES.....	169
D. CALMER L'ECOLE, EVITER LA STIGMATISATION. DES FORMES DE COOPERATION DISTANCIEES AVEC LES SOINS.	202
E. FAIRE VALOIR SES DROITS. DES FAMILLES EN QUETE D'ALLIANCES.....	238
F. S'EN REMETTRE AUX PROFESSIONNELS. DES RESSOURCES PAR PROCURATION.	250
BIBLIOGRAPHIE	264
ANNEXES	274
ANNEXE 1 : PRODUCTIONS.....	274
a) Publications (parues et en cours)	274
b) Communications liées au projet lors de colloques ou de séminaires	275
c) Séminaire lié au projet	277
d) Organisation d'une journée d'étude liée au projet	282
ANNEXE 2 : DEVELOPPEMENT D'UN RESEAU DE RECHERCHE.....	287
ANNEXE 3 : PERSPECTIVES DE RECHERCHE	294
ANNEXE 4 : PROJET D'ENQUETE PROSPECTIVE MULTICENTRIQUE.....	296
ANNEXE 5. DOSSIER ETHIQUE	309
ANNEXE 6. GUIDES D'ENTRETIEN.....	315
TABLE DES MATIERES	324

Résumé

Dans un paysage marqué par des transformations rapides et des controverses sur la manière de qualifier et de traiter les problèmes des enfants « agités », nous proposons une posture sociologique analytique pour donner à voir la manière dont les comportements perturbants des enfants sont nommés, pensés et traités sur différentes scènes et dans différents contextes.

Nous avons réalisé des monographies de territoires comparées à Paris, dans la Mayenne et dans le Nord. Nous avons mené des entretiens avec des enfants et leur entourage (77 auprès de 59 familles différentes), avec des professionnels travaillant dans des centres de soin (45), des écoles (21) et des MDPH (12) ; nous avons également conduit des observations et des recueils de données dans des centres de soin (plus de 300 observations de réunions et de pratiques thérapeutiques ; base de données comprenant plus de 800 situations).

Quatre grands résultats peuvent être mis en avant :

- 1) La forte opposition entre les tenants d'une approche psychodynamique et ceux qui s'appuient sur des connaissances développées par la neurologie et les théories comportementalistes est réelle mais doit être nuancée en pratique, tant les approches sont sur le terrain en partie complémentaires et bien souvent hybridées.
- 2) Tandis que les analyses sociologiques sur ces questions se sont majoritairement inscrites dans une approche en termes de construction sociale des troubles et de médicalisation de la déviance infantile, nous proposons une approche qui invite à penser ensemble la production sociale des troubles, leurs interprétations différenciées et les usages de ces interprétations par les familles et les professionnels, en fonction d'enjeux qui leur sont propres.
- 3) Les figures d'enfants agités ainsi produites aimantent les comportements en fonction de caractéristiques propres à un contexte social donné. Elles suscitent alors des vocations, des formes d'expression du mal-être différenciées selon le genre et le milieu social des enfants.
- 4) En termes de trajectoires (familiales, médicales, scolaires et administratives) des enfants, si une lecture rapide de notre matériau conduit à opposer les familles des classes populaires suivies par des CMP avec des prises en charge psychothérapeutiques et des familles plus favorisées se dirigeant activement vers des diagnostics neurocognitifs, une lecture plus fine invite à nuancer ce constat en mettant en lumière une hétérogénéité interne en fonction de la nature des capitaux possédés (plutôt économiques ou plutôt culturels) et des configurations vis-à-vis des soins et de l'école.

Présentation

La première partie de ce rapport précise notre questionnement, énonce la problématique de cette recherche et rend compte du matériau recueilli. Elle revient notamment sur notre entrée par l'agitation, nécessaire pour avoir accès à une diversité de qualifications et de pratiques, ses enjeux et ses conséquences.

Les deuxième et troisième parties présentent des résultats de la recherche en deux temps :

- D'abord dans la deuxième partie, les lieux de prise en charge des enfants agités sont étudiés, de manière à mettre en lumière les configurations relationnelles professionnels/enfants/familles propres à chacun d'entre eux.
- Ensuite dans la troisième et dernière partie, nous revenons sur l'expérience des enfants et des familles, telle qu'elle est modelée par ces contextes relationnels. Nous tâchons alors de donner accès aux manières dont se font la construction sociale de parcours différenciés et la cristallisation progressive de « genres d'enfants ».

En fin de document, les annexes rassemblent des réalisations menées dans le cadre de la recherche SAGE (publications, valorisations, diffusions ; organisation d'événements, création de réseau ; recueils de données), des perspectives de recherche dans le prolongement de ce travail et des documents complémentaires (dossier éthique, guides d'entretiens...).

Ce rapport de recherche n'est pas destiné à être rendu public. Certaines analyses sont encore des formulations provisoires et certaines parties du rapport sont en cours de soumission sous la forme d'articles ou de chapitres d'ouvrage. Ce rapport vise à donner un premier bilan de la recherche et à nourrir des publications à venir, sous forme d'articles et peut-être d'un ouvrage collectif. Les financeurs de ce programme seront bien sûr cités et remerciés dans les publications à venir.

PARTIE I Une enquête sur les parcours des enfants agités

Cette première partie se centre sur notre approche de l'agitation infantile et sur la manière dont nous la saisissons dans son contexte, celui de la France contemporaine avec ses spécificités institutionnelles. Notre approche consiste à mettre en valeur et à articuler la multitude de points de vue que l'on peut prendre sur cette question, selon sa position (familiale ou professionnelle), son origine sociale ou sa socialisation.

A. L'agitation infantile dans la France contemporaine

Le contexte national français dans lequel s'est déroulée notre recherche sur l'agitation infantile est marqué par un certain nombre de spécificités qui orientent l'expérience que peuvent en avoir les différentes personnes concernées, des enfants eux-mêmes aux professionnels qui les accompagnent ou les prennent en charge, en passant par les familles. Les controverses autour des diagnostics qui existent dans ce champ, et plus largement autour des qualifications qui peuvent être émises au sujet de ces enfants, y sont particulièrement intenses. La forte tradition et implantation des approches psychodynamiques, autour de la psychanalyse, dans le secteur public a constitué un rempart plus efficace que dans d'autres pays (comme en Amérique du sud ou en Europe du Nord par exemple) face à la montée d'approches concurrentes venues des neurosciences, de la biologie et des approches comportementalistes, même si ces dernières ont fortement gagné en visibilité et en pouvoir d'attraction depuis les années 1980.

Ainsi, beaucoup de lieux de soins publics (comme les CMP, centres médico-psychologiques) travaillent majoritairement à partir d'approches psychodynamiques et les professionnels qui y travaillent sont très réticents au diagnostic de TDA/H (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité), aux traitements qui peuvent y être liés (en particulier les médicaments à base de méthylphénidate, mais aussi certaines thérapies comportementales et/ou de remédiation cognitive) et à la reconnaissance administrative d'un handicap lié à l'agitation (sauf dans des cas particuliers). Pour eux, ce pseudo-diagnostic, posé trop rapidement et trop largement, ne fait que masquer les raisons profondes de l'agitation, qu'on ne peut alors plus traiter ; de même, la reconnaissance d'un handicap aurait tendance à figer les choses dans l'esprit de l'enfant et de ses parents, rendant le travail thérapeutique plus ardu et incertain.

L'histoire longue des institutions françaises dans les secteurs sanitaire, éducatif et médico-social produit aujourd'hui des rapports complexes entre les centres de soins et les écoles. Comme le montrent différents auteurs, plusieurs moments-clefs où les alliances entre les secteurs ont été discutés émaillent cette histoire institutionnelle : au moment de la loi de 1909 qui crée les classes de perfectionnement (Vial, 1990), un débat entre la psychiatrie asilaire (notamment représentée par le docteur Désiré-Magloire Bourneville) et la psychologie expérimentale naissante (notamment représentée par Alfred Binet et Théodore Simon) se développe, qui conduira à une forme de victoire de la seconde, sous la forme d'une alliance avec l'Éducation Nationale pour orienter vers ces nouvelles classes adaptées ceux que Binet et Simon appellent les « anormaux d'école » et qui comptent parmi eux les enfants « instables » qu'on pourrait qualifier aujourd'hui d'agités, turbulents ou hyperactifs.

Le deuxième tournant majeur de cette histoire se joue sous le gouvernement de Vichy (Chauvière, 1980), lorsque la défiance du nouveau régime vis-à-vis de l'Éducation Nationale le conduit à privilégier, pour s'occuper des enfants nouvellement qualifiés « d'inadaptés », une prise en charge par des institutions privées qui seront soutenues par le Ministère de la Santé et des affaires sociales. Ces enfants inadaptés sont pensés à la fois comme des victimes et des menaces, car l'inadaptation qui les caractérise concerne aussi bien le cadre scolaire que le cadre social de manière plus générale et l'on craint que de défailants (sur le plan scolaire), ils ne deviennent délinquants. Ce tournant dans les politiques de prise en charge des enfants inadaptés va considérablement renforcer un secteur intermédiaire entre l'éducatif et le sanitaire, que l'on va qualifier de médico-social, et qui continuera sa croissance après la Libération, dans un entre-deux entre initiative privée et subventions publiques (Muel-Dreyfus, 1980). Du côté du sanitaire, un certain nombre de psychiatres vont rejoindre ce mouvement et venir travailler dans les instituts nouvellement créés par des associations gestionnaires fondées pour la plupart par des parents d'enfants déficients socialement bien dotés (Barral, Paterson, Stiker et Chauvière, 2000), tandis que d'autres resteront très méfiants vis-à-vis de ce secteur intermédiaire, entre le privé et le public, entre l'éducatif et le sanitaire, entre vocation et professionnalisation, entre accompagnement social et traitement à visée thérapeutique (Pinell et Zafiroopoulos, 1983).

Un troisième moment charnière se joue au moment de la deuxième vague de massification scolaire, à la fin des années 1960, lorsque le secondaire ouvre à son tour largement ses portes à la grande majorité des enfants d'une génération, quelle que soit leur origine sociale (Mazereau, 2012). Les débats qui ont précédé les lois de 1975, qui vont instituer officiellement le champ du handicap, auraient pu occasionner un renversement d'alliance avec une reprise en main par

le secteur public, via l'Éducation Nationale et les centres hospitaliers, de la prise en charge des enfants que l'on allait bientôt nommer handicapés. Si l'État et le secteur public ont effectivement, à l'occasion de ces lois, repris en partie le contrôle du secteur médico-social avec la création des CDES (Commissions départementales de l'éducation spéciale) et des COTOREP (Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel), ils n'ont pas pour autant freiné son expansion ni remis en cause le rôle central des initiatives privées en son sein (Tricart, 1981). De même en 2005, la nouvelle grande loi sur le handicap n'a pas remis en cause la coexistence des secteurs publics et privés, ordinaires et spécialisés, mais a plutôt conduit à rééquilibrer les forces en présence en donnant plus de moyens et de légitimité à l'intégration scolaire des enfants handicapés en milieu ordinaire, sans pour autant induire un véritable basculement des enfants handicapés du milieu spécialisé, dont les effectifs sont seulement en légère baisse depuis 2005, vers le milieu ordinaire. C'est plutôt l'élargissement de la définition du handicap qui a nourri la croissance des effectifs des enfants handicapés en milieu ordinaire, sans qu'elle ne se fasse vraiment au détriment du secteur spécialisé (Le Laidier et Prouchandy, 2016).

Au terme de cette histoire longue de plus d'un siècle, le paysage institutionnel a été en partie réagencé autour du rôle central des MDPH (maisons départementales des personnes handicapées), qui sont un passage presque obligé pour les enfants dont le parcours scolaire doit être adapté pour des raisons de santé. Cependant, si les MDPH sont très en lien avec le secteur médico-social, elles peinent dans certains territoires à avoir des liens aussi forts avec le secteur sanitaire, dans lequel des enfants peuvent être accompagnés, voire scolarisés, sans passer par le prisme du handicap. D'autre part, les MDPH ne se saisissent d'une situation qu'à la demande des parents ou tuteurs de l'enfant. Dans le cas de l'agitation, beaucoup d'enfants qui pourraient faire l'objet d'une reconnaissance de handicap s'y soustraient car aucune demande n'est produite en ce sens. C'est notamment le cas dans les quartiers socialement défavorisés, où la frontière entre problèmes sociaux et problèmes de santé est particulièrement poreuse (Coutant et Eideliman, 2013).

La question des enfants agités se trouve ainsi à l'intersection de trois secteurs aux liens complexes. Leur problématique est de manière indémêlable sanitaire, sociale et scolaire. Dans la grande majorité des cas, c'est en effet l'école qui signale une agitation jugée excessive, des « troubles du comportement », des attitudes violentes ou impulsives qui perturbent les interactions scolaires. Mais les parcours peuvent ensuite être extrêmement variés, tant sur le

plan médical (recherche et obtention ou non d'un diagnostic, variété des prises en charge possibles), scolaire (adaptation ou non de la scolarité, orientation scolaire éventuelle, retard ou non dans les apprentissages), administratif (reconnaissance ou non d'un handicap), social (mise en place ou non d'une aide sociale ou d'une mesure de protection), que familial (transformation ou non de l'organisation familiale et des principes éducatifs). Dans bien des cas, ces enfants se trouvent aux marges de différentes catégories, étant « handicapés », « malades », « perturbés », « psychologiquement fragiles », sans l'être non plus vraiment, ou en tout cas de manière évidente, pour tous ceux qui les entourent. Par leur situation liminaire, marginale, ils mettent bien souvent en branle des secteurs (scolaire, social, médico-social, sanitaire, administratif) qui peinent à interagir et à se comprendre de manière fluide, quand bien même chacun est individuellement disposé à coopérer avec ses « partenaires ».

Il faut ajouter un dernier élément de contexte pour comprendre jusqu'au bout la situation dans laquelle ces enfants « agités » sont et mettent les institutions qui les suivent : les relations entre professionnels et familles, qui se déroulent elles aussi dans un cadre moral et institutionnel nouveau. La place des familles dans le champ de la santé a beaucoup évolué depuis le milieu du XXe siècle¹. Comme le montre Sarra Mougel (2009) en étudiant le cas de la présence des parents à l'hôpital, l'intervention accrue des familles dans le domaine de la santé procède probablement autant d'une reconnaissance de leur importance que d'une délégation de certains aspects du travail de soin, dans un contexte d'économies budgétaires. Au-delà du cas de l'hôpital, on observe une montée en puissance des mouvements associatifs dans le domaine de la santé (Akrich, Méadel et Rabeharisoa, 2009), en particulier dans le champ du handicap (Barral, Paterson, Stiker et Chauvière, 2000) et de l'autisme (Chamak, 2008), avec des conséquences importantes sur la production de lois faisant une plus large place aux patients et à leurs familles dans les dispositifs de soin. Ainsi, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a remis l'utilisateur et ses représentants au cœur du fonctionnement des institutions médico-sociales, en lui garantissant des droits (à l'information, à la protection, au respect des liens familiaux, à l'autonomie) et en lui donnant une place dans le processus décisionnel à travers les conseils de la vie sociale. Plus généralement, la « redécouverte des solidarités familiales » dans les années 1980 (Debordeaux et Strobel, 2002) a permis un transfert partiel des efforts de prise en charge de l'État vers les familles, à travers par exemple les politiques favorisant le maintien à domicile, particulièrement développées pour les

¹ Les développements qui suivent sont repris d'un chapitre d'ouvrage à paraître (Béliard et Eideliman, 2018).

personnes âgées mais aussi sensibles dans le cas des personnes handicapées. Là encore, les arguments de respect des préférences individuelles et de nécessaire réforme d'un État-providence jugé trop dépensier se mêlent de manière inextricable.

Ces évolutions sont très sensibles dans le domaine de la santé mentale, dont l'émergence à partir de la psychiatrie relève d'ailleurs en partie du mouvement général de valorisation du maintien à domicile et de la priorisation de l'ambulatoire sur l'institutionnel (Ehrenberg et Lovell, 2001). Au terme d'une longue évolution, la place des familles en psychiatrie a changé et ces dernières sont moins systématiquement vues comme la principale source des troubles psychiques, qu'il faudrait écarter de la prise en charge (Carpentier, 2001). La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, en élargissant la définition administrative du handicap aux conséquences des « altérations psychiques », a aussi contribué à transformer les pratiques en santé mentale. Pour le meilleur ou pour le pire, selon des avis divergents parmi les professionnels du sanitaire et du médico-social, beaucoup de patients de la psychiatrie peuvent désormais faire reconnaître leurs troubles dans le champ du handicap et bénéficier de dispositifs médico-sociaux dont ils étaient auparavant exclus en théorie. Or la loi de 2005 met elle aussi l'utilisateur et ses représentants au cœur du dispositif. D'une part, les droits liés au handicap doivent être reconnus par les commissions du handicap (les CDAPH, commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) en fonction des demandes des personnes, en particulier de leur « projet de vie » si elles en rédigent un, et non en fonction uniquement de leurs caractéristiques. D'autre part, l'accord de l'utilisateur ou de son représentant légal est nécessaire pour toute décision d'orientation ou d'attribution de droits.

Ces différentes évolutions s'inscrivent dans une logique plus générale propre aux transformations récentes des politiques publiques : la mise en valeur de l'« autonomie » des usagers et des familles recouvre à la fois la reconnaissance de la capacité des individus et des proches à décider et une injonction à être actifs, à se saisir de leurs droits, à jouer un rôle central dans la gestion de leurs parcours. Ces évolutions alimentent les ambivalences des relations entre professionnels et familles, entre collaboration et délégation, entre transfert de pouvoir et contrôle accru. Ainsi, le partenariat entre familles et professionnels, que les politiques publiques jugent de plus en plus indispensable, peut prendre de multiples visages ; si la norme affichée est celle du travail *avec* les familles, on trouve en pratique une grande diversité de situations, d'un travail *contre* les familles à un travail *laissé* aux familles, en passant par un travail *malgré*

ou *pour* elles. La forme que peut prendre le partenariat varie en fonction de nombreuses caractéristiques : celles du champ de prise en charge (plus ou moins médicalisé, plus ou moins conflictuel, plus ou moins dominé par des professions établies ou émergentes), celles de la configuration familiale (ressources sociales de la famille, ampleur de la mobilisation, existence et disponibilité de l'entourage) et celles de la personne concernée (type de troubles, genre, position sociale, âge et place dans les relations de parenté).

Ce contexte, fruit d'une histoire longue et complexe, est important à garder à l'esprit pour bien comprendre les situations qui vont être présentées tout au long de ce rapport. En particulier, la manière de définir ces situations et les qualifications employées pour parler des enfants résonnent toujours de manière particulière du fait des rapports de force sous-jacents entre professionnels, entre familles et professionnels et entre institutions, qui découlent de la structuration spécifique des différents secteurs que nous venons de passer en revue. Notre choix d'une entrée large par l'agitation, et non par un diagnostic particulier, permet de mettre en lumière cette complexité et ces rapports de force.

B. Une entrée par l'agitation

Dans ce paysage marqué par des transformations rapides et des controverses sur la manière de qualifier, de comprendre et de traiter les problèmes, nous avons construit une posture sociologique analytique. Il s'est agi pour nous de ne pas prendre parti pour l'une ou l'autre approche professionnelle, de ne pas imposer une qualification ou une interprétation, mais de donner à voir la manière dont les comportements perturbants des enfants sont nommés, pensés et traités sur différentes scènes et dans différents contextes.

Prendre comme point d'entrée de notre recherche le terme d'agitation nous a permis d'interroger les significations sociales de comportements relevés comme problématiques. Par qui ces comportements sont-ils relevés, définis comme problématiques ? Comment et dans quels contextes se manifestent-ils ? Comment sont-ils pensés et nommés ? Nous nous sommes demandé plus particulièrement : comment, à partir de comportements ou de situations proches, peuvent se cristalliser des manières différentes de penser ces comportements et d'y répondre ?

Au début de cette recherche, nous étions partis d'une interrogation sur le diagnostic de TDA/H (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité). Lors des premières enquêtes exploratoires, nous nous sommes rendu compte que ce diagnostic orientait l'enquête vers des entrées très situées, fermait certaines portes, laissait dans l'ombre des situations que nous aurions aimé inclure dans la recherche. Ainsi, les professionnels d'un centre de soins avec lequel nous avons pris contact en tout début de recherche ont évoqué avec nous certains de leurs patients, tout en précisant qu'ils ne pensaient pas avec la catégorie TDA/H : ils estimaient qu'« ailleurs », ces patients auraient été « diagnostiqués TDA/H » mais tentaient quant à eux de les définir et de les traiter autrement. Parallèlement, nous avons rencontré assez vite, par une association, des parents militant pour la reconnaissance du TDA/H comme trouble à part entière, mais aussi des parents qui se positionnaient comme plus perplexes, sceptiques ou « contre » ce diagnostic. Nous souhaitions pouvoir rencontrer ces enfants dont les comportements étaient nommés et pensés autrement. Nous nous demandions s'il était possible de rencontrer des enfants et des parents qui ne pensaient pas à cette catégorie diagnostique, qui ne la connaissaient pas forcément.

Pour construire cette posture, cette entrée plus large donnant accès à une diversité de conceptions et de pratiques au-delà d'une catégorie nosographique, nous nous sommes appuyés sur nos recherches antérieures : la recherche de Jean-Sébastien Eideliman sur les parents d'enfants handicapés mentaux dont beaucoup n'avaient pas reçu de diagnostic médical précis (Eideliman, 2008) ; la recherche d'Aude Béliard montrant à propos des personnes âgées comment les patients et les familles investissent (ou non) le registre de la maladie d'Alzheimer (Béliard, 2010) ; la recherche collective menée par Maïa Fansten autour du retrait social des adolescents et de la catégorie « hikikomori » (Fansten, Figueiredo, Pionné-Dax, Vellut, 2014) ; la recherche de Céline Borelle qui s'est intéressée à l'activité diagnostique dans le travail ordinaire de la pédopsychiatrie à partir du cas de l'autisme (Borelle, 2017a).

L'idée était d'aller sur le terrain avec ce terme d'agitation et de découvrir les qualifications et les pratiques que cette entrée donnait à voir, de reconstituer l'univers sémantique déployé, dans chaque contexte, pour penser et qualifier les états et les comportements. Le registre de l'agitation s'est donc, dans nos observations, décliné de différentes manières, il s'est diffracté en différentes situations et qualifications : enfants présentant des problèmes dits « de comportement », enfants perçus comme violents, remuants, éparpillés, dispersés, qui bougent,

perturbés ou perturbants, qui explosent ou qui sont explosés, ou qui font exploser les groupes dans lesquels ils évoluent.

Il n'y avait pas forcément de catégories médicales précises pour chacune des situations rencontrées. Il pouvait y en avoir une, aucune, ou plusieurs : TDA/H, mais aussi « troubles du comportement », « trouble des conduites », « trouble oppositionnel avec provocation », « autisme », « dysharmonie évolutive », différents troubles des apprentissages... Nous avons essayé de comprendre comment ces diagnostics émergeaient au cours des trajectoires et quels usages en étaient faits.

C. Bilan du recueil de données

Nous avons ainsi réalisé des monographies de territoires comparées, dans des quartiers choisis pour leur diversité sociale, à Paris et dans les départements de la Mayenne et du Nord. Les enquêtes ont démarré depuis les centres de soin, qui étaient en général nos premiers contacts. Au total, les enquêtes se sont déroulées dans onze structures de soin aux approches différentes : cinq centres médico-psychologiques, trois structures de type accueil thérapeutique de jour, une structure expérimentale en partenariat entre CMP et Éducation Nationale, un hôpital de semaine réalisant des évaluations, une consultation diagnostique hospitalière. Dans chacune de ces structures, nous avons enquêté pendant plusieurs mois (seul ou en binômes de chercheurs) et avons ensuite progressé vers les différents partenaires des centres structures de soin, en particulier vers les écoles et les dispositifs de l'Éducation Nationale.

Nous avons mené parallèlement des enquêtes dans les MDPH de Paris et du Nord, mêlant entretiens, observations et recueil de données à partir des dossiers.

Nous avons enfin réalisé des monographies de familles, rencontrées à partir de ces différents terrains et par l'intermédiaire d'une association de parents. Lorsque c'était possible, nous avons rencontré plusieurs personnes dans chaque famille (enfant, parents, frère et sœurs, oncles et tantes, grands-parents...).

Voici le bilan chiffré des données recueillies au cours de nos enquêtes :

- Observations de pratiques professionnelles
 - Réunions d'équipes de soin (170)
 - Groupes thérapeutiques (observations participantes) (70)
 - Consultations (10)
 - Groupes de parents (10)
 - Réunions entre acteurs scolaire et acteurs du soin (20)
 - Équipes de suivi de scolarité (5)
 - Réunions d'équipes pluridisciplinaires de MDPH (22)

- Entretiens avec des professionnels...
 - des centres de soin (45)
 - du secteur scolaire (enseignants, enseignants spécialisés, auxiliaire de vie scolaires, directeurs, psychologues scolaires, médecins scolaires) (21)
 - des MDPH (médecins, évaluateurs, enseignants référents) (13)

- Monographies de familles contactées par différentes entrées :
 - Association de parents d'enfants ayant un diagnostic de TDA/H (35 familles)
 - Centres de soin / consultations (17 familles)
 - Services sociaux (2 familles)
 - MDPH (5 familles)

- Bases de données constituées à partir de dossiers
 - Fiches de première demande des centres de soin (583)
 - Dossiers de suivi d'enfants à temps partiel dans des centres de soin (73)
 - Dossiers MDPH (125)

Durant cette recherche, nous avons donc mené des entretiens avec des enfants et leur entourage (77 entretiens menés auprès de 59 familles différentes), avec des professionnels travaillant dans des centres de soin (45 entretiens), des écoles (21 entretiens) et des Maisons départementales des personnes handicapées (12 entretiens) ; nous avons également conduit des observations et des recueils de données dans des centres de soin (plus de 300 observations de réunions et de pratiques thérapeutiques ; constitution d'une base de données comprenant plus de 800 situations).

D. Qualifications et pratiques autour de l'enfance agitée

L'histoire de notre enquête confirme la force des controverses professionnelles actuelles sur le sujet. Nous nous sommes rendu compte à quel point le mot d'hyperactivité peut être clivant. Lors de l'une des enquêtes exploratoires, l'équipe d'un centre de soins était réticente à accueillir notre enquête, que nous avons présentée en parlant d'hyperactivité. Ils nous ont alors expliqué que leur manière de travailler consistait bien souvent à décaler le problème par rapport à la plainte initiale des parents ou aux indications de l'école (amenant souvent l'idée de problèmes de comportement ou d'hyperactivité). Ils refusaient de prescrire de la Ritaline^{®2}, acceptaient de prendre en charge des patients qui avaient par ailleurs une prescription, mais leur objectif avec ces patients était de travailler autre chose, de faire émerger d'autres problématiques, d'amener l'enfant et ses parents vers une psychothérapie. Ils nous avaient également expliqué pourquoi notre enquête même leur posait problème : notre présence dans leur centre aurait été associée à un diagnostic qu'ils essayaient de ne pas faire exister, elle aurait rendu, malgré eux, cette catégorie diagnostique présente à leur esprit. En revanche, ils utilisaient le terme d'agitation, qui leur permettait de laisser à ces comportements le statut de symptôme (et non de syndrome), qu'on pouvait prendre comme point de départ et dont il s'agissait de trouver la cause.

Par la suite, quand nous avons commencé à présenter la recherche en employant le terme d'agitation, elle a été plus facilement investie par les professionnels dans les centres de soin, quelle que soit leur approche. Pour les professionnels travaillant essentiellement avec une approche psychodynamique, le terme d'agitation fait écho à d'autres termes, comme la dysharmonie évolutive ou l'éclatement. Dans une autre orientation, un médecin nous a conviés à observer sa consultation de diagnostic, où elle réalise entre autres des diagnostics de TDA/H, qu'elle envisageait de nommer « Consultation Agitation ». L'agitation est alors associée à la recherche de symptômes dans le travail d'élaboration diagnostique, au même titre que d'autres éléments comme le degré d'attention ou le niveau intellectuel.

De manière plus générale, dans les pratiques des professionnels du soin, nous avons pu relever des termes utilisés de manière récurrente, articulés avec des orientations théoriques différentes : l'opposition, la transgression, l'hypertonicité, l'embrassement, l'agressivité, le débordement, la

² La Ritaline[®] est un traitement par méthylphénidate, et l'un des psychostimulants prescrits dans la prise en charge du TDA/H (avec (Concerta[®], Quasym[®] et Medikinet[®]).

violence, le mouvement dévastateur, le bruit (les comportements bruyants), l'excitation, la désorganisation, l'inattention, les crises clastiques, la colère, la frustration, l'effraction, l'errance, la décharge, l'hostilité, la destruction, la dislocation, le bombardement, la persécution etc. Nous avons observé des pratiques différentes d'un centre à l'autre, mais aussi des convergences. Notre enquête amène à aller au-delà des grandes controverses telles qu'elles sont campées dans la sphère publique. Dans les pratiques, certains centres sont effectivement dans la controverse, dans une posture visant à affirmer leur approche contre les autres, d'autres sont plutôt dans une hybridation de pratiques.

Au-delà des lieux de soins, dans d'autres sphères comme dans les écoles ou les MDPH, le terme d'agitation était bien compris, mais le plus souvent assez vite remplacé par ceux de « problèmes » ou de « troubles » du « comportement », qui faisaient davantage sens pour les professionnels, alors que ces mêmes termes étaient le plus souvent écartés dans les centres de soin, jugés trop hétérogènes, voire pseudo-scientifiques.

Dans l'expérience des enfants, des parents ou des autres membres de l'entourage, l'entrée par l'agitation donnait à voir des comportements différents et suscitait des descriptions variées. Un registre très présent, dans les observations comme dans les propos des proches, est celui du mouvement physique, du déplacement : l'enfant qui « bouge », qui « ne tient pas en place », qui ne reste pas assis, qui est insaisissable. Mais au-delà d'une agitation purement motrice, on observe également des qualifications donnant l'idée d'une agitation plus globale, de l'enfant qui remplit l'espace, que ce soit par le mouvement, par la parole (l'idée de débordement verbal) ou par sa simple présence, décrite comme « remarquée », « perturbante », « fatigante ». Ce n'est pas seulement que l'enfant bouge, c'est que l'on met l'accent sur le fait qu'il crée le mouvement autour de lui : « il va créer quelque chose », « les autres le suivent », il « attire les enfants comme des mouches », « suscite des bagarres » ...

On trouve également parfois le registre du mouvement impulsif ou violent, orienté vers les choses (« il faisait des trous dans les murs »), vers lui-même (« il se tapait la tête contre les murs ») ou vers les autres (« il était capable d'aplatir un enfant »). Ce dernier registre est moins souvent présent dans les propos des enfants et des parents et il est le plus souvent présenté comme une réponse, excessive peut-être, mais en partie involontaire : « le problème c'est qu'il se défend », « les autres viennent l'embêter car ils savent qu'il réagit », « il attirait les autres enfants agressifs ». Un autre registre souvent évoqué est celui de l'enfant qui enraye le

mouvement attendu, qui perturbe le rythme : l'enfant qui s'oppose, qui « ne fait pas », « n'écoute pas », qui fait des crises. D'autres descriptions donnent l'idée d'une agitation plus intérieure, qui ne se voit pas forcément au premier abord : un enfant « dispersé », « éparpillé », « déconcentré », « inattentif », qui n'arrive pas à « se poser », y compris mentalement.

Certains enfants ou parents enquêtés mobilisent des diagnostics médicaux, mais les rapports à ces diagnostics sont très variables : ils ne sont pas toujours rapidement énoncés dans les entretiens, et le sont avec plus ou moins de conviction et de poids explicatif. Nos interlocuteurs prennent plus ou moins de distance avec ces termes médicaux et la manière dont ils ont été posés : depuis ceux qui les investissent sur un mode identitaire (« je suis l'hyperactivité », dit un adolescent), à ceux qui les attribuent au point de vue d'un professionnel parmi d'autres (« elle a parlé de dysharmonie évolutive », relate une mère à propos de la pédiatre de son fils), en passant par ceux qui les évoquent à titre d'hypothèse, faisant part de leurs incertitudes (« il est peut-être hyperactif »).

Qu'il s'agisse des propos des professionnels ou de ceux des enfants et des familles, nous nous sommes interrogés sur le sens de ces différentes qualifications. Nous avons essayé de travailler sur les enjeux des usages des différents termes. Ces enjeux sont multiples. Les professionnels sont pris dans des enjeux de positionnement, les termes qu'ils emploient les situent dans un champ traversé de controverses, les classent dans un camp ou dans un autre. Mais ils ne sont pas toujours dans ces logiques de positionnement et selon les contextes et les interlocuteurs, les termes qu'ils emploient peuvent varier. Car ils sont pris la plupart du temps dans des enjeux relationnels : il s'agit de se faire entendre de différents partenaires (services sociaux, école, MDPH...), de nouer le dialogue et de garder le contact avec des parents parfois méfiants. Ils emploient à l'écrit des termes spécifiques, selon qu'il s'agit de renseigner le dossier du patient (y compris sa partie administrative, comme coder un diagnostic pour la sécurité sociale), d'écrire à un collègue ou de remplir un certificat pour la MDPH. Pour les professionnels comme pour les familles, les usages des termes sont très liés aux pratiques, aux enjeux de prise en charge : avoir accès ou donner accès à des traitements, des aides, à certaines orientations. Dans le même temps, les mots sont aussi chargés d'enjeux symboliques ou moraux : ils participent d'une qualification (parfois d'une disqualification) des relations familiales, des pratiques éducatives parentales, de la réputation d'un groupe, des places des différentes personnes dans la parenté. Dans les analyses qui suivent, nous essayons de développer ces enjeux et de montrer la manière dont ils s'articulent, pour les professionnels comme pour les proches.

Tout au long de ces analyses, nous avons continué à employer le terme d'agitation. Il faut en effet souligner que ce terme n'a pas été pour nous seulement une entrée, un opérateur efficace sur le terrain, pour donner à voir des situations, des interactions, des conceptions, sans circonscrire la recherche par un diagnostic. Au moment de l'analyse, il s'est également révélé pertinent pour rendre compte des significations qui circulent autour de ces comportements problématiques. Utiliser le terme d'agitation nous a permis de mettre en relief certaines tensions caractéristiques de ces univers sémantiques. Mentionnons dès maintenant quelques-unes de ces tensions.

Tout d'abord, dans les conceptions (des professionnels du soin, de l'école, des parents), on trouve une tension récurrente, ou une ambivalence, entre l'idée que l'enfant est acteur/responsable/moteur et l'idée que l'enfant subit, n'a pas le contrôle, est influençable, vulnérable aux sollicitations, aux mauvais exemples ou à l'agressivité des autres. En d'autres termes, tantôt l'enfant s'agite (voire *agite* les autres, un groupe, un lieu), tantôt il *est* agité (quelque chose l'agite) (Diener, 2011). La même ambivalence est présente lorsque les mêmes enfants sont décrits d'un côté comme « explosés », de l'autre comme « faisant exploser » la classe, l'école, leur famille – ou bien lorsque des enfants sont décrits à la fois comme « perturbants » et « perturbés ».

Une deuxième tension autour de ces situations, que le terme d'agitation exprime bien, est que les regards peuvent se porter sur un individu (un enfant ou un adolescent qui pose problème), ou bien sur une situation plus globale, sur un ensemble individu/environnement indissociable. « Agité » peut qualifier un enfant ou bien un groupe. Les professionnels tantôt décrivent un enfant et ses comportements en l'isolant du contexte, tantôt le situent dans son groupe familial (un enfant qui est explosé mais qui en fait « va plutôt bien » si l'on considère ce qui se passe dans sa famille), tantôt réfléchissent sur la composition des groupes thérapeutiques, sur la dynamique d'ensemble, sur le caractère plus ou moins « explosif » d'un groupe. On observe des balancements de ce type également dans les discours des parents. Dans nos analyses, nous avons essayé de raisonner en termes de configuration, comme y invite Norbert Elias (1991), de ne pas séparer « individu » et « environnement ». Ce faisant, nous avons prêté attention aux variations des regards des acteurs. Quelle est l'étendue de la configuration que les acteurs envisagent, à quels moments isolent-ils des unités individuelles, à quels moments font-ils référence au « contexte » et de quelle manière ?

E. La construction sociale de parcours différenciés

Cette attention aux points de vue sur l'agitation, et aux liens entre qualifications et pratiques, nous a permis de travailler deux grandes questions, qui traversent ce rapport de recherche. La première question est celle de la construction sociale des parcours des enfants.

Cette question est apparue rapidement au cours de la recherche. Devant le constat d'un paysage professionnel français morcelé, marqué par des différences de pratiques et d'approches, il a semblé évident de s'interroger sur l'impact de ce morcellement sur les parcours des enfants. Nos premières observations ont suggéré qu'il existait une très grande diversité de parcours, selon qu'un diagnostic est posé ou non et selon la nature de ce diagnostic. Des parents racontaient qu'il leur avait été difficile de se repérer dans une offre professionnelle assez éclatée (des structures pas forcément faciles à identifier, des approches très différentes d'un centre à l'autre, des clivages difficiles à décrypter). D'autres disaient ne pas avoir osé raconter toutes leurs démarches précédentes à un psychiatre rencontré dans un centre de soins, car ils savaient que ce psychiatre avait une orientation opposée à celles des professionnels rencontrés auparavant. Tous ces constats invitaient à interroger les conséquences de la structure du champ professionnel sur les parcours des enfants.

Pour cela, nous avons essayé de prendre en compte les différentes dimensions des trajectoires des enfants (trajectoire sociale, familiale, géographique, trajectoire de soins, démarches administratives) et de penser les interactions entre ces différentes dimensions. Nos données invitent à creuser particulièrement les interactions entre la dimension du soin et les autres dimensions de la vie sociale des enfants :

- Dans un sens, peut-on repérer des déterminants sociaux des trajectoires de soin (comment le contexte scolaire, les caractéristiques du réseau de soin local, les appartenances sociales et locales, la trajectoire familiale, contribuent à déterminer ces trajectoires de soin) ?
- Dans l'autre sens, quels sont les effets des différents soins et prises en charge sur les autres sphères de la vie des enfants et sur leur devenir social ? Quels sont les effets des pratiques professionnelles ? On peut décrire des effets d'orientation, de filtrage, d'aiguillage qui contribuent à déterminer la trajectoire sociale (pratiques diagnostiques,

critères d'admission dans les dispositifs, pratiques d'orientation à la sortie des services), mais aussi des effets plus indirects (comment la fréquentation des professionnels et des lieux de soin, avec leurs normes et leurs manières d'être, transforment et façonnent sur le long terme les manières d'être et de faire des enfants et des parents).

Nous avons ainsi tenté de cartographier la diversité des parcours et de les relier à des caractéristiques sociales : quels enfants sont orientés vers telle qualification et telle prise en charge ? Quels sont les parcours les plus classiques ? Les formes de rupture ou de discontinuité ? Etant données les différences d'approches d'un centre à l'autre, on peut interroger les variations selon les territoires et l'impact de la première orientation : quelles familles poursuivent les soins mis en place suite à la première orientation, quelles sont celles qui vont chercher ailleurs ou qui font rupture ? Quelles sont les formes d'alliance ou de résistance avec les propositions professionnelles ?

Nous nous sommes ainsi interrogés sur les ressources que les enfants et les parents mobilisent pour s'orienter, pour gérer les situations. Des ressources diverses entrent en ligne de compte, qui varient selon les groupes sociaux : ressources en temps, en argent, relations dans le monde scolaire ou médical, connaissance du paysage institutionnel et des clivages entre professionnels, aides apportées par l'entourage familial, alliance avec différents professionnels (médecins, psychologues, assistants sociaux...), réseaux locaux avec les administrations etc. Mais nous avons également mis l'accent sur les phénomènes de socialisation, qui sont un élément clé de l'analyse à différents niveaux.

Premièrement, les formes de socialisation (les pratiques éducatives des parents, les écoles fréquentées, les occupations du temps libre, les types de loisirs, la régulation des relations entre frères et sœurs...), variables d'un groupe social à l'autre (Lareau, 2011), produisent des enfants qui se comportent différemment et qui sont donc susceptibles de faire l'objet de qualifications différentes.

Deuxièmement, les normes et pratiques éducatives des parents, elles aussi liées à leur propre socialisation, influencent leur adhésion ou leur réticence vis-à-vis des pratiques professionnelles, qui sont évaluées, connotées moralement, situées dans un système de valeurs. L'un des résultats importants de notre recherche est le constat d'affinités entre certains groupes sociaux et certaines approches professionnelles. Selon leurs caractéristiques, certains parents

sont attirés plutôt par les approches psychodynamiques ou plutôt vers les approches neurologiques – ce qu'on observe alors, ce sont moins de grandes oppositions entre classes sociales que des affinités différenciées d'une fraction à l'autre d'un même groupe social. Par ailleurs, les parcours peuvent aussi amener à revoir l'adhésion première des parents à une approche (psychodynamique par exemple), lorsqu'ils estiment que les résultats se font attendre ou que les méthodes employées ne leur semblent pas cohérentes.

Enfin, nous avons constaté que la fréquentation des lieux de soin peut être porteuse d'effets de socialisation pour les enfants comme pour les parents (Coutant et Eideliman, 2013). Les contacts avec les professionnels, leurs manières de faire, les normes dont ils sont porteurs, contribuent à transformer l'expérience, à modeler les dispositions et les attentes des familles. On peut parler comme le propose Isabelle Coutant (2012) d'une socialisation aux professionnels du psychisme, socialisation qui prend des formes différentes selon la distance sociale plus ou moins forte entre les familles et les soignants, selon le type d'alliance qui se noue entre eux.

F. La cristallisation de « genres d'enfants »

La deuxième question que nous proposons de creuser est celle de la manière dont se forment et se cristallisent, tout au long de ces trajectoires, des figures d'enfants, des genres d'enfants.

Nous avons reconstitué ces figures en combinant plusieurs sources (observations, interactions avec les enfants, discours de plusieurs adultes, proches ou professionnels, échanges informels à propos des enfants en leur présence ou leur absence, dossier médicaux), qui montrent une diversité de points de vue sur un même enfant et permettent de saisir des formes de construction collective des regards.

Parler de genres d'enfants nous semble approprié car les significations qui sont tissées autour de chaque enfant (dans l'interaction entre les multiples points de vue qui sont posés sur lui) isolent rarement d'un côté un enfant (ce qu'il est vraiment) et une pathologie ou des comportements problématiques qui lui seraient extérieurs et qui seraient bien identifiables. On observe au contraire de multiples façons d'articuler ces deux dimensions. Ce sont des questions qui troublent les enfants comme les parents et qui se formulent notamment autour de l'usage des médicaments à base de méthylphénidate. « Quand est-ce que je suis vraiment moi-même,

sous Ritaline[®] ou sans ? », se demande Nathan, 17 ans. On peut encore penser à Marie qui souhaite arrêter son traitement parce que ses amies lui disent qu'elles ne la retrouvent plus quand elle le prend, qu'elle n'est plus comme avant, qu'elle n'est plus drôle. Certains parents, comme ceux d'Arnaud, dissocient l'enfant de son « trouble », le TDA/H : « Nous, on a fait la connaissance de notre fils, vraiment tel qu'il est, quand il avait 12 ans, quand il a été sous méthylphénidate. Avant, on ne le comprenait pas. » D'autres parents, au contraire, font de l'hyperactivité un trait de caractère de leur enfant. Face à ces ambivalences, parler de genres de figures d'enfants nous permet de saisir des formes d'identification de l'enfant qui donnent des places diverses aux représentations médicales.

Si l'on reconstitue pour chaque enfant les significations qui se tissent et se négocient autour de lui, on voit que les usages des catégories médicales sont liés à des conceptions de genre, à des idéaux de succès, à des conceptions morales de l'identité et de la personne, propres à une société, à un contexte. Nous nous inscrivons ici dans la lignée des recherches anthropologiques et sociologiques qui resituent l'expression et les conceptions des troubles mentaux dans un contexte historique et social. On peut prendre l'exemple de l'analyse par Ilina Singh (2002) de l'expérience du TDA/H en Grande-Bretagne. Ilina Singh a montré les significations de violence et d'agressivité qui étaient attachées à ce diagnostic en Grande-Bretagne, par comparaison aux Etats-Unis où l'accent est mis sur le versant de l'attention et des performances cognitives. Dans le contexte français, la problématique de l'agitation peut être considérée comme une bonne illustration de l'extension de la santé mentale et de la prégnance de la règle sociale d'autonomie, des représentations sociales de l'autonomie dans son versant « autocontrôle » en particulier. En « régime d'autonomie généralisée », pour reprendre les analyses d'Alain Ehrenberg (2014), l'enfant agité est troublé en cela qu'il ne manifeste pas sa capacité à s'auto-discipliner selon l'injonction fortement reprise au sein de l'univers scolaire. On peut faire une lecture de l'agitation, selon les analyses d'Alain Ehrenberg, comme relevant de ces nouvelles morbidités, ces « pathologies de l'homme capable ». Des pathologies qui procèdent d'un ratage de la socialisation par insuffisance d'autocontrôle ou excès d'auto-activation. De fait, on le verra dans les propos des parents, des enfants, comme dans les regards des professionnels : autour de ces enfants dits agités se déploient un ensemble de significations qui évoquent l'activation excessive, l'absence de contrôle, ainsi que l'absence de compétences relationnelles.

Mais on constate également que ces descriptions sont à géométrie variable. Selon les enfants, ce ne sont pas les mêmes dimensions qui sont mises en avant : certaines descriptions d'enfants

sont plus ancrées dans le registre de l'empathie et du relationnel, d'autres mettent l'accent sur le registre de l'activité, des performances. Pour certains enfants, on met volontiers en avant des aspects positifs, brillants, valorisants, de l'agitation. Pour d'autres au contraire, la description est dominée par des aspects négatifs. Notre recherche invite alors à penser les « genres d'enfants » au pluriel, à réfléchir aux manières dont les représentations générales de l'enfance, liées aux grandes valeurs partagées dans une société, se déclinent de manières différenciées : on verra ainsi apparaître des figures d'enfants considérés comme agités différenciées selon le genre, l'appartenance sociale, la place donnée à l'enfant dans la famille.

Cette réflexion sur les genres d'enfants nous permet de penser à la fois *des effets de classification* (les enfants ne sont pas pensés de la même manière car des regards différents sont posés sur leurs comportements selon les contextes, les milieux, avec des attentes genrées variables selon les groupes sociaux) et *des effets de production sociale des comportements et des personnes* (ces genres d'enfants sont aussi des styles de personnes disponibles, des formes disponibles d'expression du mal-être qui façonnent la manière dont les enfants se pensent et se construisent). La cristallisation de ces figures est liée aux critères diagnostiques construits par les classifications, elles-mêmes produites en lien avec l'état des rapports sociaux de genre et de classe, qui contribuent à polariser les qualifications et, partant, les comportements. Car on peut considérer, en suivant les analyses de Ian Hacking (1999), qu'elles représentent des « niches écologiques », des figures qui aimantent les comportements en fonction de caractéristiques propres à une époque et à une société données. Elles susciteraient alors des vocations, des formes d'expression du mal-être différenciées selon le genre et le milieu social des enfants, comme le suggèrent également les travaux de Singh (2004) sur le TDA/H.

Avant d'entrer dans les analyses proprement dites, il faut avoir en tête une dernière remarque : ces réseaux de significations ne dessinent pas que des portraits individuels. Ces figures d'enfants ne parlent pas que d'un enfant. Elles engagent la réputation de l'enfant et de son groupe, elles participent de l'identification sociale et donc du classement social de l'enfant, qui rejaillit sur l'identité de sa famille (Lignier, 2012). Elles disent la manière dont l'enfant est pensé au sein d'un collectif, la place qui lui est donnée, la manière dont il est réinscrit dans une ou plusieurs lignées, ou pensé comme porteur de différences. Il est intéressant de mobiliser ici des éléments d'anthropologie de la parenté. Les anthropologues qui réfléchissent aux transformations contemporaines des liens de parenté montrent comment la vie familiale fabrique à la fois du collectif et une singularisation des individus. Comment le groupe de parenté

est l'un des lieux où se fabrique justement cet équilibre entre appartenance et singularité, où se travaille la notion de personne, si on reprend les termes de l'analyse de Marcel Mauss (1960) sur la notion de personne, ou de ce que décrit aussi Maurice Halbwachs (1925) sur la place de la personne dans la famille. On retrouvera ici des normes concernant la place donnée aux enfants selon leur rang dans la fratrie et leur genre (Vernier, 1998), mais aussi des normes de relations parents/enfants. Ces qualifications sont révélatrices de la manière dont le groupe se représente lui-même et se donne à voir (dans les propos des enfants et des proches) et de la manière dont il est pensé (dans les regards des adultes en présence, parents et professionnels).

Au terme de ce passage en revue des sources et des enjeux de la diversité des qualifications autour de l'agitation infantile, nous proposons d'orienter la réflexion vers des exemples plus précis. Nous commencerons par pointer une série d'enjeux du côté de la sphère professionnelle, en analysant les configurations relationnelles propres à chaque lieu de soin (partie II). Puis nous nous dirigerons vers la sphère familiale, d'où nous observerons la production sociale de parcours différenciés, entre familles et institutions (partie III).

PARTIE II Lieux de soins et configurations relationnelles

Nous cherchons ici à décrire les configurations relationnelles locales qui s'établissent autour de chaque lieu de soin étudié. Pour chacun d'entre eux, un ensemble de relations plus ou moins stabilisées entre les types de problèmes présentés par les enfants, les styles professionnels, les genres de familles, les alliances enfants/familles/professionnels et les types de parcours scolaire se met en place, en lien avec le contexte des relations localement établies entre acteurs du soin, de l'éducation, du social et du médico-social. Nous commencerons par présenter la diversité des différents lieux où l'enquête a été menée, avant de revenir sur les configurations relationnelles propres à certains lieux et aux pistes de réflexion qu'elles suscitent.

A. Des configurations relationnelles et leurs variations locales et sociales

Nous avons mené l'enquête en partant de lieux de soin que nous avons essayé de diversifier en termes d'approches mobilisées et de contexte culturel et social du quartier d'implantation. Onze lieux ont été étudiés :

- Dans les quartiers Sud de Paris :
 - Un hôpital de jour accueillant des enfants agités pendant ou après l'école (appelé ici « Unité A »).
 - Un CATTP accueillant sur temps scolaire des enfants présentant des troubles du comportement.
 - Un CMP situé dans un quartier socialement mixte.
 - Une structure de prévention des troubles psychiques et de l'échec scolaire (Centre médico-scolaire).
 - Un CMPP situé dans un quartier socialement favorisé, accueillant des enfants ayant des difficultés diverses pour des consultations et quelques prises en charge groupales.
- Dans les quartiers Nord de Paris :
 - Un hôpital de jour pour des enfants ayant des troubles du comportement
 - Trois CMP accueillant des enfants ayant toutes sortes de difficultés (essentiellement étudiés via les fiches de première demande)
- Dans le Nord de la France :

- Un pôle de santé mentale regroupant plusieurs espaces d'accueil pour enfants et adolescents ayant toutes sortes de difficultés psychiques.
- Un CMP accueillant des enfants ayant toutes sortes de difficultés.

Dans chaque structure où nous avons été amenés à faire des observations, nous avons cherché à recueillir des données quantitatives sur la manière dont les enfants suivis sont arrivés dans cette structure (qui les a adressés vers ce centre, qui a appelé pour un premier rendez-vous...), sur leurs principales caractéristiques (sexe, âge, environnement familial et social, niveau scolaire, prises en charge...) et sur la façon dont leurs troubles sont qualifiés et interprétés par les professionnels (motifs de prise en charge et éventuellement, diagnostics posés...). Ce recueil, anonymisé, poursuivait trois objectifs : 1) servir d'assise à notre travail ethnographique, en éclairant le matériau qualitatif collecté par ailleurs de données de cadrage issues du terrain ; 2) décrire de manière synthétique et comparative le public suivi par chacun des centres enquêtés ; 3) élaborer un cahier d'observation standardisé qui pourrait à terme permettre la mise en place d'une enquête prospective multicentrique plus large.

Au total, 6 centres (sur les 11 enquêtés) ont accepté l'idée que nous puissions compléter notre enquête qualitative d'un recueil quantitatif : 1) quatre CMP/CMPP (2 dans les quartiers Nord de Paris, 2 dans les quartiers Sud) ; 2) et deux centres d'accueil parisiens (un CATTP et un hôpital de jour).

- L'accès aux dossiers des patients est souvent un point délicat. Les terrains ayant été négociés uniquement et en premier lieu pour de l'observation et des entretiens, nous n'avons pas pu consulter ces documents en CMP/CMPP, même en anonymisant les données. Nous avons, en revanche, été autorisés à effectuer ce recueil d'informations à partir des fiches de première demande (c'est-à-dire des fiches constituées par les centres lors du premier appel de la famille pour un éventuel suivi). En contrepartie, toutes les fiches disponibles par ces structures sur une année ont pu venir alimenter notre base de données, sans sélection en amont des enfants à enquêter (ni selon leur âge à leur première consultation, ni selon leurs troubles). Ne pas avoir défini a priori les cas relevant de l'« agitation » est un choix de notre part, qui repose en grande partie sur le fait que l'absence de ce terme dans les fiches de premier appel ne signifie pas l'absence d'agitation.

- Pour les deux centres d'accueil, nous avons pu, en revanche, accéder aux dossiers complets des enfants suivis ou ayant été suivis, ce qui a permis un recueil de données plus détaillé que pour les CMP/CMPP. Compte tenu de la grande quantité d'informations contenues dans chaque dossier, nous avons tiré au hasard certains d'entre eux, puis extrait ce qui pouvait l'être pour notre étude, en visant cette fois non plus l'exhaustivité des cas suivis sur une période donnée, mais la richesse des informations exploitables dans quelques dossiers (dans le but essentiellement d'étoffer de manière éclairée le cahier d'observation que nous souhaitons construire pour mieux connaître à terme la population constituée des enfants dits « agités » suivis en centres de soins, cf. annexe 4).

Au total, nous avons travaillé sur 656 supports (583 fiches de premier appel en CMP/CMPP + 73 dossiers en centres d'accueil). Pour harmoniser ces sources de collecte d'information très disparates d'un centre à l'autre et uniformiser nos données, nous avons établi collectivement, au cours de plusieurs réunions, une grille de codification, que nous avons appliquée de façon pragmatique à l'ensemble des bases constituées séparément par chacun des enquêteurs. Ces bases de données ont ensuite fait l'objet de traitements statistiques sous SPSS V23 et le cas échéant, d'analyses de contenu (pour les informations rentrées en texte clair, comme les motifs d'appel ou les contextes de vie de l'enfant). Lorsqu'une restitution des résultats site par site n'a pas été possible (du fait de données restreintes ou non quantifiables), nous avons opté pour un rendu global (c'est-à-dire, pour un éclairage d'ensemble, tous sites confondus).

a. Sexe

La population étudiée est composée majoritairement de garçons, et cela, quel que soit le site enquêté. Si on compte en moyenne deux tiers de garçons (68,3% vs. 31,7% de filles), cette proportion est néanmoins moins importante en CMP/CMPP (60,4% de garçons) qu'en centre d'accueil (76,1%), un des CMP enquêtés accueillant même quasiment autant de garçons (52,2%) que de filles (47,8%) sur un an. Au-delà de ces écarts s'expliquant par des profils de morbidité différents, la sur-représentation masculine que nous avons observée dans chacun des

sites est cohérente avec les résultats publiés dans le cadre d'autres enquêtes françaises, nationales (Coldéfy, 2005)³ ou régionales (Ledésert et Mari, 2016)⁴.

b. Âge

Les enfants enquêtés ont 7,7 ans en moyenne (6,9 à 9,0 ans en moyenne, selon les structures), et la moitié a moins de 7,6 ans. Toutes les tranches d'âge sont représentées (0-18 ans), des nourrissons (orientés alors par les maternités) aux jeunes adultes (lesquels sont parfois à l'origine de la demande de prise en charge). La population des centres d'accueil est dans l'ensemble moins dispersée en âge (2,8 à 14,8 ans) que la population des CMP/CMPP (0 à 18,5 ans), ce qui est dû aux limites d'âge fixés par ces services. Comme dans l'enquête menée en 2003 par la DREES, la classe d'âge la plus représentée correspond aux 5-9 ans (40,5% à 41,4% pour les CMP/CMPP, 63,6% à 81,3% pour les centres d'accueil, 48,8% pour l'ensemble), de nombreux troubles de l'apprentissage et de la socialisation étant identifiés en début d'école primaire (Coldéfy, 2005).

c. Niveau scolaire

La majorité des enfants enquêtés étaient en école primaire lors de leur première consultation (34,2% pour les CMP/CMPP, 62,4% pour les centres d'accueil, 48,3% pour l'ensemble), plus d'un quart (28,2%) en école maternelle et 5,7%, en crèche ou non encore scolarisés (enfants de moins de 3 ans). Ces chiffres reflètent bien à la fois les répartitions par âge vues précédemment et l'existence de dépistages parfois très précoces. Par ailleurs, 2,6% des enfants enquêtés bénéficient d'enseignements adaptés, en Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP), en Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) ou en hôpital de jour (HDJ). Au total, 91,7% des enfants enquêtés suivent une scolarité en classe ordinaire (en maternelle, primaire, collège ou lycée, avec ou sans aménagements), les autres étant soit scolarisés en classe spécialisée, soit non encore scolarisés. Cette proportion est proche de celle publiée par la DREES (scolarité ordinaire pour 9 enfants de CMPP sur 10) (Coldéfy, 2005).

³ 63,9% de garçons en moyenne sur l'ensemble des CMPP français

⁴ 56% à 64% de garçons en moyenne selon les centres pyrénéens étudiés (CMP, CMPP, CAMSP)

d. Fratrerie

Un peu plus de sept enfants sur 10 (72,2%) ont au moins un frère ou une sœur (73,7% pour les enfants suivis en CMP/CMPP, 70,8% pour les enfants suivis en centre d'accueil) ; près de 3 enfants sur 10 (27,8%) sont donc enfant unique. Ils sont, par ailleurs, 21,3% à avoir au moins un demi-frère ou une demi-sœur (16,1% pour les enfants suivis en CMP/CMPP, 26,6% pour les enfants suivis en centre d'accueil), révélant de nombreux cas de recomposition familiale, surtout parmi les enfants pris en charge en structure d'accueil. Si ces situations sont de plus en plus fréquentes en France, elles sont deux fois plus nombreuses parmi les enfants enquêtés que ce qui est observé en population générale (1 enfant sur 10, selon l'INSEE). Au total, les enfants étudiés vivent dans des familles comportant 2,9 enfants en moyenne⁵, c'est-à-dire dans des familles généralement plus nombreuses que ce qui est observé au niveau national (1,9 enfant en moyenne par famille en France en 2011 selon l'INSEE).

e. Situation matrimoniale des parents

Près de la moitié des enfants (47,3%) ont des parents divorcés, séparés, veufs ou célibataires, ces pourcentages atteignant 55% dans les deux CMP/CMPP du Nord de Paris. Nombreux sont donc les cas de figure où les enfants vivent sans l'un de leurs deux parents ou en garde alternée. Les données que nous avons recueillies ne nous permettent pas d'aller plus loin dans cette description. Néanmoins, une enquête conduite par la DREES montre que seuls 62% des enfants suivis en CMPP vivent chez leurs deux parents (ensemble ou en garde alternée de durée identique), 30% ne vivent que chez un seul de leurs parents, 4% sont placés en famille d'accueil et 1% habitent en institution (Coldéfy, 2005).

f. Contexte de vie de l'enfant

Beaucoup parmi les enfants enquêtés vivent dans un environnement socialement difficile : 1) avec des parents arrivés récemment en France, non francophones, ne sachant ni lire, ni écrire et/ou isolés ; 2) avec des problèmes de santé affectant soit les parents eux-mêmes, soit les autres

⁵ L'enfant lui-même + 1,3 frères ou sœurs + 0,6 demi-frère ou demi-sœur = 2,9 enfants par famille.

enfants de la fratrie ; 3) au milieu de relations conflictuelles entre les deux parents, entre parents et enfants et/ou à l'intérieur de la fratrie ; 4) malgré des difficultés financières diverses (petits boulots, chômage, logements exigus, hébergement), ces quatre types de situations se cumulent et s'entremêlant parfois. Ces résultats vont de nouveau dans le sens de ceux mis en évidence par Coldéfy, qui estime à 43,6% le pourcentage d'enfants de CMPP vivant dans un contexte socio-familial problématique, à 15,1% ceux souffrant de carences affectives, éducatives, sociales et/ou culturelles, et à 11,7% ceux en rupture de liens affectifs (Coldéfy, 2005).

g. Appelant

Il n'y a que pour les CMP/CMPP, dans les fiches de premier appel, qu'est mentionnée la personne qui a appelé le centre pour la première fois. Dans la large majorité des cas et sans grande surprise, c'est la mère de l'enfant qui a contacté le centre pour entamer un début de prise en charge (83,9% des cas vs 11,2% d'appels de pères). Bien plus rarement, ce premier appel a été effectué par un membre de la famille (2,3% des fiches étudiées), par l'enfant lui-même (1,3%), par les deux parents en même temps (0,8%) ou par un tiers (0,6%) (en l'occurrence ici, un service de protection de l'enfance et un psychologue).

h. Adresseur

Près d'un tiers des enfants enquêtés (30,8%), soit la majorité, est venu consulter en CMP/CMPP sur recommandation de leur école, ce qui atteste que le personnel scolaire est un acteur essentiel dans le repérage, puis l'orientation vers des structures adaptées des enfants présentant des troubles psychiques. Un quart des enfants (25,7%) a consulté ces centres sur initiative des parents (20,5%) ou sur les conseils de proches (5,2%), c'est-à-dire sans avoir préalablement été orientés par un professionnel. Les autres enfants ont été adressés par un soignant libéral (16,9%), par une institution Petite Enfance (11,8%) ou par une autre structure médico-psychologique (11,1%). Dans ce cadre et du fait de leur bonne connaissance de l'enfant et de sa famille, les médecins de premier recours (généraliste, pédiatre) sont en première ligne dans ces dépistages, notamment en matière de TDA/H où il existe désormais un guide de bonnes pratiques sur la conduite qu'ils se doivent de tenir en cas de suspicion de tels troubles (Haute Autorité de Santé, 2014). Enfin, certains enfants (3,6%) ont été adressés en CMP/CMPP par

des acteurs moins attendus, comme un centre maternel, une association, une mairie, un foyer d'hébergement, une instance de financement, un avocat en charge d'un divorce ou la police (brigade des mineurs). Si les deux sites des quartiers Nord de Paris reçoivent de nombreux enfants suite à une démarche personnelle des parents (28,5% et 27,3% vs. 16,2% et 10,2 pour les deux autres centres), les CMP/CMPP des quartiers Sud recrutent souvent leur patientèle via les centres Petite Enfance (13,3% et 20,4% vs. 3,8% et 9,8% pour les deux autres centres).

En centres d'accueil, les configurations sont complètement différentes, puisqu'une large (voire très large) majorité d'enfants leur sont adressés directement par des structures médico-psychologiques (94,1% pour le CATTP et 51,5% pour l'hôpital de jour).

i. Motifs de contact

Le recours aux structures enquêtées s'explique par une diversité de situations : un manque d'attention et/ou de concentration des enfants à suivre, une agitation parfois associée à un refus de l'autorité, un comportement anxieux voire dépressif, des peurs ou phobies, des troubles du sommeil et/ou de l'alimentation, une attitude de retrait, ou encore des difficultés scolaires. Dans ce cadre, un diagnostic d'admission fréquent en centre d'accueil est la présence d'un « trouble majeur du comportement » ou « d'un trouble grave de la personnalité » (angoisse envahissante, dysharmonie, comportement obsessionnel, syndrome anxiodépressif, hyperactivité...). Ces résultats sont à rapprocher de ceux de la DREES, qui a estimé à 39% le pourcentage d'enfants suivis en CMPP principalement pour troubles névrotiques⁶, à 18% ceux suivis principalement pour troubles du développement et des fonctions instrumentales⁷ et à 16%, ceux suivis principalement pour pathologies-limites⁸ (Coldéfy, 2005). Ils sont également à rapprocher des résultats d'une enquête récente sur les principales pathologies observées chez les enfants accueillis en CMP, CMPP et CAMSP dans l'ex-région Midi-Pyrénées : troubles du développement et des apprentissages, troubles du comportement et de la personnalité, troubles émotionnels et de l'adaptation (Ledésert et Mari, 2016).

⁶ Troubles « à dominante anxieuse ou à prédominance des inhibitions dans le domaine des apprentissages ».

⁷ Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires (dyslexie, retard de parole, troubles d'articulation...).

⁸ Dysharmonies évolutives ou à dominante comportementale (dénis des règles sociales, répétition des échecs...).

j. Le diagnostic de TDA/H en question

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit le TDA/H par « un trouble associant 3 symptômes, dont l'intensité varie selon la personne : le déficit de l'attention [distractibilité], l'hyperactivité motrice [agitation incessante] et l'impulsivité [difficulté à attendre] » (Haute Autorité de Santé, 2015). Selon cette même source, près de la moitié des enfants diagnostiqués TDA/H (47%) souffriraient principalement de troubles de l'attention, plus du tiers (36%) d'hyperactivité et d'impulsivité et 17%, de ces trois symptômes conjoints. Notre base de données étant constituée d'enfants suivis en CMP, CMPP et centres d'accueil (sans sélection a priori de notre part), nous avons cherché à évaluer a posteriori le pourcentage de cas où l'item « agitation, concentration et/ou inattention » était présent soit dans les fiches de première demande (pour les CMP/CMPP), soit dans les dossiers (pour les centres d'accueil). Au total, deux enfants enquêtés sur trois (63,6%) ont été identifiés comme tels dans ces écrits (le terme TDA/H n'ayant été, quant à lui, utilisé qu'exceptionnellement). Cette proportion est cependant très variable selon les structures (28,8% à 96,4%), reflétant sans doute des différences à la fois de patientèles et de manières de décrire ces enfants.

Au-delà de cette dispersion, la présence d'un ou plusieurs de ces symptômes n'implique pas nécessairement l'existence d'un TDA/H d'après ceux qui le diagnostiquent, en raison de la diversité des éléments sur lesquels ce diagnostic doit être établi : entretiens avec l'enfant et ses parents, examen clinique, questionnaires pour la famille et les enseignants, bilans divers (neuropsychologique, paramédicaux...). En dépit de cette complexité, les promoteurs de ce diagnostic estiment qu'il touche aujourd'hui en France entre 3,5 et 5,6% des enfants scolarisés, les sujets atteints se caractérisant par davantage de troubles des conduites et d'opposition que les autres, davantage de difficultés d'apprentissage et davantage de redoublements (Lecendreux, Konofal et Faraone, 2011).

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques stipulent clairement qu'une prise en charge médicamenteuse (type Ritaline®) ne doit être envisagée qu'en dernier ressort, c'est-à-dire « lorsqu'une prise en charge psychologique, éducative et sociale seule s'avère insuffisante » (Haute Autorité de Santé, 2014).

k. Prises en charge

Les documents mis à notre disposition ne nous ont pas permis de décrire statistiquement la façon dont les enfants enquêtés sont suivis (notamment en CMP/CMPP, où nous n'avons pu exploiter que les fiches de premier appel). Nous avons donc plus modestement listé les différentes modalités de prise en charge mentionnées, quels que soient leur lieu de réalisation (en consultation, en centre d'accueil ou en hospitalisation ; dans les structures enquêtées ou à l'extérieur) et leur temporalité (achevées, en cours ou envisagées). Après regroupements, elles sont au nombre de huit : 1) des psychothérapies (avec un psychologue ou un pédopsychiatre) ; 2) des consultations de neurologie ou de neuropsychiatrie ; 3) des séances d'orthophonie, d'ergothérapie, de psychomotricité ou de graphomotricité ; 4) des conseils nutritionnels et des déjeuners thérapeutiques ; 5) des groupes de « relaxation » ou de « contes/théâtre » ; 6) des dispositifs orientés vers la re-scolarisation ; 7) des guidances infantiles/maternelles/parentales ou des accompagnements de parents ; 8) enfin des consultations ou thérapies familiales. Selon la DREES, les trois-quarts des enfants suivis en CMPP (73%) viennent en consultation au moins une fois par semaine, 1 sur 4 (38%) ayant rencontré un psychiatre pour la première fois il y a moins d'un an (Coldéfy, 2005).

Bien que parcellaires, ces quelques données quantitatives donnent une idée de la population accueillie par les structures à partir desquelles nous avons lancé nos enquêtes (voir pour plus de détails les tableaux présentés dans les pages suivantes). Nous allons à présent approfondir l'étude qualitative de quelques configurations locales afin d'en dégager de premières pistes de réflexion sur les manières de vivre, d'accompagner et de faire avec l'agitation infantile.

TABLEAU I - DESCRIPTION DE LA POPULATION SAGE : RESULTATS AU 21/03/2018	CONSULTATIONS (CMP/CMPP)					CENTRES D'ACCUEIL			N=583	N=73	N=656
	Paris Nord 1 N=161	Paris Nord 2 N=198	Paris Sud 1 N=113	Paris Sud 2 N=111	A : CMP/CMPP (total / 4)	CATTP N=18	Hôpital de jour N=55	B : Ctres accueil (total / 2)	6 SITES (A+B) / 2		
Sexe (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
1 Garçon	52,2	58,2	61,1	70,3	60,4	72,2	80,0	76,1	68,3		
2 Filles	47,8	41,8	38,9	29,7	39,6	27,8	20,0	23,9	31,7		
Age à la première consultation (en années)											
Moyenne	9,0	7,9	7,6	8,6	8,2	7,5	6,9	7,2	7,7		
Médiane	8,8	7,0	7,0	8,2	7,8	8,1	6,4	7,3	7,5		
Ecart type	4,2	4,1	3,8	4,4	4,1	1,9	2,3	2,1	3,1		
Minimum - Maximum	0,0 - 18,5	1,0 - 18,0	2,3 - 15,1	0,1 - 18,3	0,0 - 18,5	4,5 - 10,7	2,8 - 11,9	2,8 - 11,9	0,0 - 18,5		
Age à la première consultation (en %)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
0-4 ans	19,6	25,5	31,7	24,3	25,3	12,5	25,5	21,9	23,6		
5-9 ans	40,5	40,8	40,6	41,4	40,8	81,3	63,6	56,8	48,8		
10-14 ans	28,5	26,5	26,7	23,4	26,3	6,3	10,9	16,7	21,5		
15-19 ans	11,4	7,1	1,0	10,8	7,6	0,0	0,0	4,6	6,1		
Classe lors de la première consultation dans ce centre (% valide)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
1 Crèche, jardin enfants, halte-garderie, nourrice, domicile (<3 ans)	4,8	12,6	14,7	6,6	9,7	0,0	3,6	1,8	5,7		
2 Maternelle	21,9	24,3	26,6	24,5	24,3	29,4	34,5	32,0	28,2		
3 Primaire	36,2	24,3	36,7	39,6	34,2	64,7	60,0	62,4	48,3		
4 Collège	26,7	31,1	22,0	18,9	24,7	0,0	1,8	0,9	12,8		
5 Lycée	5,7	4,9	0,0	9,4	5,0	0,0	0,0	0,0	2,5		
6 Autre (internat, ITEP, ULIS, HDJ, PMI, déscolarisation...)	4,8	2,9	0,0	0,9	2,2	5,9	0,0	3,0	2,6		
Fratrie (en %)			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
1 Nombre de frères/sœurs : moyenne (min-max)			1,62 (0-6)	0,92 (0-4)	1,27 (0-6)	1,33 (0-5)	1,15 (0-5)	1,43 (0-5)	1,35 (0-6)		
0 (ni frère, ni sœur)			14,9	37,8	26,3	16,7	41,8	29,2	27,8		
1 ou 2			64,9	57,1	61,0	66,7	40,0	53,3	57,2		
>= 3			20,2	5,1	12,7	16,7	18,2	17,4	15,0		
2 Nombre de demi frères/sœurs : moyenne (min-max)			0,29 (0-6)	0,46 (0-6)	0,4 (0-6)	0,44 (0-2)	0,62 (0-6)	0,7 (0-6)	0,6 (0-6)		
0 (ni demi-frère, ni demi-sœur)			88,3	79,6	83,9	72,2	74,5	73,4	78,7		
1 ou 2			6,4	15,3	10,8	27,8	14,5	21,2	16,0		
>= 3			5,3	5,1	5,2	0,0	10,9	5,5	5,3		
Situation matrimoniale des parents au jour de l'enquête (en %)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100	100,0	100,0	
1 Célibataires (mères seules ou isolées)	14,9	3,7	2,1	3,0	5,9	18,8	7,4	13,1	9,5		
2 En couple (concubins, pacés, mariés)	45,5	44,8	62,1	54,0	51,6	50,0	55,6	52,8	52,2		
3 Séparés, divorcés (ou en instance de)	39,6	47,9	34,7	43,0	41,3	31,3	35,2	33,2	37,3		
4 Veufs	0,0	3,7	1,1	0,0	1,2	0,0	1,9	0,0	0,6		
Situation matrimoniale des parents au jour de l'enquête (en %)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100	100,0	100,0	
1 En couple (concubins, pacés, mariés)	45,5	44,8	62,1	54,0	51,6	50,0	55,6	52,8	52,2		
2 Célibataires, séparés ou veufs	54,5	55,2	37,9	46,0	48,4	50,0	44,4	46,3	47,3		
Contextes de vie de l'enfant (les plus fréquents)	<p>1/ INTEGRATION SOCIALE DIFFICILE : Parents arrivés récemment en France (pays d'origine : Maghreb, Chine, Serbie, Pakistan, Bangladesh, Côte d'Ivoire, Bénin, Cameroun, Sénégal, Guadeloupe...), parfois non francophones, ne sachant ni lire, ni écrire et/ou isolés.</p> <p>2/ PROBLEMES DE SANTE : a) Parents "fragiles psychologiquement", à l'enfance difficile, "à bout", "perdus", "angoissés", "désseparés", "démunis", "malades", "invalides" (mère dépressive, suivie en CMP, en psychiatrie ou en sevrage alcoolique ; père bipolaire, schizophrène, alcoolique ou addict au jeu ; parents anciens toxicomanes) ; b) Parents décédés (parfois, les deux) ou en fin de vie ; c) Frères/sœurs : également suivis pour troubles du comportement. Parfois : frères/sœurs handicapés ou malades (dont, un schizophrène).</p> <p>3/ RELATIONS CONFLICTUELLES : a) Conflits entre les parents (séparation/divorce souvent difficiles, violence verbale/physique par le père, fuite de mères avec leurs enfants, pères sévères/autoritaires, ayant quitté brutalement le foyer ou refusé de reconnaître l'enfant à la naissance) ; b) Conflits parents/enfants, père ou mère "absent" ("dans tous les sens du terme"), matraquage, enfant tiraillé ("manipulations", "en otage"), confusion des places, parentification, relation fusionnelle/symbiotique, inceste ; c) Rivalités frères/sœurs, Recomposition familiale, parfois très mal vécue par l'enfant.</p> <p>4/ DIFFICULTES FINANCIERES : a) CSP souvent peu élevées (cf. Tableau II) ; b) Licenciements, chômage, "petits bouots" ; c) Habitat dans des logements sociaux "à problèmes" ou exigus, familles en hébergement, expulsions.</p> <p>5/ AUTRES CONTEXTES DIFFICILES : a) Père inconnu, sans profession, violent ou en prison ; b) Mère vivant chez des amis, en centre maternel, en appartement thérapeutique, en hébergement-SAMU ou à l'hôtel social (une d'entre elles étant suivie par une association pour "femmes battues") ; c) Enfants vivant sans leur père, ni leur mère : en internat, placés (en foyer ou famille d'accueil), adoptés ou gardés chez des membres de leur famille (soeur, oncle/tante, grands-parents) bien que leurs parents soient en vie (éloignement géographique, fugue...).</p>										
<p>➔ Un environnement souvent difficile, instable, voire "explosif" avec des histoires familiales parfois complexes.</p> <p style="text-align: center;">↓ ?</p> <p>➔ Des enfants "perturbés" (un mot qui revient souvent dans les dossiers étudiés) ou qui "veulent se faire remarquer".</p>											
* Moyenne arithmétique											

TABLEAU 1 - DESCRIPTION DE LA POPULATION (suite) SAGE : RESULTATS AU 21/03/2018	CONSULTATIONS (CMP/CMPP)					CENTRES D'ACCUEIL							
	Paris Nord 1 N=161	Paris Nord 2 N=198	Paris Sud 1 N=113	Paris Sud 2 N=111	A : CMP/CMPP (total / 4)	N=583	CATTP N=18	Hôpital de jour N=55	B : Ctres accueil (total / 2)	N=73	N=656		
											6 SITES (A+B) / 2		
Qui a appelé le CMP/CMPP ou le centre d'accueil (en %)		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0					100,0		
0 L'enfant lui-même		0,0	0,0	3,8	1,3						1,3		
1 Les deux parents		2,3	0,0	0,0	0,8						0,8		
2 Le père		15,4	7,5	10,6	11,2						11,2		
3 La mère		77,1	90,0	84,6	83,9						83,9		
4 Un autre membre de la famille (frère/sœur, oncle/tante...)		3,4	2,5	1,0	2,3						2,3		
5 Quelqu'un d'autre (association, psychologue, SPPE mesure AED...)		1,7	0,0	0,0	0,6						0,6		
Qui a "adressé" l'enfant vers ce centre (en %)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
1 Démarche personnelle (des parents ou plus rarement, de l'enfant)	28,5	27,3	16,2	10,2	20,5	0,0	9,1	4,5	12,5		12,5		
2 Un membre de la famille, des amis, des connaissances...	3,2	2,7	4,8	10,2	5,2	0,0	3,0	1,5	3,4		3,4		
3 L'institution scolaire	36,1	22,4	32,4	32,4	30,8	0,0	24,2	12,1	21,5		21,5		
4 Une institution "Petite Enfance" (PMI, crèche, halte-garderie, maison de l'enfance, guidance, centre Olga Spizer, SPEE, Masséna...)	3,8	9,8	13,3	20,4	11,8	5,6	10,6	8,1	10,0		10,0		
5 Un professionnel du secteur libéral (1 cas : médecin du travail)	12,7	17,5	19,0	18,5	16,9	0,0	0,0	0,0	8,5		8,5		
6 Une structure médico-psychologique (ville ou hôpital) (ville : CMP, CMPP, CAPP, CAMPS, Villa Compoint, Maison de Solenn...) (Hôpital : Necker, St-Anne, La Pitié-Salpêtrière, Robert Debré, UJPE...)	10,8	13,7	13,3	6,5	11,1	94,4	51,5	73,0	42,0		42,0		
7 Autres (centre maternel, services sociaux, association, instance de financement, mairie, foyer d'hébergement, avocat du divorce, police...)	5,1	6,6	1,0	1,9	3,6	0,0	1,5	0,8	2,2		2,2		
Motifs de 1ère demande de prise en charge (les plus fréquents)	Principaux problèmes évoqués dans les dossiers par les 6 structures étudiées					Diagnostics "sécu" ou arguments cliniques (centres d'accueil)							
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Inquiétude +++ des parents et/ou de l'école, du fait de : <ul style="list-style-type: none"> 1/ troubles du caractère, du comportement, du langage, de l'apprentissage, du sommeil, de l'alimentation et/ou de la relation (not : refus de l'autorité, des limites et de la frustration, instabilité et/ou difficultés de socialisation), 2/ retards de développement (psychique, verbal, moteur...), voire de régressions (éducatives, sociales, scolaires...) ➔ Souvent : contexte de violence conjugale, de divorce difficile ("guerre") ou d'autres traumatismes (décès père/mère, agression, cambriolage, attouchements, mise au placard, moqueries/insultes par camarades d'école, accident...) ➔ Parfois : 1/ changement soudain de comportement (de "joyeux" à devenus "tristes/renfermés") ; 2/ "élèves brillants" ("peur de ne pas réussir", "se met la barre très haute", "se met la pression", "anxiété devant la masse de devoirs"...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'attention et/ou de concentration ("lenteur" ou "comprend trop vite") - Agitation/hyperactivité/THADA, "bouge bcp, parle énormément", "n'écoute pas"... - Turbulent, insolent, effronté, énergique, brutal, impulsif, ingérable, bagarreur, fou-fou - "Dans son monde / sa bulle", rêveur, "ne va pas de l'avant", "ne se défend pas"... - Angoisse/anxiété/nervosité/stress/inquiétude, peurs/phobies, sentiment d'insécurité - Dépression/tristesse/apathie, souf psy, pb confiance en soi, dévalorisation, mal-être - Somatisation, malaise physique, eczéma, maux de ventre/tête/dos, émotivité+++... - Se met en danger, idées noires, propos morbides, tentative suicide, fugue/drogue... - Colère/crises/cris/agressivité, violence (/ soi&autres), "une bombe", tb oppositionnels - Conflits parents/enfants, rivalités dans la fratrie, agressivité avec camarades... - Inhibition, isolement, retrait, mutisme, timidité, introversion, pas/peu d'amis... - Difficultés de séparation, troubles de l'attachement, immaturité affective... - Hypersomnie/insomnie, cauchemars/terreurs/pleurs nuit, énurésie, apnée... - Refus alimentaire/anorexie, boulimie/obésité, prise/perte poids, mange seul... - Refus/absence/phobie/blocage/retard/éche/c/ décrochage/pression/renvoi scolaire... - Playstation, ordinateurs : pendant "des heures", "paresseux"... - Bilan (orthophonie, psychomotricité et/ou psycho, TED) pour soins/prévention... - Dysgraphie/dyslexie, bégaiement, tics, instabilité motrice, AVC bébé, prématurité... - Autisme, Asperger, "entend des voix", "voit le diable", besoin +++ d'attention... 					<ul style="list-style-type: none"> Troubles majeurs/graves de comportement/personnalité : -angoisse envahissante et destructurante, angoisse archaïque... -Autodénigrement, autoagressivité, fragilité/faible narcissique... -Avidité relationnelle, carence affective et sociale, état-limite... -Caractère psychotique, dysharmonie évolutive psychotique... -Comportement obsessionnel et masochiste, mise en danger... -Crises de désespoir, syndrome anxio-dépressif... -Difficultés de concentration et d'attention, retard global... -Dissociation psychique, pré-psychose, névrose... -Envahissement imaginaire/fantasmagique, bizarrerie... -Hyperactivité, hyperkinésie, TDAH, agitation psychomotrice... -Manifestations caractérielles, excitation maniaque, agressivité... -Mutisme extra-familiale, difficultés de socialisation, repli... -Refus de soins hors cadre institutionnel, carence éducative... -Troubles Envahissants du Développement (TED)... -Troubles de communication/langage, écholalie, stéréotypie... -Troubles du cours de la pensée, difficultés pratiques... -Tyrannie sans limite, passages à l'acte violent, crises 							
Item "agitation, concentration et/ou inattention" (en %)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
1 Oui		79,1		28,8	54,0	50,0	96,4	73,2	63,6		63,6		
2 Non		20,9		71,2	46,0	50,0	3,6	26,8	36,4		36,4		
Principaux types de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> ➔ - antérieurs, actuels ou envisagés - en consultation, centre d'accueil ou hospitalisation - dans les centres enquêtés ou à l'extérieur ➔ Parfois, orientation vers un ITEP ("structure médico-sociale qui accueille en demi-pension ou en internat, des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques, notamment des troubles du comportement, qui perturbent gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages"). 					<ul style="list-style-type: none"> - Orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, graphomotricité - Psychothérapie (psychologue, pédopsychiatre...) - Neurologie, neuro-psychiatrie - Nutrition, déjeuners thérapeutiques - Groupe "Relaxation", Groupe Contes/Théâtre - Dispositif RECOL (retour à l'école) - Guidance infantile/maternelle/parentale, accompagnement des parents - Consultations/thérapies familiales, entretiens parents-enfants 						Centres d'accueil : 1 à 2 demi-journées par semaine, selon les dossiers étudiés.	
Citations comportant le mot "Ritaline"	"La mère voulait que je prescrive la Ritaline et j'ai réussi à ne pas le faire. Un médecin de La Salpêtrière me voit ponctuellement pour la prescription (tous les 6 mois, cela suppose des examens, un suivi de la croissance de l'enfant, des choses qu'on ne sait pas faire ici)." "Pour le moment il est complètement éclaté, agité dans tous les sens, c'est vrai qu'hier je me disais qu'un bon petit coup de Ritaline ça ferait pas de mal. C'était une enfant qui était suivi dans un CMPP, le directeur a changé, à voulu le mettre sous Ritaline les parents n'ont pas voulu et sont allés voir un psychiatre en ville."												
* Moyenne arithmétique													

TABLEAU II - PROFESSION DES PARENTS (ordre alphabétique) (LISTE APRES REGROUPEMENTS YL) (21/03/2018)	Base : 4 sites (2 CMP/CMPP, 2 centres de soins) (variables non renseignées pour 2 des 6 sites enquêtés)
PROFESSION DU PERE	PROFESSION DE LA MERE
agent (administratif, comptable, hospitalier, SNCF, GRDF, d'entretien, de nettoyage, de sécurité, de service...)	acheteuse
architecte	adjointe animation Ville de Paris
assistant juridique, juriste	agent (d'assurance, d'entretien, d'escalade, d'entretien, de cantine, de cuisine, de restauration, d'école maternelle, de crèche, de recouvrement, de service, snct) (agent hospitalier, technique, territorial...)
astrophysicien	aide à la personne, aide familiale personnes âgées
auto-entrepreneur	ancienne auxiliaire de puériculture en crèche, en arrêt maladie.
banquier	animatrice petite enfance, animatrice des ventes...
cadre (bancaire, financier, commercial...)	artiste peintre
caissier	assistante (commerciale, médicale, ménagère, sociale, technique, juridique, maternelle, en gestion financière, d'hôtellerie...)
cariste	attaché de direction fondation alzheimer
chargé d'affaires, de clientèle, de mission, de communication...	auto-entrepreneur
chauffeur (de poids lourds, de taxi, de bus...)	auxiliaire (de vie, de puériculture...), soin à la personne...
chef d'entreprise, de chantier, de projet, de partie hôtelière...	avocate
cheminot	cadre (bancaire, commercial, financier, de santé, de relations...)
collaborateur élu	caissière
commerçant, vendeur fruits et légumes, commercial	chargée d'études, de marché, de reporting, d'entreprise...
commissaire priseur	coach (orientation scolaire et thérapeute...)
comptable	coiffeuse
concepteur en assurance	commerçante
conseil (financier, commercial, ressources humaines...), consultant...	comptable
courtier en bourse	conseillère financière, consultante...
cuisinier, restaurateur	contrôle de gestion, contrôle financier...
dans l'armée, l'informatique, la restauration, le bâtiment, le cinéma...	directeur (commercial d'une fondation, d'un CE, de clientèle...)
directeur (financier, informatique, logistique, technique, commercial, d'agence, de maison d'enfant, des RH...)	directrice (des ressources dans une association, icono...)
éboueur	employé (banque, charcuterie, pressing, de maison...)
écailler	enseignant, enseignant-chercheur, professeur écoles, universitaire...
économiste, à son compte dans la finance	entreprise d'export
écrivain, écrivain-éditeur, éditeur	exploitante agricole
éducateur spécialisé, éducateur sportif	femme de chambre, femme de ménage, nettoyage...
égouttier	fonctionnaire (préfecture de police, mairie de paris...)
employé (de magasin, de restauration...)	formatrice restaurant
en formation (chauffeur...)	garde d'enfants (chez elle ou à domicile), nounous...
enseignant, enseignant-chercheur, professeur des écoles...	gardienne (d'école, d'immeuble, de la paix...)
entrepreneur, entreprise d'export (=entreprise familiale)	gendarme
étudiant (+ serveur dans un restaurant) (de finances en Angleterre)	gérante de société
fonctionnaire (mairie, collectivité territoriale...)	gestionnaire (d'affacturage, de patrimoine...)
gardien, gardien de prison...	graphiste illustratrice
gendarme, militaire, sapeur-pompier	hospitalo-universitaire (recherche), sociologue...
gérant	hôtesse (d'accueil, de l'air...)
gestionnaire conseil général	ingénieure industrielle
informaticien, logisticien	journaliste, rédactrice, écrivain...
ingénieur (informatique, aéronautique, du son...)	juriste
inspecteur sécurité	maître de conférence et attaché parlementaire (même personne)
maitre d'hôtel	manucure à domicile, maquilleuse...
marabout	metteur en scène, réalisatrice...
musicien, photographe, intermittent du spectacle...	militaire, sapeur-pompier
ouvrier	peintre illustrateur
parfumeur	photographe
pâtissier	responsable (administratif, financier, périscolaire) (de clientèle, de communication, de service juridique, de RH, de salon...)
peintre décorateur, peintre en bâtiment, intérimaire dans le bâtiment...	restaauratrice
plombier, soudeur, électricien, serrurier, maçon, menuisier...	secrétaire (juridique, médicale, hospitalier, administratif...)
programme alimentaire mondiale	traductrice
producteur TV, réalisateur de longs métrages	travailleur social, travailleuse indépendante...
responsable de gestion, de droits d'auteur, logistique...	vendeuse (boulangerie, boutique, réceptionniste, démonstratrice...)
secrétaire administratif au Ministère de la Défense	web master
sérigraphie	
serveur (dans un restaurant, dans un café...)	
steward	
transporteur, livreur...	
travaux publics	
Métiers en lien avec le monde de la santé	Métiers en lien avec le monde de la santé
infirmier anesthésiste militaire	aide soignante (dont 1 en école d'infirmière)
médecin, anesthésiste réanimateur, neurologue, vétérinaire	infirmière, infirmière libérale, infirmière coordinatrice...
psychologue	kinésithérapeute, masseuse, psychologue, nutritionniste,
technicien hospitalier, magasinier, lumière...	médecin anesthésiste-réanimateur, urgentiste, neuropsychologue,
	pharmacienne
	technicienne de laboratoire à l'hôpital
Sans activité professionnelle	Sans activité professionnelle
chômeur (dont 1 SDF), à la recherche d'un emploi, sans profession...	au foyer (femme, mère au foyer), sans profession...
petits boulots	chômeur, à la recherche d'un emploi...
retraité	congé parental
	invalidité (en invalidité)
	petits boulots...

B. « À contre-courant ». *Les approches psychodynamiques en France, entre crise et résistance.*

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. 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 des banlieues* (Stébé et Raymond, 2002) à la *Crise de l'État-providence* (Rosanvallon, 1981) 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 » (ibid., 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. Ce thème a été récurrent dans les propos des professionnels travaillant selon une orientation psychanalytique que nous avons croisés lors de notre enquête. Nous avons observé dans les lieux de soin une diversité de pratiques, mais dont une nette majorité se revendiquaient de manière plus ou moins stricte de la psychanalyse, ou plus largement d'approches psychodynamiques, parfois en lien avec la psychothérapie institutionnelle⁹. Les approches dites psychodynamiques regroupent elles-mêmes une diversité de techniques liées à la psychanalyse, de la cure psychanalytique classique aux psychothérapies psychanalytiques 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, enfin la durée de la psychothérapie est

⁹ Il faut dire que la pédopsychiatrie d'inspiration psychanalytique a été le courant dominant pendant de nombreuses décennies en France et la psychanalyse 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, à paraître).

généralement plus courte que dans le cas d'une cure psychanalytique classique. 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 (Canceil O. et al., 2004).

Les centres de santé que nous avons étudiés ont aussi la particularité de relever de la psychiatrie publique (CMP, 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, alors même qu'ils restent majoritaires, en particulier au niveau du secteur psychiatrique. 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 est amplement diffusée dans le milieu psychiatrique, l'épisode de mai 68 ayant encore renforcé son assise (Castel, 1981). Près de 60 ans plus tard, son influence s'est fortement érodée, mais résiste en France mieux qu'ailleurs (Castel, 2015 ; Fansten, 2018). Nous ne chercherons pas à objectiver ou à nuancer ce déclin supposé, mais plutôt à interpréter ce sentiment de crise, à comprendre ce qu'il recouvre et révèle. Notre enquête sur les parcours d'enfants considérés comme agités, qui nous a amenés à ne rencontrer qu'une part très spécifique des professionnels utilisant des approches psychodynamiques, ne nous permet pas de dresser un panorama général de leur situation ni même de leurs impressions, mais de pointer 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 d'une part aux trajectoires sociales des personnes concernées, d'autre part 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 d'institutions d'accueil d'enfants présentant des symptômes d'agitation. Nous reviendrons alors sur les sentiments de crise que manifestent les professionnels rencontrés et sur les raisons qui peuvent en être à l'origine. 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.

a. L'agitation infantile, trouble ou symptôme ?

L'une des premières caractéristiques de l'approche psychanalytique de l'agitation, face aux approches cognitivo-comportementales, en particulier 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, comme la manifestation d'autres troubles qu'il convient de cerner et de travailler directement. Lutter contre les manifestations superficielles des troubles est dans cette perspective non seulement 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 des centres de santé étudiés mobilisent différentes observations : le fait que les enfants pris en charge ne sont pas agités partout, dans tous leurs contextes de vie, montre selon eux que l'agitation n'est pas liée à tendance irrépressible au mouvement désordonné, mais qu'elle est plutôt une réaction défensive à certaines situations perturbantes en lien avec l'histoire psychique et sociale des enfants.

Selon cette approche, le fait que l'agitation puisse être fortement réduite par l'usage de médicaments à base de méthylphénidate, qui est l'un des critères de validation du diagnostic de TDA/H, n'est que le signe que le médicament fait disparaître le symptôme et laisse intacte la problématique de l'enfant concerné. 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. Le traitement de l'enfant, d'autre part, tend à focaliser le problème sur sa seule personne et à méconnaître ce faisant les dynamiques familiales dans lesquelles s'inscrit et auxquelles répond ce symptôme.

Dans certains centres toutefois, où plusieurs approches peuvent cohabiter autour d'une ossature théorique plutôt psychodynamique, comme dans un CMP étudié situé dans les quartiers Nord de Paris, les médicaments peuvent être utilisés dans une optique particulière. Ils sont alors vus comme 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, qui est 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 la 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, qui viendrait 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 l'Unité A par exemple, un hôpital de jour situé dans les quartiers Sud de Paris 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 » de trois ou quatre individus, durant lesquels ils échangent autour d'une « médiation », qui peut être un jeu (Légo, 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 en deviendra un 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 et Garnoussi, 2017), dès lors qu'elle devient maîtrisée par le langage et conscientisée, se heurte à de nombreuses difficultés dans un contexte où d'une part l'institution scolaire est confrontée à des questions d'ordre disciplinaire qui remettent en cause dans certaines zones ce qu'elle considère comme sa mission principale (les apprentissages scolaires), et où d'autre part les approches psychodynamiques sont mises à mal par des critiques virulentes à leur égard 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.

b. Crise et sentiment de crise

Ce sentiment de crise s'exprime parfois de manière explicite en réunion, en pointant la progression, à la fois 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 et neurologiques. Ainsi, dans un CMP situé dans le Nord de la France, une psychologue a affirmé en 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 neuro-cognitif. 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 »¹⁰, c'est caricatural et mensonger. Enfin c'est lié à ce qui se passe à Lille 3, c'est un désastre. Vinca Rivière¹¹, 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 : 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. 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

¹⁰ « 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.

¹¹ 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.

plus large 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 pour un public élargi à des ensembles d'approches plus flous et moins connotés.

Afin d'objectiver ces sentiments et impressions, rappelons quelques jalons de l'histoire récente qui étayent l'idée d'une fragilisation de la psychanalyse dans le champ sanitaire français, malgré une résistance globalement plus importante que dans la plupart des autres contextes nationaux.

Comme nous l'avons déjà souligné, la psychanalyse a vu son hégémonie et son autorité (Lézé, 2010) « dégradées » dans la période récente, notamment par les réglementations sur le titre de psychothérapeute (Fansten, 2006), l'essor des neurosciences et le renouveau des approches cognitivo-comportementales (Dodier et Rabeharisoa, 2006). Ces dernières ont bénéficié du nouveau contexte instauré progressivement par la combinaison des mobilisations associatives de parents, auxquelles le développement du web 2.0 a donné une ampleur inédite dans les dernières décennies (Akrich et Meadel, 2007), des transformations de la psychiatrie internationale avec la mutation du DSM (le *Diagnostic and Statistical Manual* édité par la puissante American Psychiatric Association) à partir de sa troisième édition en 1980 (Demazeux, 2013) et de l'évolution de la place et du rôle donnés aux patients et à leurs proches dans le domaine de la santé (Borelle, 2017b), 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 et 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. Celle-ci 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 à la reconnaissance de handicaps par définition peu évolutifs et échappant en partie au domaine sanitaire (Castel, 1983), sont en 2005 plus favorables à cette nouvelle notion, souhaitée 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 contre 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 va construire 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 demande de collaboration et, entre autres, de diagnostics, fait de nouveau le jeu de ceux qui sont plus prompts à en poser et à les communiquer, 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 standardisation des pratiques, avec par exemple des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), comme sur le TDA/H fin 2014, ou des rapports commandés auprès de grandes institutions de recherche (comme ceux de l'INSERM : en 2004 sur les psychothérapies et en 2005 sur les troubles des conduites), qui viennent reconfigurer l'autorité entre professionnels du monde psy (Borelle, 2016a) et s'accordent là aussi difficilement avec une pratique psychanalytique qui procède très peu par catégorisation et standardisation.

Les domaines des troubles autistiques (Borelle, 2016b) et des troubles du comportement (Coutant, 2012) sont ainsi deux terrains où les psychanalystes se sont à la fois sentis dépossédés de leur « licence », pour reprendre le concept de Hughes (1996), et vu imposer une grille de lecture des troubles qui agrège derrière ces notions 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.).

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 à la situation qui était la sienne en 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 récurrente et qu'au regard d'autres situations nationales, ce déclin peut être nuancé (Fansten, 2006). La psychanalyse reste 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 du territoire proposé par la logique du secteur psychiatrique. Notre objectif est plutôt 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.

c. 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. Nos premières négociations ont été difficiles et se sont notamment heurtées, dans un premier centre où nous avons pourtant un contact personnalisé, à une fermeture importante des possibilités de 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 qui nous intéressait. 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 d'enquête, pour diverses raisons dont la principale était que l'introduction de la notion d'hyperactivité, même s'il s'agissait de l'analyser et de la critiquer, 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, notre 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'Unité A, 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. Dans ce dernier cas cependant, la réception de l'enquête a été diverse d'une structure à l'autre, le pôle en question regroupant différents établissements. Si l'accès général au terrain a été rapidement 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 manifestes sont apparues chez 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 spécifiquement.

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, car 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 de recherche, 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 demande de retour, dans l'espoir que le regard extérieur du sociologue puisse amener un surplus de connaissance de ses propres pratiques, particulièrement recherché dans un moment de doute, voire de crise. 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 sanitaire. Dans ce dernier cas, les discussions avec un pédopsychiatre 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 ont en revanche de nombreuses collaborations 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.

d. 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 conceptuelles et leurs pratiques quotidiennes, doivent faire avec d'autres acteurs qui sont confrontés aux enfants qu'elles accueillent et qu'elles ne peuvent ignorer. 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 et bien souvent un partage d'informations qui peut être délicat du point de vue du soin. 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 à l'égard de Nicolas, 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 quelqu'un de déprimé, voire de dépressif. Pour elle, son attitude avec

Nicolas est problématique car elle n'est pas constante, elle alterne entre phases de rejet, d'agressivité et 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 vue 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 qui vont mal ou n'ont 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 dans leurs conséquences 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 clairement établie pour 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 ses relations 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-ci. Sans avoir pu l'explicitier lors de la réunion, les soignants estiment 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, les professionnels de l'Éducation Nationale étant probablement ressortis de cette réunion avec le sentiment d'avoir fait avancer les choses.

Des tensions similaires, quoique reposant sur des enjeux différents, peuvent aussi voir le jour avec les professionnels du travail social. 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, voire la nature des interventions nécessaires (Turlais, 2016). Dans bien des cas pourtant, un cadre de référence psychanalytique peut être partagé par les divers acteurs en présence, sans qu'il soit pour autant mobilisé de la même manière par les uns et les autres. L'enquête de terrain effectuée dans le Nord de la France développée ci-dessous a permis de montrer 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, 2017c).

L'articulation des pratiques se joue aussi au sein même des institutions sanitaires, puisque les enfants peuvent être suivis, simultanément ou successivement, par différents services de soin. Il n'est ainsi 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 autour 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 a tendance à se faire 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 sur l'enfant 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 et de 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, 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 se mettre 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. 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 nécessité d'adaptation à la demande sociale et aussi par stratégie, avec l'idée que cet assouplissement pourrait permettre une adhésion plus

poussée des familles aux soins dans leur ensemble. 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, pour reprendre le mot d'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 opprimés 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 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.

C. L'agitation est-elle psychiatrique ou sociale ? Tensions dans le travail de centres de soins

Dans la continuité des analyses précédentes, nous proposons ici de détailler les résultats d'une enquête qui a porté sur deux centres de soin dans le Nord de la France, un pôle de pédopsychiatrie et un CMP proposant plusieurs modalités d'accueil pour des enfants et adolescents présentant différents types de difficultés psychiques. Nous allons nous attacher à décrire un type de tension spécifique : la tension ontologique, c'est-à-dire la manière dont les professionnels répondent, en pratique et en situation, à la question de l'indétermination ontologique des problèmes auxquels ils sont confrontés. Il s'agit de saisir la tension ontologique entre le psychiatrique et le social, qui est en jeu dans les pratiques de diagnostic et de traitement des comportements et individus problématiques. Le problème ontologique de la frontière entre psychiatrique et social se pose aux professionnels de la psychiatrie eux-mêmes et engage des enjeux cruciaux de division concrète du travail et de partage de la responsabilité d'une situation.

a. Présentation de l'enquête

L'enquête a d'abord et essentiellement porté sur un premier terrain (T1) : un pôle de pédopsychiatrie comprenant un dispositif d'accueil et de prise en charge des enfants et adolescents entre 0 et 18 ans dans trois CMP, un hôpital de jour pour les enfants de 6 à 12 ans, un dispositif spécifique pour les « adolescents » âgés de 12 à 18 ans (unité d'hospitalisation, CATTP, équipe mobile) et une équipe mobile dédiée à la périnatalité et à la petite enfance pour les 0-3 ans. L'enquête a consisté à observer l'activité du pôle deux jours par semaine durant cinq mois (février-juin 2016).

L'observation s'est d'abord concentrée sur les réunions de synthèse pendant lesquelles les professionnels présentent les cas pour lesquels ils souhaitent solliciter l'avis de leurs collègues sur l'élaboration du suivi (mise en place, modification ou arrêt). On a observé trois réunions de synthèse de l'équipe mobile périnatalité/petite enfance, onze réunions de synthèse dans l'un des CMP, quatorze réunions pour le « dispositif ado » et une réunion d'éclairage clinique au sein du CATTP pour adolescents.

L'enquête s'est ensuite focalisée sur l'un des CMP du pôle dont l'équipe est composée de plusieurs professionnels : pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, psychomotriciens, assistantes sociales, éducatrice spécialisée et secrétaires. Autour de cette équipe gravitent des stagiaires en psychologie ou encore des internes en médecine. On a observé sept consultations pédopsychiatriques, trois consultations psychologiques, un rendez-vous de suivi infirmier, une consultation de suivi en binôme infirmier/psychologue, un accueil petite enfance avec une pédopsychiatre et une assistante sociale, quatre accueils infirmiers, la journée de bilan trimestrielle ainsi que les discussions informelles lors des pauses et des repas. Des difficultés ont été rencontrées dans le recrutement des parents pour réaliser des entretiens. Un seul entretien – non enregistré – a été réalisé avec une mère.

Sur un deuxième terrain (T2), toujours dans le Nord de la France, l'enquête a consisté à observer les réunions de synthèses hebdomadaires dans un CMP pendant quatre mois (septembre-décembre 2016), soit au total quinze réunions. L'équipe du CMP est composée de plusieurs professionnels : pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotricienne, assistante sociale et secrétaire. Autour de cette équipe gravitent des stagiaires en psychologie et des internes en médecine.

Les deux services observés partagent deux traits structurants : une surreprésentation de personnes défavorisées dans le recrutement social des familles selon les professionnels, ainsi qu'un ancrage dans une approche psychodynamique des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Cet ancrage est perceptible dans la présentation de soi, comme à T2 où la pédopsychiatre responsable du CMP explique qu'ils sont « formés à la psychanalyse » lors de la réunion pendant laquelle on présente la recherche et on discute des conditions pratiques d'enquête. Il est également perceptible par le biais des références mobilisées. Lors d'une réunion de synthèse à T2, il est fait référence à la « classification de Misès », c'est-à-dire la CFTMEA (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) d'inspiration psychodynamique dont le pédopsychiatre Roger Misès est l'un des co-rédacteurs, dans une discussion sur les catégories diagnostiques. À T1, le choix est fait par l'un des pédopsychiatres de projeter un documentaire sur les consultations parents/bébé de Serge Lebovici lors de la journée de bilan semestrielle.

Sur les deux terrains, les professionnels soulignent la spécificité du recrutement social de leur public. À T1 par exemple, une pédopsychiatre explique au début de l'enquête que le pôle reçoit

beaucoup de « cas sociaux ». On constate que les professionnels se posent la question de la sélection sociale de leur public. Ils ne mobilisent pas la notion de « classes sociales » mais utilisent plutôt celle de « personnes favorisées » ou au contraire « défavorisées ». Ils mentionnent plusieurs critères pour fonder cette qualification : le taux de chômage très élevé ainsi que l'importance du logement social dans le quartier, ou encore le fait qu'un grand nombre de personnes sont issues de l'immigration. Sur le deuxième terrain, deux entretiens ont été réalisés avec des mères. Le recrutement de ces personnes s'est fait par un appel à volontaires affiché en salle d'attente. L'enquête a été également étendue au niveau scolaire avec l'appui de l'assistante sociale du CMP. On a observé une réunion organisée dans une école primaire du secteur dans le cadre du DRE – Dispositif de Réussite Educative –, service qui propose un accompagnement avec un éducateur spécialisé. Ont également été réalisés deux entretiens : l'un avec un éducateur spécialisé du DRE et l'autre avec la psychologue scolaire du secteur.

b. Une approche commune de l'agitation

On peut d'abord remarquer une approche contextuelle de l'agitation sur les deux terrains : les professionnels soulignent souvent que les enfants ne sont pas forcément agités partout, dans tous les endroits et au contact de toute personne. On retrouve également l'idée que le signalement de l'agitation dépend du seuil de tolérance des uns et des autres (élément apporté pendant la présentation de la recherche à T2). On peut également souligner une qualification commune de l'agitation comme symptôme, qui s'oppose à un cadrage de l'agitation en termes de trouble, comme nous l'avons détaillé dans la sous-partie précédente. Dans cette perspective, il est important aux yeux des professionnels de ne pas se centrer sur le symptôme. Lors d'une réunion de synthèse à T2, les professionnels discutent du cas de Julia, jeune fille en 4^{ème} suivie par un graphothérapeute et pour laquelle une dyslexie a été évoquée. Une pédopsychiatre souligne : « c'est quand même problématique cette hyperspécialisation. On se focalise sur le symptôme ». Une psychologue renchérit : « sur le trouble instrumental ». Une orthophoniste poursuit : « une dyslexie, ça ne s'attrape pas comme une angine en 4^{ème}... ». Une autre psychologue intervient : « l'angoisse lui fait perdre ses moyens je pense ».

On constate par ailleurs une réticence très forte des professionnels aux faits de poser des diagnostics et de soumettre les enfants à des traitements médicamenteux. Il s'agit d'éviter les catégorisations diagnostiques considérées comme stigmatisantes et de privilégier une

qualification positive des comportements sans chercher forcément à les éradiquer. Par exemple, l'agitation est appréhendée à l'aune de son potentiel créatif. Lors d'une réunion de synthèse à T2, une orthophoniste décrit Andreas, petit garçon âgé de 6 ans, de la manière suivante : il « déborde », il est « créatif », « dans la fantaisie permanente », « dans la créativité verbale permanente », avant de noter : « J'espère que les parents auront l'intelligence de refuser un médicament si on leur propose pour l'agitation. » Cela amène les professionnels à critiquer leurs confrères qui diagnostiquent et prescrivent rapidement. Lors d'une réunion de synthèse à T2, une psychologue s'exclame ainsi à propos d'Elias, âgé de 14 ans et auquel son médecin traitant a prescrit de la Ritaline® (10mg 3 fois par jour) : « Au bout d'un an, au moment de renouveler le traitement, comme ça ne bouge pas, on envoie au CMP ! Il aurait pu nous l'adresser avant ! »

Néanmoins, face au sentiment de crise qui traverse la pédopsychiatrie d'inspiration psychodynamique, la critique systématique de la médication est érigée en repoussoir. Lors d'une réunion de synthèse à T2, une pédopsychiatre concède : « Les traitements, ça peut être efficace sur les troubles isolés. Si on les évalue assez rapidement, car l'efficacité, on la voit vite. Le problème, c'est quand les traitements ne sont pas réajustés sur le long terme. Bref, on peut pas être contre systématiquement. »

On peut enfin noter l'importance de la mise en mots sur les deux terrains. Il s'agit d'abord de proposer des mots à l'enfant pour décrire ce qu'il vit. Lors d'une réunion de synthèse à Tourcoing, une pédopsychiatre explique à propos d'Hugo, âgé de 14 ans : « Il était très attentif à ce que je lui disais sur comment je me représentais ce qu'il vivait, comment ça se passait pour lui ».

La capacité de l'enfant à dire quelque chose de ce qu'il vit, notamment d'un point de vue émotionnel, est par ailleurs un critère important dans l'évaluation de son état par les professionnels. À propos d'Amandine, hospitalisée dans l'unité pour adolescents à Tourcoing, une pédopsychiatre souligne ainsi : « Quand on pointe qu'elle est triste, c'est insupportable donc elle insulte. Elle est envahie par un truc dont elle ne peut rien dire du tout ». *A contrario*, Angèle, hospitalisée dans la même unité, est présentée de la manière suivante : « Elle me raconte tout ce qui s'est passé [*une crise suite à laquelle elle a atterri aux urgences – elle a notamment fait mine de sauter par la fenêtre*]. On peut reprendre, étayer. Elle était rassurante hier soir. »

Cette capacité de mise en mots peut être non seulement un critère d'évaluation clinique mais également un critère de décision quant au bien-fondé de la mise en place d'un suivi psychothérapeutique. Lors d'une réunion de synthèse à T2, une interne en médecine explique à propos de Lilia, enfant âgée de 7 ans, qui s'agite : « elle manque de confiance en elle, elle peut dire en consultation : mon cerveau, c'est de la pâte à sucre ». Un pédopsychiatre intervient : « Elle est dans la métaphore, dis-donc ! » L'interne poursuit : « Elle a également dit : 'J'ai l'impression que c'est moi le problème.' » Une autre pédopsychiatre réagit : « Elle dit pas mal de choses, on aurait envie de la voir quand même. » De la même manière, lors d'une autre réunion de synthèse à T2, une pédopsychiatre explique à propos de Lenny, âgé de 8 ans : « Tu peux t'amuser avec lui en thérapie, il est génial cet enfant ! [...] On peut parler avec lui, c'est une indication pour une psychothérapie évidente. [...] On a envie de s'en occuper car il a plein de choses dans son monde interne, il apporte beaucoup de matériel. C'est chaotique, donc faut remettre de l'ordre, du lien. » En revanche, à propos d'Océane, jeune fille âgée de 13 ans qui a subi une agression sexuelle au collège, la même pédopsychiatre explique : « Elle est très limitée intellectuellement, y'a pas moyen d'avancer en psychothérapie. »

Enfin, la capacité des professionnels à mettre des mots sur leurs ressentis est mobilisée en réunions de synthèse. L'expression émotionnelle est constituée comme un trait de professionnalité, ce qui attire l'attention sur la frontière floue entre sens commun et jugement professionnel. En réunion de synthèse à T2, une orthophoniste reprend par exemple ses notes à propos d'Hacib, âgé de 12 ans : « J'ai noté un ressenti bizarre ».

c. Une tension structurante : l'agitation est-elle psychiatrique ou sociale ?

i. Le social pour la psychiatrie

Un grand nombre de travaux sur la psychiatrie partagent un même présupposé méthodologique et théorique : le fait de montrer que la réalité de la maladie mentale, de sa qualification et de son traitement, est aussi sociale, c'est toujours remettre en cause la construction de son objet par la psychiatrie. Et s'intéresser à l'une des dimensions de cette réalité, psychiatrique ou sociale, revient forcément à négliger l'autre. L'établissement d'un tel rapport d'exclusion respective entre social et psychiatrique induit une approche « dualiste » (Dodier, 1993, p. 21) :

la mission des sciences sociales consiste à opérer une distinction entre ce que la psychiatrie déclare faire – identifier et traiter des problèmes psychiatriques – et ce qu’elle fait effectivement – exercer un contrôle social, normaliser les déviations, moraliser une classe sociale ou encore servir d’instrument de pouvoir sur l’institution scolaire. À partir de cette recherche, on propose de prendre de la distance par rapport à ces approches dualistes en remettant en cause le rapport d’exclusivité entre social et psychiatrique.

En adoptant une approche centrée autour des tensions ontologiques qui traversent l’activité, notre enquête de terrain permet d’identifier que le social constitue un problème pour la psychiatrie. C’est-à-dire que la question de l’ontologie du problème auquel ils sont confrontés se pose aux professionnels eux-mêmes. Jean-Sébastien Eideliman et Isabelle Coutant (2013) constatent lors de leur enquête dans une Maison des adolescents que dans certains cas, « les professionnels s’interrogent sur le sens de leur intervention dans un contexte où ce sont les conditions de vie objectives qui leur apparaissent sources de troubles ». Le social n’appartient pas aux sociologues dans la mesure où les acteurs se posent des questions analogues à celles que les sociologues se posent, en y répondant par d’autres moyens, notamment par leurs pratiques situées. Cette perspective ouvre la possibilité de sortir de l’alternative entre psychiatrie et social. En effet, loin de considérer que tout est psychiatrique, la psychiatrie est plutôt prise dans une tension entre psychiatrie et social.

Une pédopsychiatre m’explique au début de l’enquête que le pôle reçoit beaucoup de « cas sociaux ». Puis elle revient sur cette catégorisation trois mois plus tard lors d’une discussion informelle en me disant : « je ne vous avais pas menti » avant de conclure que le problème, c’est que « ce sont des cas qui cumulent toujours tout ». C’est donc au prisme du « cumul » entre dimension sociale et dimension psychopathologique que les situations individuelles sont appréhendées.

Au sein du pôle de pédopsychiatrie observé, dans l’évaluation au cas par cas, le social est appréhendé à l’aune de la notion de « carence éducative ». Sous cette notion, on retrouve trois types de manquements parentaux : refus ou négligence dans les soins apportés à l’enfant, atteintes physiques, absence de cadre et de limites posées à l’enfant. Certaines situations sont qualifiées de « sociales » par les professionnels. La situation de Laura est ainsi présentée par un pédopsychiatre comme « très sociale » puis comme une « situation sociale compliquée » quand il l’expose en réunion de synthèse. Ce dernier mentionne plusieurs éléments venant à

l'appui de cette qualification : mesure d'AEMO (action éducative en milieu ouvert)¹², mère déficiente intellectuelle, père alcoolisé, situation d'incurie totale.

Plus précisément, les professionnels recourent à la notion de social pour désigner plusieurs types de réalités. Ils mobilisent ainsi plusieurs conceptions du social. Cette enquête a permis d'en identifier deux : premièrement, le rapport entretenu avec des ressources (notamment économiques) ; deuxièmement, un mouvement culturel global.

D'une part, la « carence éducative » est souvent associée par les professionnels à des conditions sociales défavorisées. Lors d'une réunion de synthèse, la situation de Maxime, âgé de 15 ans, est exposée par une infirmière. Elle indique que ce dernier « ne respecte pas le cadre » et « ne va plus à l'école » avant de souligner qu'« aucune limite n'est posée à la maison ». Un pédopsychiatre réagit : « Faut faire un mot à la mairie pour arrêter de construire du logement social ! » Lorsque le prénom de son frère, Djeson, est épilé par l'infirmière, elle me regarde en disant : « À Paris, ils ne vont pas vous croire ! » Puis elle continue à l'intention de tous : « Je sens qu'on ne va pas faire beaucoup de soin avec cette famille. » Un autre pédopsychiatre s'écrie : « On peut pas sauver le monde ! » Une fois la discussion close, la première pédopsychiatre interroge : « Allez, un dossier clinique maintenant ?! »

D'autre part, la « carence éducative » peut être également associée à une évolution culturelle qui se joue au niveau « sociétal ». Lors d'une pause, un pédopsychiatre m'explique ainsi que depuis mai 68, les parents ont globalement davantage de difficultés à assumer une position d'autorité sur leurs enfants, notamment à leur dire « non », ce qui semble pourtant nécessaire dans la construction d'un « rapport au cadre » ajusté.

ii. La tension entre social et psychiatrique

Les professionnels sont partagés entre deux logiques d'action : d'un côté, ils mobilisent ce social comme ensemble de facteurs permettant de comprendre en partie le mécanisme psychopathologique qui sous-tend les troubles présentés par un enfant. Par exemple, l'exposition des

¹² Mesure judiciaire d'intervention éducative à domicile suite à un signalement par l'UTPAS (Unité territoriale de prévention et d'action sociale) au procureur.

conditions d'habitation d'Amandine, petite fille âgée de 8 ans – dans un logement rempli d'animaux, sans cuisine ni salle de bain, et où règne une odeur pestilentielle – « éclaire la situation psychopathologique » selon une psychiatre à T1. D'un autre côté, les professionnels constituent également ce social comme ne relevant pas du travail psychiatrique, comme ne faisant pas l'objet de leur intervention. Une infirmière de T1 expose ainsi le cas de Carolane, âgée de 15 ans, qu'elle voit en consultation depuis que cette dernière a été hospitalisée aux urgences après avoir mis un couteau sous la gorge de sa mère qui lui avait confisqué son téléphone portable. Elle explique : « C'est une situation où il n'y a rien de psychiatrique. C'est uniquement éducatif. » Elle décrit ensuite les conditions de vie de Carolane en me disant que c'est une « situation de très grande précarité ». La jeune fille vit seule avec sa mère, suite au départ de son père qui était violent contre sa femme, « dans un quartier où il n'y a que de la violence ». Lors des consultations, Carolane répète pendant une heure la même idée selon plusieurs variantes : « si tu me cherches, je te cogne » ou « si tu me parles mal, je te saigne ». La seule possibilité que l'infirmière entrevoit est de la placer en foyer.

Les professionnels oscillent entre l'identification d'une situation normale au vu des conditions sociales d'existence et l'identification d'une situation pathologique d'un point de vue psychiatrique. Ils considèrent souvent que les comportements problématiques présentés par l'enfant ou l'adolescent sont ajustés : « cet enfant est légitimement perturbé » ; « forcément, il ne va pas bien vu la situation » ; « on sait pas comment il peut aller bien dans ce contexte ». Ils soulignent également les « ressources personnelles » de certains enfants confrontés à des situations difficiles : « il va plutôt bien vu ce qu'il traverse », « il s'en sort bien avec son parcours ». Le cas de Djamila, âgée de 9 ans, suscite ce type de réactions lors d'une réunion de synthèse à T1. Cette petite fille a été accusée par sa mère d'avoir abusé de son petit frère. Elle est décrite comme « ayant beaucoup de ressources » car elle a réussi à s'enfuir de chez elle pour aller chez ses grands-parents après que sa mère l'a mordue dans le dos. Ce qui fait conclure au psychiatre qu'« elle n'a pas besoin d'un suivi ». L'assistante sociale confirme : « on ne va pas psychiatriser pour rien », tandis qu'un psychomotricien renchérit : « On va pas tout psychiatriser. Elle s'en débrouille pour l'instant, ça sert à rien de revenir là-dessus et de lui faire dire : 'Oh mon dieu, c'est terrible !' » À propos de Ryan, petit garçon âgé de 6 ans qualifié de « provocant » à l'école, les professionnels sont partagés entre le constat selon lequel il nécessite des soins et le constat selon lequel il « s'en sort bien » au vu de ses conditions d'existence. En réunion de synthèse, l'infirmière présente le cas : enfant placé en pouponnière entre l'âge de 10 mois et 3 ans, conflits parentaux au moment de la séparation, maltraitance sur l'enfant de la

part du beau-père qui a fait trois mois de prison, mise en place d'une mesure d'AEMO suite au placement chez le père. Elle explique ensuite que l'enfant « ne va pas si mal », qu'il « joue normalement » et qu'il est « plein de bon sens ». Une psychiatre intervient : « Il s'en sort bien avec son parcours ». Un autre psychiatre conclut : « Donc pas de soins à mettre en place pour cet enfant ». Sa collègue rétorque : « Dès que ça va un peu mieux, on arrête ! » Le premier répond : « Ben oui mais c'est social, on peut pas sauver le monde... »

Cette tension entre social et psychiatrique est d'autant plus problématique pour les professionnels qu'ils considèrent que la carence éducative empêche le soin, parce qu'il est difficile de nouer une alliance, pourtant nécessaire, avec des parents considérés comme défaillants. Lors d'une autre réunion de synthèse à T1, une psychomotricienne expose les difficultés qu'elle rencontre dans son suivi avec Yacine, âgé de 5 ans, en soulignant qu'elle ne « sait plus quoi faire ». Elle souligne les progrès de l'enfant mais explique qu'il est difficile de continuer son travail alors qu'« il est roi chez lui », qu'« il est dans la toute-puissance car il n'y a pas de limites » et qu'« il y a une grosse carence éducative ». Un pédopsychiatre lui conseille d'arrêter le suivi en expliquant : « On bute sur les aspects familiaux. »

L'intervention sur l'aspect social d'une situation est ainsi régulièrement définie par les professionnels comme un prérequis à l'intervention psychiatrique, comme une condition de réussite du travail psychiatrique. Lors d'une réunion de synthèse à T1, une infirmière présente le cas de Noah, âgé de 8 ans, qui souffre de « troubles de comportement », d'une « instabilité psychomotrice » et d'« hyperactivité ». Elle raconte la situation familiale : la mère a demandé le divorce mais le père est encore au domicile ; Madame est victime de violences dont les enfants sont témoins quand monsieur s'alcoolise, ce qui a déjà engendré l'intervention de la police au domicile. Elle conclut : « Dans ce contexte-là, c'est normal que les enfants... » L'éducatrice spécialisée intervient : « Les conflits familiaux réinjectent de l'agitation. » Une pédopsychiatre conclut : « Sans intervention éducative... je peux ajuster le traitement (Risperdal®), mais ça changera que dalle dans ce contexte. Je ne vais rien toucher au traitement, pour souligner que c'est le contexte qui explique l'agitation. Un accompagnement éducatif est nécessaire, le traitement seul ne va pas être efficace. » La tension entre social et psychiatrique est enfin d'autant plus problématique pour les professionnels qu'ils considèrent que ce qui relève du social peut devenir psychiatrique avec le temps, si ce social ne fait pas l'objet d'une mesure éducative, qu'elle soit administrative ou judiciaire. Une éducatrice spécialisée évoque ainsi lors d'une discussion informelle un « cas de carence éducative » pour lequel le CMP a fait

trois « notes d'informations » non suivies d'effets pour conclure en disant : « Maintenant c'est psy. » À partir de cet exemple, elle affirme que « le travail éducatif est nécessaire en amont pour désamorcer ».

iii. Les opérations de gestion de la tension

On observe que les professionnels déploient trois opérations à travers lesquelles ils tentent d'articuler social et psychiatrie. Une pédopsychiatre les introduit lors d'une discussion informelle quand elle déclare : « Parfois l'agitation s'inscrit dans un tableau psychiatrique. Parfois, elle n'est pas reliée à des troubles psychiques donc on renvoie vers le social. Quand c'est uniquement éducatif, qu'il n'y a pas de cadre. Mais parfois tout est imbriqué... ». Ces opérations soulèvent le problème de la division sociale du travail entre professionnels de la psychiatrie et travailleurs sociaux, de la segmentation des dispositifs institutionnels selon l'alternative entre psychiatrie et social, malgré la montée en pluridisciplinarité de la psychiatrie.

La première opération consiste à discriminer entre les cas sociaux et les cas psychiatriques, les cas qui relèvent du travail social et ceux qui relèvent de la psychiatrie. Il s'agit donc de résoudre la tension en excluant l'un des termes. Au début de chaque réunion de synthèse à T1, un pédopsychiatre passe en revue les cas et demande s'il est nécessaire de les discuter collectivement. Plusieurs situations ne sont pas abordées quand les professionnels expliquent : « c'est social, on fait le relais vers l'UTPAS (Unité territoriale de prévention et d'action sociale)¹³ », « c'est juste social, c'est pas psy », « c'est du social, faut l'éloigner de sa mère, on a contacté l'UT[PAS] ». Les psychiatres sanctionnent parfois une mauvaise qualification des cas quand les autres professionnels exposent une situation qui ne nécessite pas d'être abordée de leur point de vue car elle ne relève pas de la psychiatrie. Une psychologue présente ainsi le cas de Benjamin, âgé de 16 ans : il a été victime d'une agression, ses parents sont séparés, son beau-père est violent, sa mère a fait appel à un médium car elle pense que leur maison est hantée. Un pédopsychiatre intervient pour couper court : « Pourquoi on en parle ? Il va bien ! »

13 Unité qui rassemble l'ASE (Aide sociale à l'enfance), le SSD (Service social départemental) et la PMI (Protection maternelle et infantile).

La répartition des cas entre social et psychiatrie fait l'objet de désaccords non seulement au sein de la psychiatrie, mais également entre psychiatrie et travail social. Lors d'une réunion de synthèse à T1, une assistante sociale évoque un cas pour lequel aucun suivi n'a été programmé au CMP à la suite de l'accueil infirmier. Elle explique que le référent social envisage d'arrêter la mesure AEMO et a recontacté le CMP pour soulever la question du soin. Une psychiatre s'exclame : « Tout le monde dans cette famille doit être suivi, pas lui ! Il n'y a pas de troubles manifestes chez les enfants, pas de tableaux pathologiques en soi, pas de symptômes ancrés. Mais ils sont pris dans une situation très compliquée. Il faut un cadre familial, un accompagnement éducatif. » Lors d'une autre réunion, une infirmière explique qu'un référent ASE (aide sociale à l'enfance)¹⁴ a appelé le CMP à propos d'une « situation à côté de laquelle ils seraient passés », celle d'une petite fille âgée de 8 ans, placée en famille d'accueil, qui vient d'être renvoyée de l'école pour avoir demandé à un camarade de lui mettre un bâton dans les fesses. Cette dernière a été vue au CMP mais le pédopsychiatre référent, absent lors de cette réunion, a estimé que la situation ne nécessitait pas de suivi. Le référent ASE estime qu'il est « honteux qu'on ne s'en occupe pas », « qu'on ne s'inquiète pas pour cette petite ».

Dans les cas « où tout est imbriqué », la deuxième opération de gestion de la tension entre psychiatrie et social consiste à concentrer l'activité sur le seul aspect psychiatrique d'une situation. Il s'agit donc de tenter de résoudre la tension en se focalisant sur l'un des deux termes et en oubliant l'autre. C'est ce que Jean-Sébastien Eideliman et Isabelle Coutant appellent « démêler » les problèmes : « Faisant preuve d'une conscience aiguë de l'entremêlement des problèmes sociaux et des problèmes psychiques, les professionnels cherchent en majorité à les démêler pour pouvoir travailler sereinement, c'est-à-dire se concentrer sur le travail psychique. » (Coutant et Eideliman, 2013, p. 282) Pendant les réunions de synthèse, les pédopsychiatres réorientent souvent la discussion des cas sur la dimension psychiatrique. Ce faisant, ils participent de l'élaboration de la spécificité du regard psychiatrique sur une situation. Lors d'une réunion à T1, une infirmière présente le cas d'une petite fille qui n'arrive plus à marcher de manière subite, sans raison médicale apparente. Une pédopsychiatre lui demande : « C'est quoi vos inquiétudes ? Essayez de les formuler. » L'infirmière répond : « Est-ce que la mère est maltraitante ? Je l'entends comme ça. » La pédopsychiatre répond : « Il faut rester sur le fonctionnement psychique. Ce que vous décrivez, c'est une jeune fille dissociée. »

14 Un référent ASE est désigné en cas de mesure judiciaire de placement d'un enfant, que ce soit en foyer ou en famille d'accueil.

Le chef de pôle peut également intervenir pour recadrer le regard d'un autre pédopsychiatre. À propos de Yannis, adolescent âgé de 14 ans qui s'est défenestré, une pédopsychiatre explique que « c'est une famille inquiétante où l'accès aux soins est compliqué ». Le chef de pôle demande : « On a identifié le problème ? » ; une autre pédopsychiatre répond : « Les parents se disputent pour ne pas s'en occuper. Il est dans l'attente que ses parents se saisissent de quelque chose, ce qu'ils ne font pas. » Le chef de pôle répond : « C'est presque le problème mais ce n'est pas le problème. On a quels éléments pour comprendre ? On peut faire la liste des conséquences mais bon... Quel est le problème ? Pour qu'il y ait une telle destructivité, il faut que quelque chose soit déstructuré. » Un autre pédopsychiatre intervient : « un problème abandonnique... » Le chef de pôle reprend : « Notre travail, c'est de comprendre ce qui se passe d'un point de vue psychique. Il n'y a pas de pensée chez ce jeune donc ça s'adresse à nous, c'est notre boulot. » Ces interventions participent enfin de la définition du positionnement de l'intervention psychiatrique. Lors d'une réunion de synthèse, une psychomotricienne explique à propos d'un enfant qu'elle suit depuis un an qu'« il y a un travail éducatif à faire » et qu'elle « accompagne la mère ». Une pédopsychiatre intervient : « Il faut dégager de cette place, ce n'est pas à nous de prendre la place du travail éducatif ! Comment vous trouvez votre place de psychomotricienne ? »

Une troisième opération de gestion de la tension entre psychiatrie et social consiste à conditionner le travail sur le psychique à l'existence préalable d'un travail sur l'éducatif. Il s'agit donc de résoudre la tension en hiérarchisant les deux termes du point de vue de l'effectuation des tâches. Le pédopsychiatre chef de pôle à T1 explique ainsi l'évolution du « dispositif ado », qui concerne plus généralement l'ensemble du pôle : avant, les adolescents étaient hospitalisés « trop tard », quand les travailleurs sociaux « étaient arrivés au bout ». L'important « clivage entre l'éducatif et le psychique » faisait que « la psychiatrie arrivait à la fin de l'éducatif ». Maintenant, « on partage l'accompagnement ». On se situe dans une logique proche de celle décrite par Ana Marques à propos des équipes mobiles de psychiatrie-précarité « où la qualification des situations complexes, imbriquant plusieurs dimensions (social, ordre public, somatique, psychiatrique) est au cœur de l'interaction entre les acteurs afin de déterminer leur légitimité à intervenir ou non » (Marques, 2015, p. 95).

Cette opération soulève la question du partage des tâches entre la psychiatrie et le travail social, qui fait souvent l'objet de conflits. Les professionnels de la psychiatrie accusent régulièrement

les travailleurs sociaux de ne pas faire ou de mal faire leur travail, mais surtout de se décharger de leur part du travail sur la psychiatrie. Anaëlle, âgée de 14 ans, a été orientée vers le CMP par l'un des services chargés de la mise en œuvre des mesures judiciaires d'investigation et d'intervention éducative à domicile. Cette orientation est motivée par un fort absentéisme scolaire, suite à la révélation d'agressions sexuelles au collège. Une psychiatre s'interroge : « Ils font quoi eux ? » La psychologue qui a été en contact avec le service répond : « Ils vont faire un signalement si les choses continuent... » La psychiatre s'emporte : « Parce qu'ils n'ont pas assez d'éléments ?! Encore une fois, on va nous demander de faire tout le boulot. C'est à eux de s'en saisir. Ils n'ont pas besoin de nous pour faire un signalement ! Ce n'est pas à nous d'écrire le signalement. »¹⁵ Elle conclut : « S'ils (les référents sociaux) nous appellent à l'aide, il faut qu'ils servent à quelque chose ! »

Ces conflits sont liés à l'absence de définition consensuelle des tâches assignées à la psychiatrie et au travail social. Lors d'une réunion de synthèse à T1, une infirmière aborde le cas de Théo, âgé de 8 ans, placé en foyer, dont le père a été accusé de viol et dont la mère « ne gère rien ». L'infirmière soulève le problème de sa mère qui accepte uniquement les rendez-vous fixés avec l'éducatrice spécialisée au CMP. Elle demande à l'équipe si c'est acceptable. Un psychomotricien intervient : « Si c'est uniquement éducatif, elle n'a qu'à aller à l'UT(PAS) ! » Une pédopsychiatre renchérit : « Ce matin, j'étais en colère, l'UT disait l'inverse : et chez vous, il n'y a pas d'éduc' !? »

Les désaccords sont d'autant plus problématiques quand les professionnels de la psychiatrie considèrent que leur intervention est solidaire de celle du travail social, que la possibilité de faire leur travail sur le psychique dépend de l'accomplissement d'un travail éducatif par les travailleurs sociaux. À propos d'une fratrie où tous les enfants sont suivis par le CMP, une pédopsychiatre soulève le problème des référents sociaux qui veulent faire un rapport au juge allant dans le sens d'un arrêt de la mesure d'AEMO à domicile. Elle déplore : « Nous, on ne veut pas continuer le soin s'il n'y a pas de mesure éducative. De toute façon, on n'arrivera pas

¹⁵ Il faut noter que le terme de « signalement » est couramment utilisé par les professionnels de la psychiatrie pour désigner les « notes d'information » qu'ils envoient à l'UTPAS pour signaler leur inquiétude. Ensuite, il revient à la cellule hebdomadaire d'évaluation sociale de l'UTPAS de :

- transformer ces notes en « informations préoccupantes » (IP), ce qui enclenche une évaluation sociale à domicile pendant trois mois et peut donner lieu à des mesures administratives (IEAD – intervention éducative à domicile ou AP – accueil provisoire) ;
- ou de faire un signalement au procureur, ce qui enclenche de possibles mesures judiciaires (AEMO, placement, MJIE) décidées par le juge des enfants.

à les faire venir. Le père va lâcher l'affaire s'il n'y a pas une obligation de soins dans le cadre d'une mesure. » Un autre pédopsychiatre lui répond : « Donc faut faire un rapport au juge allant dans ce sens, demander la poursuite de la mesure éducative pour permettre le soin. »

L'enquête a été effectuée dans des services d'inspiration psychanalytique dans lesquels les professionnels connaissent certains aspects de la littérature sociologique sur la psychiatrie, notamment les approches en termes de contrôle social ainsi que les approches relationnelles de la déviance. Ils ont intériorisé les critiques anti-psychiatriques présentes dans ces deux types de travaux – la psychiatrie comme instrument de répression de la déviance et de normalisation des comportements. Il serait donc intéressant de déployer le dispositif d'enquête dans un service d'inspiration cognitivo-comportementale pour voir dans quelle mesure la tension ontologique entre social et psychiatrique se pose de la même manière et fait l'objet d'opérations de gestion similaires. L'enquête gagnerait par ailleurs à être symétrisée au niveau du social pour interroger la manière dont s'opère le travail de qualification ontologique du côté des professionnels du travail social, ce qui permettrait d'approfondir l'analyse de la délimitation des territoires du social et du psychiatrique. Enfin, l'analyse pourrait être utilement mise à l'épreuve d'autres types de tensions ontologiques qui traversent le travail psychiatrique, notamment la tension entre biologique et psychologique qui engage d'autres enjeux cruciaux de division du travail, entre la psychiatrie et la neurologie.

D. Proximité clinique et distance sociale. Soignants, enfants et parents dans un hôpital de jour atypique

Nous proposons de décrire ici une nouvelle configuration relationnelle, où des familles issues très majoritairement des classes populaires, parfois les plus précaires, envoient leur enfant quelques demi-journées par semaine dans une structure pour des prises en charge collectives pendant ou après l'école (selon l'âge de l'enfant).

La structure dont il est question, et où s'est déroulée une enquête de terrain d'un an et demi, est un hôpital de jour atypique, qui se propose de prendre en charge pour des durées souvent longues (d'un an à plusieurs années, sauf dans des cas particuliers où la prise en charge est remise en cause par les parents au bout de quelques mois) des enfants dont le comportement perturbe la scolarité, le plus souvent à cause d'une agitation excessive, bien plus rarement à cause de formes d'inhibitions ou de troubles du développement. Nous l'appellerons par la suite « l'Unité A ».

L'approche thérapeutique s'appuie sur la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle et est mise en œuvre à travers des prises en charge groupales qui s'organisent autour d'une aide aux devoirs pour enfants d'âge scolaire et de médiations diverses (jeux de construction, jeux symboliques, cuisine, contes, dessin, etc.) pour l'ensemble des enfants accueillis. Les professionnels de la structure sont majoritairement psychologues, mais quelques-uns sont éducateurs. L'équipe, une quinzaine de personnes en tout, compte aussi une secrétaire et une assistante sociale. Des stagiaires viennent régulièrement l'étoffer. Le binôme de direction est composé d'un psychiatre et d'une psychanalyste.

Les enfants sont majoritairement orientés vers cette structure à partir de l'école, maternelle ou primaire, après accord et démarche volontaire des parents. Les demandes adressées par les parents peuvent être multiples et floues : si la plupart des familles cherchent d'abord à améliorer la situation à l'école, ou au moins à montrer leur bonne volonté à l'institution scolaire en mettant en place un suivi thérapeutique de l'enfant, certaines cherchent en plus à trouver des réponses à un comportement de l'enfant qui peut les dérouter ou les inquiéter. Pour d'autres cependant, les problèmes évoqués à propos de leur enfant ne leur paraissent pas évidents et sont renvoyés à des formes d'intolérance ou d'injustice du côté de la sphère scolaire.

Comment cet hôpital de jour répond-il, ou ne répond-il pas, à ces attentes parfois peu explicites ? Comment se noue « l'alliance thérapeutique », recherchée par les soignants, et la relation de confiance, cherchée par les familles ? Faut-il « aller chercher » les familles ou les « laisser venir » aux soins ? Et une fois pris en charge, que font les enfants dans une telle structure et comment interpréter leurs activités, selon le point de vue des différents acteurs en présence (enfants, professionnels, familles, sociologue) ?

a. Une institution singulière

Pour présenter cette structure qui a un statut d'hôpital de jour sans avoir mis en place les pratiques de soin habituelles dans ce genre d'établissement, nous commencerons par décrire de façon très concrète les activités qui s'y déroulent, avant de revenir sur quelques-unes de ses spécificités.

L'Unité A est située dans un quartier défavorisé des quartiers sud de Paris, dans une zone où les HLM sont nombreuses et ont notamment servi à reloger des familles immigrées en grande précarité. Les enfants âgés de 3 à 6 ans sont accueillis pour la plupart d'entre eux deux demi-journées par semaine, au sein de « petits groupes » de 3 ou 4 enfants. Ils fréquentent le reste du temps l'école maternelle, un jardin d'enfants et disposent parfois d'autres temps thérapeutiques dans d'autres structures. Les enfants de 6 à 13 ans sont accueillis eux aussi deux demi-journées par semaine en général, mais en milieu d'après-midi ou le mercredi après-midi, c'est-à-dire après l'école, qu'ils fréquentent presque tous (en classe ordinaire ou, bien souvent, en unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS)). Les enfants plus âgés (jusqu'à 18 ans) sont accueillis en fin de journée, une ou deux fois par semaine.

Nous avons mené des observations, sur une durée totale d'un an et demi, lors de divers moments institutionnels : les réunions d'équipe, les réunions partenariales (dans la structure ou ailleurs, notamment dans les écoles), les temps d'accueil (goûter ou petit déjeuner), les petits groupes (avec les enfants de 3 à 6 ans) et les groupes thérapeutiques (avec les enfants de 6 à 14 ans), où nous avons une place d'observateur participant, les accompagnements à domicile (pour ramener les enfants chez eux après leur prise en charge), les groupes de parole pour les parents, une multitude de temps informels, sur la terrasse de l'établissement avec les soignants ou en

dehors des locaux. Nous avons aussi mené des entretiens avec les professionnels de l'Unité A et quelques familles. Nous avons enfin constitué une base de donnée anonymisée à partir des dossiers des enfants.

Voici une liste, non exhaustive mais assez complète, de ce que nous avons pu observer, qui donne une idée de la teneur concrète des activités faites dans cette structure :

- On accueille les enfants dans le hall de l'établissement
- On les fait goûter ou petit-déjeuner
- On parle avec les parents
- On fait faire les devoirs
- On joue aux Léo
- On joue aux Playmobil
- On fait des dessins
- On fait un baccalauréat
- On invente de nouvelles activités (création de musique, visionnage et discussion de séries...)
- On joue au foot ou on fait du vélo sur la terrasse
- On accueille les adolescents le soir, on joue au basket, on regarde des DVD
- On gère les colères en parlant avec les enfants, parfois en les tenant
- On gronde, on râle, on s'énerve, on se calme
- On les soigne, on les rassure, on les isole, on les porte, on les prend sur les genoux
- On emmène les enfants à la piscine, à la patinoire, faire des courses
- On les raccompagne chez eux
- On reçoit les parents, avec les enfants, ou seuls dans le « groupe parents »
- On va à l'école, on discute, on participe aux équipes de suivi de la scolarisation
- On reçoit les professionnels de l'éducation
- On fait des réunions internes, on discute des enfants et des parents
- On fait des réunions avec d'autres soignants, dans des CMP, des CMPP...
- On invite les partenaires extérieurs, travailleurs sociaux, soignants.
- On rend visite aux familles
- On donne des coups de main à certaines familles pour déménager par exemple

Encadré 1 : Une journée (fictive mais reconstituée à partir d'activités effectives) à

l'Unité A

8h30-9h : Accueil des jeunes enfants (3-6 ans)
 9h-9h30 : Petit déjeuner de groupe
 9h30-10h : Première phase de groupe : jeux de Lego
 10h-10h30 : Deuxième phase de groupe : jeux sportifs sur la cour
 11h : Accueil des parents / accompagnements
 11h-12h : Debriefing / réunion à l'école / entretiens parents / réunion partenariale
 12h-13h : Pause déjeuner (dans les locaux ou à l'extérieur) / réunion partenariale
 13h-13h30 : Réunions avec les stagiaires
 13h30-14h : Réunion autour du groupe « ados »
 14h-16h30 : Réunion de synthèse
 16h30-17h : Accueil des « grands » (6-14 ans)
 17h-17h45 : Première phase de groupe : devoirs / jeux scolaires
 17h45-18h30 : Deuxième phase de groupe : jeux Playmobil
 18h30 : Accueil des parents / accompagnements
 18h30-20h : Groupe « ados »

De cet ensemble composite de tâches, on peut retenir trois éléments transversaux qui contribuent à donner sa spécificité à ce lieu de prise en charge :

1) Dans presque toutes les activités, la parole a une place centrale.

La plupart des activités sont des prétextes, ou pour reprendre un terme indigène des « médiations », pour faire parler l'enfant, lui parler et parler devant lui. Le maître-mot de l'activité thérapeutique est probablement la « reprise » : on « reprend » ce qui s'est passé avec des mots devant l'enfant, devant les autres professionnels durant les réunions (qu'on appelle souvent elles-mêmes des « reprises »), devant les parents en partie, devant des partenaires extérieurs parfois.

La mise en mots doit servir à la fois à donner du sens aux moments présents, à éloigner un « passage à l'acte » ou à apaiser une situation après un moment de turbulences, mais aussi à préparer les moments futurs en mettant les soignants dans des dispositions thérapeutiques vis-à-vis des enfants, grâce à l'explicitation de ce qu'ils vivent, dans l'établissement mais aussi chez eux (les référents de l'enfant rappellent pour cela durant les réunions les éléments

d'histoire familiale dont ils disposent grâce à leurs rencontres avec les parents et d'autres partenaires éventuels).

Cet usage réflexif de la parole, cette « pédagogie de la réflexivité » comme dit Isabelle Coutant (2012), entre en affinité avec les usages éducatifs de la parole qui sont majoritaires dans les milieux disposant d'un fort capital culturel, qui privilégient eux aussi l'explication, la mise en mots, la recherche du sens sur l'action, la réaction, les sanctions éducatives plus concrètes.

Encadré 2 : Premier goûter à l'Unité A

La parole, seule réaction contre la violence des enfants

Après la réunion, vers 16h30, les enfants arrivent au compte-gouttes. Dans le hall, Audrey (8 ans) me demande qui je suis. Elle me dit que je transpire, que j'ai des traces sous les bras. Steven (9 ans) prend ma défense. Lui et Audrey se mettent à taper sur la porte de la cuisine où le goûter se prépare. En attendant, Steven saute d'une chaise à l'autre, dans le hall.

Une fois dans la cuisine, les enfants s'installent. Steven se plaint auprès de Mathieu, le psychologue qui gère le goûter, de ne pas avoir été servi en premier. Le ton monte. Mathieu veut que Steven lui demande gentiment son pain au chocolat, Steven le traite de connard, lui fait des doigts d'honneur, balance les chaises, s'en va, revient, donne des coups de pied autour de lui. Mathieu reste calme, se défend, parlemente, puis finit par lui donner son pain au chocolat sans avoir obtenu ce qu'il voulait.

Patrice (9 ans) arrive et va s'installer au fond de la cuisine. Peu après, lui et Steven frappent Audrey assez violemment, sans toutefois lui faire vraiment mal. Mathieu lui dit qu'elle les a provoqués et dit mollement aux garçons de se calmer. Audrey s'allonge sous la table et fait semblant d'être cachée. Un autre adulte lui fait remarquer que ce n'est pas vraiment un jeu de son âge.

2) Le rapport à l'école est prépondérant, même s'il peut être volontairement mis à distance. L'école est très largement la principale pourvoyeuse d'enfants et l'entretien du réseau avec les écoles du quartier (mais aussi de quelques autres quartiers plus éloignés où les soignants ont d'autres activités, et donc des liens potentiels avec des écoles) est essentielle pour l'activité de la structure.

L'organisation de la structure, qui fonctionne sur temps scolaire mais aussi beaucoup sur des temps extra-scolaires, en complémentarité de l'école, favorise la collaboration avec le milieu scolaire, contrairement à la plupart des hôpitaux de jour. L'établissement suit les rythmes scolaires, en proposant aux enfants des emplois du temps différents, et plus axés sur les loisirs, pendant les périodes de vacances scolaires.

Au sein des groupes thérapeutiques, un temps scolaire est prévu, qui consiste soit à aider l'enfant à faire ses devoirs (s'il en a), soit à revoir avec lui des notions ou des exercices en lien avec son programme scolaire du moment. Ces temps sont plus ou moins investis selon les soignants et pour beaucoup d'entre eux, ils sont un prétexte à faire parler l'enfant de ce qui se passe à l'école ou ailleurs. Mais ils sont présentés aux écoles et aux parents comme des temps importants, qui assurent la continuité avec le milieu scolaire.

Les soignants se déplacent enfin beaucoup dans les écoles, pour les réunions d'équipe de suivi de la scolarité (pour les enfants qui ont une reconnaissance de handicap) ou pour rencontrer les enseignants des enfants.

Les discours des professionnels ne sont pourtant pas tendres pour l'institution scolaire, souvent critiquée, taxée d'intolérance voire de maltraitance. Bien souvent les soignants souhaiteraient une école plus souple, plus ouverte aux enfants « différents », moins arc-boutée sur des principes éducatifs rigides et reposant plus sur l'obéissance que sur l'écoute.

Encadré 3. Un groupe ordinaire

La place du scolaire dans les groupes thérapeutiques

Nous gagnons la salle située sur la cour. Coly (11 ans) refuse d'y rester car Thomas (le psychologue qui s'occupe du groupe) lui avait, selon lui, promis qu'ils allaient aller jouer sur la cour alors que c'était en fait prévu la semaine suivante. Thomas veut discuter du problème, mais Coly se braque et menace : « Si on sort pas, tu vas voir ! » Dans la cour, nous trouvons Elliott (14 ans), à moitié allongé par terre, en train de se faire réprimander par Vincent (le médecin directeur) car il vient de casser un carreau ; il affirme qu'il n'a pas fait exprès.

Je propose à Romain (11 ans) de sortir ses devoirs pendant que Thomas court après Coly dans la cour. Il les sort puis les range, grommèle quelques gros mots. Finalement, il sort aussi de la salle en disant que « les devoirs, c'est nul ». Thomas propose de rester dans la salle et d'attendre les enfants. Au bout d'un moment, on s'aperçoit qu'ils jouent dans la cour avec un ballon trouvé on ne sait où. Thomas récupère le ballon et les enfants finissent par revenir.

Thomas s'installe avec Romain pour lui faire faire ses devoirs. Coly prétend qu'il n'en a pas. Thomas lui propose de faire un baccalauréat puis ne s'occupe plus de lui. Il refuse malgré mes efforts, puis change d'avis au bout de quelques instants. Nous jouons sans problème particulier. Il tient à gagner, se compare beaucoup à moi, m'insulte (plutôt gentiment) quand je marque plus de points que lui, me menace au cas où je mettrais le même mot que lui.

- 3) Si les enfants sont naturellement au cœur de la prise en charge et des activités de la structure, les parents y ont aussi une place importante. Ils pénètrent régulièrement dans les locaux, au moment de déposer ou de récupérer leurs enfants, mais aussi pour des entretiens réguliers avec les référents de l'enfant, pour des rendez-vous éventuels avec la direction (pour des questions administratives, de discipline ou touchant à la poursuite de la prise en charge) ou pour participer au groupe de parole destiné aux parents. En dehors de leur présence physique, ils sont très souvent évoqués, avec les enfants ou entre soignants, lors des réunions internes. Les comportements des enfants sont pensés et interprétés en étroite association avec leur famille, et d'abord avec ce que l'on sait de leurs parents.

b. Un terrain accueillant

L'institution a été confrontée à une autre forme de demande, bien plus rare, émanant d'une équipe de sociologues, qui a demandé à pouvoir mener une enquête approfondie au sein de la structure, auprès des soignants, des enfants et des partenaires de l'Unité A. Cette demande s'inscrivait dans la continuité d'une précédente recherche, menée dans le cadre du financement d'une thèse de sociologie par le dispositif CIFRE, que la structure avait directement sollicitée. Dans les deux cas, les sociologues ont été accueillis de manière bienveillante et ont été autorisés à prendre part aux activités de la structure, y compris à participer activement aux médiations thérapeutiques dans le cadre des groupes d'enfants, alors même qu'ils n'avaient aucune formation psychologique, au contraire des soignants mais aussi des stagiaires accueillis tout au long de l'année, qui sont tous en cours de formation pour devenir psychologues.

Comment peut-on analyser cette ouverture chaleureuse à l'enquête sociologique ? Comment est-il possible qu'une institution de soin, recevant un public d'enfants particulièrement difficile, faisant face à des risques de violence et de blessure non négligeables, ait été si prompt à

accueillir des chercheurs peu préparés, peu protégés et peu formés pour interagir avec des enfants aussi agités et fragiles ? Dans les faits, la confiance mutuelle a été profitable et aucun incident n'est venu perturber les cours respectifs de l'enquête et des prises en charge. Les sociologues ont vécu une expérience de recherche stimulante et plaisante, tandis que l'équipe de professionnels a affirmé à plusieurs reprises son intérêt et son plaisir à accueillir régulièrement les chercheurs. Cette facilité avec laquelle a pu être menée contraste avec d'autres expériences vécues par l'équipe SAGE dans d'autres lieux de soin ou de prise en charge et peut donc être interrogée à la lumière des résultats plus généraux de notre recherche. Dans les lieux où la négociation a été difficile, voire impossible, les arguments avancés par les structures ont été principalement de trois ordres : l'obstacle éthique, avec la nécessité d'obtenir l'accord de l'ensemble des familles dont un enfant pourrait être observé ; l'obstacle thérapeutique, avec l'idée que la présence des chercheurs pourrait menacer le bon déroulement des prises en charge, soit en mettant mal à l'aise les enfants et leurs familles qui pourraient se sentir observés comme des animaux de laboratoire, soit en perturbant les soignants qui pourraient par exemple être influencés de manière néfaste par les catégories que les chercheurs souhaitaient interroger (l'agitation, l'hyperactivité, les troubles du comportement etc.) ; enfin l'obstacle matériel, avec la peur que la recherche ne vienne encore alourdir un emploi du temps déjà trop rempli et difficile à gérer.

Aucun de ces arguments n'est venu empêcher, ni même a posteriori freiner la recherche sociologique dans cet hôpital de jour. Pour le comprendre, nous proposons plusieurs pistes d'explication qui se combinent et qui éclairent de manière plus générale la configuration relationnelle locale que nous cherchons à décrire ici.

- 1) Comme nous l'avons dit, des liens avec la recherche en général et la sociologie en particulier existaient déjà avec l'équipe soignante, qui sortait d'une bonne expérience avec une doctorante en CIFRE ayant beaucoup participé à la vie de la structure. Les expériences de collaboration avec les sciences sociales sont rares dans les institutions de soin et beaucoup d'obstacles se lèvent d'eux-mêmes lors d'une expérience réussie de collaboration.
- 2) Le fonctionnement très collectif de l'établissement, appuyé sur la psychothérapie institutionnelle, favorise l'intégration d'un chercheur dans les groupes et les réunions. L'équipe est d'une part très habituée à accueillir des stagiaires, or les sociologues ont souvent occupé une place assez analogue dans la structure. Les rares prises en charge

individuelles n'étaient pas accessibles à l'observation, comme c'est souvent le cas, mais elles représentent une partie marginale de l'activité de cet hôpital de jour.

- 3) Comme les stagiaires, les sociologues représentaient aussi des adultes supplémentaires utiles pour le fonctionnement de la structure, tant le rapport entre nombre d'adultes et nombre d'enfants est un facteur important du maintien d'une situation apaisée. Contenir l'agitation des enfants sans trop les contraindre physiquement nécessite en effet que suffisamment d'adultes soient présents et puissent observer et reprendre ce que font les enfants. Par ailleurs, beaucoup d'enfants doivent être accompagnés pour leurs trajets entre l'école, l'institution et leur domicile et les sociologues ont parfois pu jouer ce rôle d'accompagnateurs, qui nécessite également un grand nombre d'adultes disponibles.
- 4) Le positionnement réflexif et critique de l'équipe, qui est encouragé et même considéré comme un impératif de la psychothérapie institutionnelle, est aussi un élément favorable à l'acceptation d'un chercheur qui vient apporter son regard extérieur et une possible prise de distance par rapport à ses propres pratiques de professionnel du soin. Même si une telle « intrusion » peut toujours être en même temps source de méfiance et de tensions internes, elle a plus de chances d'être vécue positivement dans un contexte où les professionnels sont eux-mêmes en constante recherche d'un regard distancié sur leurs propres pratiques.
- 5) L'alliance avec les sociologues s'est aussi faite sur la base d'une proximité disciplinaire entre psychanalyse et sciences sociales, même si les liens entre ces deux disciplines sont ambivalents. De nombreux sociologues utilisent des concepts de la psychanalyse ou réfléchissent aux proximités entre sociologie et psychanalyse, comme Pierre Bourdieu (Fabiani, 2016), et psychanalystes et sociologues se retrouvent dans le vaste ensemble des sciences humaines et sociales. Ils partagent aussi une ambition réflexive et une approche ouverte qui inclut les interactions entre l'homme et son environnement culturel et social. Bien que les concepts et les manières de penser diffèrent d'une discipline à l'autre, ce qui nécessite des formes de traduction pour bien se comprendre, la discussion entre sociologues et psychologues formés à la psychanalyse a donc pu prendre rapidement, notamment autour des enfants agités qui appellent très rapidement une analyse de leur environnement familial, culturel et social.

- 6) Au-delà de cette proximité disciplinaire, une proximité sociale a facilité les échanges et l'intégration des sociologues dans l'équipe. Même si l'on manque de données objectives sur ces questions, on peut faire l'hypothèse que sociologues et psychologues cliniciens partagent dans leur ensemble des formes de socialisation relativement proches. L'appartenance, par leur socialisation primaire et secondaire, à des milieux fortement dotés en capital culturel les prédispose à partager des valeurs et des opinions, mais aussi des manières de faire. Ainsi, dans les groupes thérapeutiques, les sociologues ont pu agir en suivant à la fois l'exemple des psychologues titulaires et leurs propres penchants, car leurs manières de se comporter avec les enfants (en privilégiant la parole sur l'acte, en expliquant, en gardant son calme, en étant dans une posture plutôt empathique) entrait en adéquation avec celles des soignants, quand bien même ils n'avaient pas été formés pour encadrer de tels enfants. Bien sûr, les soignants utilisaient aussi des techniques professionnelles (comme des façons de reprendre de façon imagée les actes des enfants, des propositions d'activités pensées pour apaiser les enfants ou leur faire exprimer des sentiments, des affects) dont les sociologues étaient dépourvus, mais l'interaction entre psychologues et sociologues au sein des groupes a été étonnamment fluide tout au long des observations participantes menées dans ce cadre.
- 7) Enfin, le dernier argument que l'on peut avancer est que cette institution se trouve dans une situation particulière qui favorise elle aussi l'accueil de chercheurs en sociologie. Concurrencés par de nouvelles formes de prise en charge de l'agitation infantile venues de la neurologie et des approches cognitivo-comportementales, les professionnels qui travaillent dans ces structures se sentent à la fois oubliés, voire méprisés, et injustement traités. Ils ont le sentiment qu'ils effectuent un travail à la fois colossal, usant et essentiel, qui est de moins en moins visible et reconnu de l'extérieur. Dans ces conditions, la présence d'un chercheur est aussi l'occasion de montrer ce que l'on fait et de resserrer collectivement des liens internes qui peuvent être fragilisés par le manque de reconnaissance sociale. Au moment de l'enquête, l'équipe soignante avait d'ailleurs pour projet d'écrire collectivement un livre pour diffuser leurs pratiques et rendre plus visible leur fonctionnement particulier. Par manque de temps, d'habitude et de dynamique d'écriture collective, ce livre ne verra finalement pas le jour, mais ce projet révélait lui aussi cette recherche de mise en visibilité favorable à l'accueil d'un sociologue.

Cette institution s'est ainsi montrée très ouverte à la présence de sociologues, qui ont pu mener une enquête longue et approfondie (entretiens, observation participante, recueil de données). Ce souci de transparence est en revanche beaucoup moins marqué vis-à-vis des parents qui, s'ils sont très présents dans l'institution comme on l'a vu, peinent bien souvent à comprendre ce qui s'y passe. Ainsi, l'alliance entre soignants et familles est bien plus complexe à mettre en place qu'avec les sociologues, pour des raisons qui sont elles aussi très éclairantes sur la configuration particulière que nous décrivons ici.

c. Une alliance fragile

Contrairement à ce qui a pu se passer lors de la négociation avec d'autres lieux de soins, la question de la protection des familles vis-à-vis de l'enquête n'a pas été soulevée. D'un côté, cette question de la protection des familles (dont il faudrait par exemple recueillir le consentement écrit à la conduite d'observations dans les lieux par leurs enfants) peut être dans certains cas un prétexte au refus d'accueillir des chercheurs, refus motivé par d'autres raisons moins avouables (la peur d'être jugé ou critiqué, la volonté de ne pas publiciser certaines pratiques, une défiance générale vis-à-vis de la sociologie). D'un autre côté, il nous semble tout de même révélateur que ces questions n'aient pas été évoquées, alors même qu'il est possible d'accueillir des chercheurs tout en mettant au point un protocole déontologique explicite (qui ici est resté implicite, mais non moins respecté, les chercheurs suivant le code de déontologie sociologique habituel dans ce type d'enquête, avec par exemple l'anonymisation des matériaux recueillis et le traitement au cas par cas des informations confidentielles (Béliard et Eideliman, 2008)). Plusieurs raisons peuvent être invoquées, qui sont pour certaines les mêmes, en miroir, que celles développées plus haut pour expliquer l'alliance aisée avec les sociologues :

- 1) Le risque que des familles se plaignent de n'avoir pas été prévenues de la présence de sociologues dans l'Unité A est faible, car les familles se repèrent mal dans la diversité des professionnels qui travaillent dans la structure, dans leurs rôles et leurs missions. La différence entre sociologues et psychologues est souvent floue pour ces familles très majoritairement peu diplômées et pour la plupart issues de l'immigration.
- 2) De manière plus générale, les familles accueillies sont peu conçues comme des partenaires des soins, même si on travaille beaucoup avec elles, ou en tout cas auprès d'elles. La

distance sociale et culturelle avec les soignants est forte, ce qui ne favorise pas le travail partenarial (Boltanski, 1971). Dans ce contexte, il n'est pas forcément utile ni nécessaire d'expliquer en détail aux familles la manière dont fonctionne l'institution ; elles-mêmes ne posent pas la question, ou en tout cas ne demandent pas de détails.

- 3) Enfin, les familles sont vues dans beaucoup de cas comme responsables des difficultés de l'enfant, de manière directe (maltraitance, carences affectives, rôles parentaux désajustés) ou indirecte (difficultés économiques et sociales, histoire migratoire et/ou familiale lourde à porter, conditions de vie difficiles). De ce fait, les soignants font peu confiance aux familles et contrôlent donc étroitement les informations qu'ils leur font passer. Tout en laissant aux parents prendre leur place au sein du lieu de soin, ils tâchent de les tenir à une place bien circonscrite (physiquement le hall d'accueil et les bureaux de consultation ; symboliquement une place de visiteur plus que de partenaire) et ne les associent pas de manière active aux décisions qui sont prises, en matière de soins comme en matière d'accueil d'éventuels chercheurs.

Ces arguments expliquent aussi la difficulté de nouer ce que les professionnels appellent une « alliance thérapeutique » avec les familles. Étant donné la distance sociale et culturelle avec la plupart des familles accueillies, il est extrêmement difficile de nouer cette alliance sur autre chose qu'une relation assez verticale entre des soignants qui impulsent une direction pour la prise en charge de l'enfant et des familles qui leur font confiance.

D'autre part, la mise à distance des familles est une manière de mieux travailler sur et avec les enfants. En reportant sur les familles une partie importante des causes des troubles de l'enfant, les soignants dégagent ce dernier d'une partie des responsabilités que l'on pourrait leur faire porter, rendant le travail avec eux plus facile, à travers la construction de représentations plus positives, souvent compassionnelles, de l'histoire de l'enfant. Plutôt que de ne voir en ces enfants que des jeunes violents, agressifs dont il faut se méfier, le rappel de leur histoire, et de tout ce qu'ils ont pu avoir à subir dans leur contexte social et familial, permet de les voir sous un nouveau jour, celui d'enfants résistants et résilients, qui s'en tirent plutôt bien en termes psychiques eu égard aux épreuves qu'ils ont dû traverser. Ainsi, il est fréquent que les discussions en réunion de synthèse glissent du comportement de l'enfant vers l'histoire des parents, qui est appréhendée en des termes plus durs, moins contrôlés que lorsqu'il est directement question de l'enfant. C'est par exemple le cas dans l'extrait ci-dessous, qui se

déroule en début d'année scolaire, au moment où l'équipe prévoit notamment les accompagnements pour les enfants qui seront présents à l'Unité A pendant l'année.

Encadré 4. Un extrait d'une réunion de synthèse.

Le glissement vers les parents.

Femme psychologue 1 : Et Youssef ? (*pour les accompagnements*)

Femme psychologue 2 : Il vient avec sa mère, parfois sa sœur, ils ont même parfois du mal à repartir.

Homme psychologue 1 : Il a dit que sa mère aimerait bien que quelqu'un aille le chercher.

Directrice : Pourquoi ??

Homme psychologue 1 : Elle cherche du travail...

Directrice : Mais elle en a trouvé ? Il faut lui dire que si elle en trouve, on s'arrangera.

Femme psychologue 2 : À chaque fois qu'elle nous a dit qu'elle ne voulait plus l'accompagner pour chercher du travail, on a suggéré qu'il pouvait venir seul, elle a dit non et en fait elle vient, elle amène tous ses enfants, elle n'arrive pas à se séparer d'eux. Après elle dit qu'elle ne veut plus venir les chercher. Elle dit que c'est à cause de lui qu'elle ne peut plus chercher du travail. Puis ça recommence. Ce truc est un peu zinzin, on n'a pas à rentrer là-dedans.

Directrice : Si elle trouve du travail, on peut s'organiser.

Femme psychologue 2 : Les accompagnements, ça la fait un peu tenir.

Directrice : Elle vient en avance, elle reste longtemps...

Homme psychologue 2 : Elle m'avait demandé si elle pouvait laisser Youssef en bas quand elle venait. J'ai répondu non. Si elle l'accompagne, c'est mieux qu'elle passe la porte. J'avais eu beaucoup de mal à interpréter sa réaction : soulagement ou frustration ? Je savais pas quoi penser de cette demande. Ni de ma réaction d'ailleurs (*rires*).

Directrice : Elle est très adhésive, donc c'est très bizarre cette demande.

Directeur : Peut-être pour s'entendre dire non ?

Femme psychologue 2 : Pour l'instant on peut écouter, mais on répond pas.

Directrice : Elle a un suivi ?

Femme psychologue 2 : Il y a une dame de l'AEMO qui est souvent là aux réunions de l'école.

Directeur : Mais pas de suivi psy.

Directrice : Des médicaments ?

Directeur : Pas prescrits, mais elle s'auto-médique. Elle a un regard très étrange avec ses lentilles bleues. Je sais pas ce qu'elle prend mais...

Directrice : Est-ce qu'à travers toutes ces questions, on pourrait faire émerger quelque chose qui ressemblerait à une demande ? (*rires*)

Femme psychologue 2 : Elle a quand même investi les espaces. Elle vient voir (*l'assistante sociale de l'Unité A*) aussi...

Homme psychologue 1 : On n'a qu'à la prendre au groupe ados ! (*rires*)

Directeur : Moi je pense à (*la mère d'un autre enfant*).

Directrice : Oh non ! Là c'est vache.

Directeur : Elle se mêle de tout, elle va dans la cuisine...

Femme psychologue 1 : Physiquement non, mais sinon oui.

Directeur : Enlevez le physique, écoutez ce qu'on vient de dire.

Directrice : Elle est quand même plus cortiquée !

Directeur : Je sais pas, là sur le truc des vacances, moi quand je lui ai parlé, j'ai eu l'impression qu'elle avait rien entendu, qu'elle comprenait pas, qu'elle se souvenait pas de ce qu'elle venait de dire.

Femme psychologue 2 : Elle est parfois très petite fille, puis c'est très surprenant, elle repart dans un truc où elle s'anime, elle a besoin de plein de monde autour d'elle etc. Au final, elle est un peu décevante quand même... (*rires*) Un petit peu...

Homme psychologue 1 : Parce qu'elle associe pas ?

Femme psychologue 2 : Oui...

Homme psychologue 1 : C'est vrai qu'elle associe pas beaucoup, elle donne pas grand-chose. Peut-être aussi parce que y'a Youssef. (...) Elle s'en est pris à un autre enfant une fois, je sais pas lequel... Là, elle m'a dit qu'elle allait mettre des coups si nous, on n'intervenait pas. Elle m'a aussi demandé si (*un autre enfant accueilli*) était mon fils.

Femme psychologue 1 : Elle est complètement à l'ouest quand même !

Directrice : Tu lui as pas dit que c'était toi le père de tous ces enfants ? (*rires*) (...)

Femme psychologue 2 : Parfois ça glisse, dans la discussion c'est pas facile. Faut aller la chercher, elle est très confuse.

Directrice : Le groupe parents ? Vous la sentez ?

Femme psychologue 2 : Un peu moins qu'en individuel peut-être. Elle est dans une curiosité, ça c'est bien, mais c'est quand même elle elle elle, alors dans un groupe... je sais pas.

Homme psychologue 1 : Oui, ce serait peut-être mieux en individuel.

Femme psychologue 2 : Elle est un peu comme une grande ado de (*l'Unité A*), elle est très carencée. Elle arrivait pas à lâcher Youssef une fois, j'avais envie de lui dire de retourner à son atelier.

Homme psychologue 1 : Moi aussi une fois, elle disait à Youssef de taper un autre enfant, j'ai dit : « Non, c'est les adultes qui s'occupent de ça ! » (*rires*)

Homme psychologue 1 : C'est ça qui nous intéresse, ça en dit beaucoup.

Directrice : Faudrait imaginer un groupe parents pour les parents qui n'en sont pas.

Directeur : Ben qu'est-ce que tu crois qu'on fait ! (*rires*)

Ce positionnement général vis-à-vis des familles entre en contradiction avec les injonctions à faire des familles des partenaires, voire des co-productrices des soins donnés à leurs enfants. Le passage du travail *sur* les familles au travail *avec* les familles n'a manifestement pas été fait dans cet hôpital de jour. Est-ce le signe d'un archaïsme, d'un refus de la modernité sanitaire ? Ce serait plutôt, nous semble-t-il, un rappel que le paradigme de la co-construction des soins repose sur des conditions sociales qui ne sont pas réunies dans toutes les configurations. Ici, les ressources faibles des familles, la grande distance sociale et culturelle entre familles et soignants et l'approche thérapeutique de référence rendent la construction d'un partenariat extrêmement délicat, voire impossible. Cet hôpital de jour s'est spécialisé dans les enfants, mais aussi les familles « difficiles », qui sont pensés comme « loin des soins », qu'il faut « aller chercher », au risque sinon de voir les problèmes sociaux et sanitaires s'accumuler et devenir inextricables, voire explosifs.

Cette volonté « d'aller chercher les familles » se manifeste concrètement et symboliquement à travers deux pratiques relativement rares dans des établissements fonctionnant selon les principes de la psychothérapie institutionnelle : la mise en place d'accompagnements pour aller chercher et ramener les enfants qui le nécessitent (chez eux ou à l'école) et l'organisation systématique d'un temps dédié aux devoirs au début des groupes thérapeutiques pour les enfants de 6 à 14 ans.

Concernant les accompagnements, cette pratique nécessite une organisation complexe qui doit s'adapter chaque semaine aux particularités des emplois du temps des enfants accompagnés. Un point doit être fait à chaque réunion de synthèse pour vérifier que tous les accompagnements prévus peuvent se faire, le plus souvent par des stagiaires psychologues, mais parfois par des psychologues titulaires de l'équipe. Les fonctions de ces accompagnements, comme de toutes les pratiques mises en place dans l'établissement ou presque, sont pensées par rapport à l'objectif thérapeutique : le trajet de et vers l'Unité A est l'occasion d'échanges différents avec l'enfant ; les efforts déployés pour aller « prendre les enfants par la main » disent quelque chose

de l'investissement de la structure par rapport aux familles et au quotidien des enfants ; les accompagnements à domicile sont l'occasion de nouer des contacts avec la famille sur un autre lieu que la structure elle-même. À un niveau plus symbolique, il s'agit bien « d'aller chercher » ces familles éloignées des soins, qui ont besoin d'encouragements matériels et symboliques pour accepter de participer à cette prise en charge, qui peut être par certains aspects lourde pour eux, aussi bien pour organiser leur emploi du temps que pour penser l'avenir d'un enfant ayant besoin de soins psychiatriques.

Quant à l'aide aux devoirs, elle est un compromis entre d'un côté des soignants qui y voient pour la plupart un prétexte à faire parler l'enfant de l'école et de ses difficultés et de l'autre des familles et des professionnels de l'Éducation Nationale qui y voient une pratique rassurante qui viendrait étayer la progression scolaire espérée de l'enfant. Investie à des degrés très différents d'un soignant à l'autre, cette pratique reflète les tensions qui lient cet hôpital de jour à l'école : les devoirs représentent l'école dans ce qu'elle a de plus rigide et excluant pour les enfants accueillis (l'accent mis sur des apprentissages qui doivent être faits d'une manière systématique et identique pour tous), mais aussi le respect d'un cadre qui peut être pensé comme structurant, s'il est appliqué avec un peu de souplesse aux particularités des uns et des autres.

Pour résumer la configuration offerte par cet hôpital de jour situé dans un quartier défavorisé de Paris et spécialisé dans la prise en charge d'enfants *et* de familles difficiles, on peut dire qu'elle mêle proximité clinique et distance sociale, pour détourner le titre d'un célèbre article sociologique sur les grands ensembles (Chamboredon et Lemaire, 1970). La proximité clinique renvoie aux liens forts qui se tissent entre enfants et soignants, du fait des durées importantes de séjour et des multiples activités qui leur sont proposées (en période scolaire, mais aussi durant les « petites » vacances scolaires). Cette proximité est renforcée par l'organisation des soins, qui assigne des référents aux enfants chargés de faire le lien avec les familles et d'accompagner l'enfant tout au long de sa prise en charge dans l'établissement. Cette alliance forte avec les enfants s'inscrit cependant dans une distance culturelle et sociale avec les familles, qui sont autant objets que partenaires de soins pour les professionnels de la structure. Tandis que les enfants sont pensés comme en évolution, et donc en potentielle guérison, les parents sont pensés de manière moins dynamique et moins positive, comme s'ils étaient inaccessibles.

Dans ce contexte, l'Unité A s'efforce de créer sa propre demande, dans une forme d'alliance asymétricale et verticale, vis-à-vis des familles mais aussi de l'école.

- Les enfants sont confrontés à des manières de faire (de jouer, de parler, de penser) radicalement différentes, pour la plupart, que ce à quoi leur socialisation familiale les a habitués. L'omniprésence de la parole, qui vient accompagner toutes leurs pratiques, les valeurs de milieux intellectuels qui dévalorisent les comportements les plus virils (force physique, affrontement...) mais aussi les plus féminisés (soin apportée à la tenue vestimentaire, à l'apparence physique), offrent aux enfants une sorte de contre-socialisation à laquelle ils répondent de manières différenciées (Coutant et Eideliman, 2013). Divers messages sont envoyés aux familles pour les inciter à suivre ces modèles de socialisation qu'ils peinent à s'approprier.
- Mais les demandes de l'école, qui pèsent fortement sur le quotidien de la structure puisqu'elle est de loin la première pourvoyeuse d'enfants à prendre en charge, sont elles aussi détournées de leur formulation première. Les soignants ne cherchent pas à rendre les enfants plus dociles ou plus scolaires, mais plutôt à les amener à mieux exprimer leurs affects et à opter pour la parole et la réflexion plutôt que pour l'action violente. La prise en charge à l'Unité A, qui reste souvent opaque pour les professionnels de l'Éducation Nationale comme pour les familles, a pour fonction de rassurer les premiers et de les rendre plus patients vis-à-vis de l'enfant, mais elle répond rarement à leur demande explicite, qui porte souvent sur l'obtention d'un diagnostic ou d'une évolution rapide du comportement de l'enfant vers une attitude plus compatible avec les exigences scolaires.

Cette configuration particulière contribue au sentiment d'invisibilité que vivent les soignants de cet hôpital de jour, dont on a parlé plus haut. Leurs pratiques ne sont pas « dans l'air du temps ». La psychanalyse, en particulier sur le terrain de l'agitation infantile, est très durement concurrencée par des approches perçues comme plus modernes, innovantes et scientifiques ; les enfants agités dont ils s'occupent, dépourvus pour la plupart de diagnostics et cumulant problèmes sociaux et psychiques, ne sont pas la cible de politiques publiques spécifiques, contrairement aux enfants autistes par exemple. Enfin, les réseaux professionnels dans lesquels ces professionnels sont insérés, qui s'inscrivent résolument dans le champ sanitaire, peinent à s'articuler avec le médico-social, qui prend une emprise croissante sur les parcours de ces enfants, dont les troubles se situent dans les marges du handicap tel qu'il est défini actuellement depuis la loi de 2005.

Pour contraster avec ces premières analyses de lieux dominés par une perspective psychodynamique, nous sommes allés mener des enquêtes dans des lieux très différents, où la psychanalyse est peu mobilisée et où les diagnostics neurocognitifs sont utilisés. Les deux sous-parties suivantes décrivent de telles configurations.

E. Le contrôle des émotions, entre médicaments et psychothérapie, dans un hôpital de semaine

L'hôpital de semaine étudié ici est situé dans les quartiers Sud de Paris. Y sont accueillis des enfants de 3 à 10 ans pour des hospitalisations d'une durée de 3 semaines (qui peuvent se prolonger « en séquentiel »), en vue de réaliser une observation prolongée de l'enfant dans différentes situations (repas thérapeutiques, ateliers, moments calmes, coucher, sommeil, propreté...), de participer à l'orientation de l'enfant, de proposer une évaluation diagnostique, de mettre en place ou réévaluer un traitement notamment par psychotropes et/ou psychothérapie et rééducation (orthophonie, orthoptie, ateliers contes, ateliers centrés sur les habiletés sociales...).

a. Présentation de l'hôpital de semaine

Chaque semaine les enfants sont 4 ou 5 maximum. Les parents peuvent les appeler à des horaires fixes dans la journée (*a contrario*, ils ne sont pas autorisés à appeler en dehors des horaires préétablis), les amener en sortie les mercredis après-midi et doivent venir les chercher le vendredi matin pour le week-end. Pour certains enfants, surtout les plus petits, la première nuit dans le service peut être la première expérience de séparation avec leurs parents. Chaque semaine se clôture par un entretien avec les parents et l'enfant avant son retour à domicile. En cas de placement de l'enfant, un éducateur est présent lors de cet entretien.

Les enfants ne peuvent pas être admis dans le service s'ils n'existent pas de solution pour eux les week-ends ou si aucune prise en charge ne se dessine à l'issue des trois semaines d'hospitalisation à l'hôpital de semaine. Un travail de tri est opéré en amont par les deux pédopsychiatres du service en fonction de ces deux critères. Certaines demandes sont différées par l'équipe médicale. L'accord des deux parents doit être obtenu pour l'hospitalisation mais également lors de la mise en place d'un traitement médicamenteux. Certains parents n'acceptent le principe d'une hospitalisation que sous la menace d'une procédure de placement. Il arrive que les parents renoncent au dernier moment à une hospitalisation, qu'une hospitalisation initialement programmée se trouve annulée au vu de l'amélioration de la situation de l'enfant. L'équipe admet que certaines hospitalisations fonctionnent au moins partiellement comme un

temps de répit pour les parents, à condition d'avoir identifié cette demande de répit comme légitime compte tenu de la lourdeur du travail d'accompagnement assuré par certaines familles, notamment lorsqu'elles ont la charge complète de leur enfant (en cas de déscolarisation complète ou dans l'attente d'une place dans une structure adaptée qui peut se révéler longue en raison des files d'attente et des effets d'éviction de certains enfants par les institutions ad hoc). Comme pour les pathologies somatiques, ce temps de répit concerne en réalité la mère de l'enfant essentiellement (dans un cas il s'agit du père, mais la mère est décédée d'un cancer au cours de la petite enfance de Jordan, ce qui est considéré comme l'une des raisons des troubles qu'il manifeste aujourd'hui). Par contre, comme dans les autres espaces du soin, le nomadisme des parents est systématiquement relevé négativement.

Une visite de préadmission est systématiquement organisée au cours de laquelle parents et enfant visitent le service. Les enfants sont adressés par un médecin (du CMP réfèrent le plus souvent). Ils peuvent venir de loin, hors d'Ile-de-France, le service n'étant pas soumis à une règle de sectorisation. Lors d'un entretien informel, l'assistante Léa cite l'exemple d'un enfant venant de Chartres¹⁶ qui a été accueilli dans le service « car rien n'était disponible en local » (propos notés de mémoire). Beaucoup d'enfants arrivent là parce qu'ils se trouvent exclus de l'école, en provenance de l'ASE ou pour une agitation prenant la forme de ce que l'équipe qualifie de « crises clastiques ». Un très fort accent est mis par l'équipe sur la re-scolarisation de l'enfant comme objectif de l'hospitalisation, lorsque celle-ci est jugée possible (certains tests de niveau les amènent cependant à considérer au contraire que le maintien en école ordinaire est délétère pour l'enfant et qu'il faut envisager un placement dans une institution spécialisée type hôpital de jour, IME, ITEP, etc.). Il s'agit essentiellement d'enfants de milieu populaire, à quelques exceptions près qui se trouvent alors toujours signalées par l'équipe.

Le service tourne avec quelques intérimaires mais est tout de même bien doté en personnel. Lors de notre échange informel, l'assistante Léa me dit : « Ici on fait dans la dentelle, on a beaucoup de moyens, du temps. » L'équipe médicale est composée d'une pédopsychiatre, sur un poste de praticien hospitalier (PH), Sabine Vogt, une pédopsychiatre ayant le statut d'assistante, Léa, un interne qui change tous les six mois. Une pédiatre, Anne, assure également une vacation par semaine et réalise un bilan somatique pour chaque enfant.

¹⁶ Comme les prénoms des enfants et des membres de l'équipe, les lieux par souci d'anonymisation ont été renommés.

Plusieurs psychologues interviennent dans le service : une psychologue clinicienne (qui fait passer le test de Rorschach) ; Julie, une psychologue « cognitive » ; Alison, qui fait passer les tests standardisés. Dans la dernière partie de mon temps d'observation dans le service, une troisième psychologue ayant enseigné dans un DU sur les thérapies comportementales rejoint l'équipe et se voit confier la passation des WISC¹⁷. Aucune n'est présente à plein-temps sur le service.

L'équipe se compose également de trois éducatrices, Claire, Sandra et Lyse, une orthophoniste, un psychomotricien, Erwan, une musicothérapeute, Anne-Sophie. J'identifie lors de ma présence aux visites auxquelles j'aurai accès dans un deuxième temps (du mois d'avril au mois de décembre 2017, mais avec encore plus de discontinuités car il m'est difficile de me libérer de mes autres contraintes pour venir deux fois par semaine dans le service sur des créneaux courts de deux heures à chaque fois), 3 ASH (qui n'assistent pas aux réunions de synthèse). Toutes les psychologues du service sont à un moment ou un autre accompagnées par une stagiaire. Il y a également régulièrement des étudiantes infirmières dans le service. L'équipe sans surprise est majoritairement féminine. J'ai croisé cinq hommes : un interne, un stagiaire musico-thérapeute, le psychomotricien, un ASH, et un cadre supérieur.

Le service a fait l'objet d'un travail d'aménagement : au rez-de-chaussée, un mur de séparation en forme de vague découpe le couloir et dessine un espace vitré avec une estrade recouverte d'un lino vert à la courbe arrondie et des petits fauteuils en skaï de couleurs rouge et jaune. L'aménagement initial commence à montrer des signes d'usure. Il est fait de lino colorés dans les tons jaunes, avec une séparation des espaces en petites salles aux fonctions différentes : une salle pour les ateliers thérapeutiques, deux salles de jeux (l'une pour les jeux libres, l'autre pour les jeux de société ?). Les salles ont des superficies différentes. Le service dispose d'un grand espace extérieur permettant aux enfants de sortir (en accord avec les recommandations récentes du juge des lieux de détention et de privation des libertés). Les enfants peuvent y faire de la trottinette ou du vélo. Les soignantes tout en se tenant à distance gardent alors un œil vigilant car elles ont toujours peur des chutes et que les enfants se blessent. Étonnamment, certains enfants pourtant identifiés comme ayant de gros retards de développement apprennent à faire

¹⁷ Le Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) est un test de quotient intellectuel développé en 1949 par David Wechsler pour les enfants de 6 ans à 16 ans et 11 mois. La version actuelle du test est le WISC-V, parue en 2014.

du vélo au cours de leur séjour. Vélos et trottinettes sont récents, par contre le jeu fixe pour les enfants plus petits (une petite maison surélevée dont on peut descendre par un toboggan) n'a pas résisté à la pluie de la région parisienne. Une partie parc comporte de grands arbres, et une partie délimitée par un grillage métallique vert est recouverte du revêtement que l'on trouve désormais dans tous les parcs pour enfants pour amortir les chutes.

Dans le service, toutes les portes sont fermées à clé et les enfants ne peuvent pas circuler dans les différents espaces librement sans l'autorisation des soignants (y compris pour aller aux toilettes). Le seul espace où ils peuvent déambuler plus librement est le grand espace ouvert à l'entrée du service. Un porte-manteau est situé à l'entrée avec des casiers pour chacun des enfants qui doivent enlever leurs chaussures et circuler en chaussons ou en chaussettes. L'équipe recourt régulièrement en cas d'agitation persistante de l'enfant aux « si besoin », à la contention (dans une situation qui s'est révélée particulièrement tendue pour l'équipe, la PH appelée en renfort a dû rester longtemps assise sur un enfant au sol), à l'isolement de l'enfant en « salle de retour au calme ». L'équipe essaye aussi de mettre en place des temps de relaxations.

Le matériau présenté ici est issu de ma présence lors de 40 réunions de synthèse auxquelles j'ai assisté entre septembre 2016 et janvier 2018. Ces réunions se tiennent le vendredi entre 13h30 et 15h30, sans que ces bornes soient vraiment respectées. Les médecins ont en effet tendance à arriver « en retard », ce qui vient signifier à la fois une différenciation dans l'organisation du travail des équipes paramédicales et des médecins, mais aussi une certaine forme de hiérarchisation dans l'usage du temps, les médecins pouvant s'autoriser à faire attendre les autres professionnels de l'équipe au vu de l'importance de leur activité (la nécessité de rappeler un juge avant le début de la réunion par exemple). Les soignantes (infirmières, aides-soignantes) et les éducatrices partent pour certaines avant que la réunion ne soit finie, ce qui peut être interprété également comme une manière de signifier aux médecins que le temps paramédical lui aussi est compté et qu'il n'y a pas de raison qu'elles soient contraintes de déborder des heures qu'elles ont effectuées (leur journée est supposée se terminer à 15h30), surtout si elles ont des enfants à récupérer à la crèche de l'hôpital, sachant que les horaires d'accueil des enfants en crèches hospitalières sont calés de manière stricte sur les plannings de travail.

Les réunions de synthèse ont lieu après le départ des enfants pour le week-end, une fois les entretiens avec les parents terminés (autre cause de retard possible si ces entretiens débordent pour une raison ou pour une autre sur le temps imparti) et réunissent l'ensemble de l'équipe. Elles ont lieu dans la salle de réunion située au deuxième étage du bâtiment, un espace qui n'est pas fréquenté par les enfants de l'hôpital de semaine (sauf lors des entretiens avec les médecins). À cet étage se trouve le bureau de l'assistante sociale et celui que partagent Léa (pédopsychiatre assistante) et l'interne, ainsi que plusieurs bureaux de consultation de psychologues qui n'interviennent pas dans le service. Le bureau de la PH, plus spacieux, est situé au premier étage là où se trouvent les chambres des enfants.

Au cours des réunions de synthèse sont présents : les trois psychiatres du service (PH, assistante et interne) et parfois (rarement) la chef de service, une orthophoniste, un psychomotricien, une musicothérapeute, les éducatrices (qui sont trois mais ne travaillent pas toutes en même temps, sans que j'ai une vision claire de l'organisation de leur travail), les infirmières et aides-soignantes, la cadre (qui n'est pas toujours présente), l'assistante sociale (mon premier jour dans le service correspond au pot de départ de l'assistante sociale en poste qui ne sera pas immédiatement remplacée), la psychologue clinicienne et la psychologue cognitive et les éventuels stagiaires de ces différentes catégories de professionnels. Les ASH n'y participent pas. L'équipe infirmière tourne beaucoup d'une réunion à l'autre. Les réunions de synthèse permettent à chacun de faire le bilan de la semaine passée par les enfants dans le service, d'annoncer les arrivées et les préadmissions.

Il arrive que les réunions de synthèse aient lieu dans le réfectoire exceptionnellement pour permettre à une autre réunion de se tenir dans la salle prévue. Il est situé au rez-de-chaussée, où se trouvent les espaces collectifs destinés aux enfants. Les tables sont groupées au milieu de la pièce, il comporte un espace cuisine derrière un bar en plus de l'espace prévu pour stocker les chariots contenant les plateaux-repas, donnant une touche plus conviviale à cette pièce très haute de plafond. Une guirlande avec les photos Polaroid des enfants qui ont séjourné dans le service, tenues par des petites pinces à linge, est suspendue au mur. La salle de réunion est une salle en sous-pente, avec de la moquette (alors que les espaces réservés aux enfants sont recouverts de lino pour faciliter leur nettoyage) qui laisse peu d'espace de circulation une fois les chaises installées autour de la grande table noire, avec deux velux et une peinture crème un peu passée. Du matériel TV obsolète traîne sur un rebord et quelques papiers égarés (des photocopies d'articles par exemple). L'interne, ou une des deux pédopsychiatres du service en

l'absence de l'interne, vient avec un ordinateur permettant de consulter les dossiers informatisés des patients et de noter les observations de l'équipe concernant les enfants. Quelques personnes prennent des notes, en plus de la sociologue¹⁸ : l'orthophoniste et la psychologue clinicienne. La psychologue cognitive Alison vient souvent avec une pile épaisse de documents, les questionnaires d'évaluation des enfants ; la musicothérapeute vient avec une tablette ; le psychomotricien amène lui aussi parfois un dossier avec quelques éléments des tests qu'il a lui-même fait passer aux enfants.

Les réunions de synthèse du vendredi s'organisent autour d'un script commun qui n'est pas toujours respecté : il commence par les « pré-admissions », la présentation des patients qui vont venir le lundi suivant, puis les médecins laissent à l'équipe infirmière et aux éducatrices le choix de présenter les enfants dans l'ordre qu'elles souhaitent. C'est souvent l'une des éducatrices qui prend l'initiative de commenter le déroulement de la semaine passée pour un enfant donné. Suivent les évaluations par la psychologue cognitive, l'orthophoniste, le psychomotricien qui dispose lui aussi de tests spécifiques, la musicothérapeute qui met souvent en avant la manière dont rapport à la musique permet de révéler une autre facette de l'enfant, en prenant le temps parfois de décrire plus longuement le déroulement d'un atelier.

Les soignantes qualifient souvent la semaine qui vient d'avoir lieu de « compliquée » lorsqu'elles prennent la parole à propos d'un enfant suite à la sollicitation des psychiatres de l'équipe. Certes, il s'agit ici de souligner la lourdeur du travail, de faire entendre la charge de travail déployé pour certains enfants, la diversité des attitudes à adopter, des savoir-faire à mobiliser : pour canaliser l'enfant, l'amener à s'exprimer, à révéler ce qu'il est dans ses émotions et dans un comportement que l'équipe qualifie sans détour de plus « authentique ». On pourrait être tenté de mettre cette attention à « l'authenticité » de l'enfant, notamment dans l'expression de ses émotions, avec cette aspiration très forte des individus contemporains relevée par de nombreux sociologues (Ehrenberg, 2014), norme à partir de laquelle les enfants sont évalués. Cette authenticité semble perçue par l'équipe comme étant « empêchée » pour certains enfants, rappelant s'il est nécessaire que l'authenticité, la fidélité à soi est très inégalement accessible selon les ressources sociales dont chacun dispose. Dans le cas des enfants, l'existence de conflits de loyauté vis-à-vis de leurs parents peut rendre difficile la

¹⁸ Pour faciliter la lecture des notes prises en réunion, j'ai complété après coup les phrases notées en style télégraphique, en indiquant par des parenthèses les mots qui correspondent à des ajouts *a posteriori* de ma part.

révélation des pans de leur existence qu'ils savent être déviants par rapport aux normes professionnelles.

Il s'agit aussi d'affirmer pour l'équipe qui travaille en première ligne auprès de l'enfant la complexité, au sens propre, du travail à faire avec l'enfant, notamment du travail de décryptage du comportement de l'enfant qui a été mis en place tout au long de la semaine, la complexité de la révélation des compétences enfouies ou parasitées par une agitation ou, plus rarement dans ce service, une inhibition de l'enfant.

Prendre la parole au cours des réunions suppose de maîtriser un certain registre lexical, de faire la démonstration de l'acuité d'un regard et de sa capacité à traduire ses observations au travers de qualificatifs variés et précis, comme en témoigne la gamme des qualifications des enfants et des parents que j'ai pu relever. La liste non exhaustive des qualificatifs concernant les enfants est la suivante : « mignon », « touchant », « pas désagréable », « facile à investir », « un récurent », « petit niveau », « très impulsif », « fait sans doute illusion », « très demandeur de prise en charge », « se dévalorise », « fait des efforts », « dans son monde », « sur une autre planète », « animé », « très renfrogné », « recroquevillé, sur la défensive, en demande mais qui n'ose pas », « accessible », « authentique », « plaqué », « un enfant qui a plein d'appétence », « dans la jouissance, le plaisir de la toute-puissance », « fatigable », « une enfant de foyer », « elle a un petit côté chat sauvage, elle griffe, elle mord », « hypersensible », « sensitif », « tout blindé et dur », « tout fragile et délicat », « très peu protégé de lui-même », etc.

Concernant les parents, on peut relever les qualificatifs suivants : « hyperdémunis », « hyperinvestis », « petit niveau », « affligeante », « un père très ému, un peu excédé, très attaché à cet enfant », « excédée », « empêtrée », « des parents extrêmement banalisants et rejetant le tort sur l'école », « très persécutée cette dame », « une maman aussi carencée », « épuisée », « très faux cul », « très perdue », « envahissante ».

On peut repérer des qualificatifs « en miroir » (pour reprendre une expression de l'équipe) des parents et des enfants, en particulier « petit niveau » qui renvoie à une naturalisation de l'intelligence et en vient à définir la personne toute entière par une forme de synecdoque. On repère également des qualificatifs plus souvent négatifs à propos des parents que des enfants, ce qui peut être mis en lien avec un schème explicatif sous-jacent des comportements de l'enfant mettant en avant la responsabilité de ses parents dans l'apparition de ses troubles.

On retrouve aussi un vrai souci de narration, permettant de brosser le tableau de la situation de l'enfant, notamment en campant à gros trait l'environnement familial de l'enfant, souvent accompagnée d'une teinte d'ironie (écran protecteur face aux réalités les plus dures vécues par certains enfants), comme le voit à propos de Morgane, âgée de 8 ans, abusée par son père, présentant des troubles de l'alimentation, une agitation, pour laquelle le service va être amené à rédiger une information préoccupante. Alors que quelqu'un demande lors de la réunion : « Le père, il est plus là ? », voici la discussion qui s'ensuit :

Sabine Vogt (PH) : (La mère a eu) deux enfants, [Morgane] c'est la deuxième, (elle a eu un) premier enfant quand (elle était) mineure, l'aîné a une agénésie d'un bras, (elle habitait) dans le Vaucluse.

Educatrice : Il est hyperagité le grand.

Léa (assistante) : (Il n'y a pas) des médicaments qui donnent ça ?

Sabine Vogt : les Thalidomides... un père violent pendant la grossesse, la mère a connu son mari actuel par relations familiales. Ils sont venus s'installer en région parisienne. (Ils ont eu) deux petits, Pierre et Lise, (elle était) pas très désirée. Pierre a été mordu par le chien, il a été opéré en chir... (ton ironique) on n'a pas demandé de nouvelles du chien !

Educ : Ils l'ont mis chez un ami qui a pas d'enfant, (la mère elle dit) : « Il devait avoir le tare, le chien », c'est petit niveau. Bidou, un chien aveugle, qui porte des couches parce qu'il est incontinent.

(...)

Sabine Vogt : (Ils habitent) une maison insalubre, les chiens c'était parce qu'il y avait des rats, les jouets de la gamine (étaient) dans le poulailler, ils ont été relogés dans un HLM propre. La première école avait déjà signalé des difficultés. »

Certaines réunions donnent lieu à une contestation plus ou moins discrète des décisions prises par les médecins qui réaffirment alors leurs positions, en mettant en avant les arguments qui les justifient. On peut observer des formes de contestation plus ou moins ouverte des choix d'admission, dans leurs conséquences sur la composition du groupe d'enfants ou la capacité de l'équipe à travailler autour de la situation de tel ou tel enfant (selon qu'ils sont jugés « accessibles » ou pas aux soins qui peuvent être proposés). Si un enfant est considéré *a priori* comme pouvant être très « lourd », les médecins peuvent tenter de « faire passer la pilule »

auprès de l'équipe en prenant moins d'enfants cette semaine-là. Une personne est souvent chargée de faire entendre le point de vue de l'équipe auprès des médecins. Claire, l'une des éducatrices, ancienne dans le service, souvent appuyée par une infirmière expérimentée, Roxana, qui est alors en train de valider un master, ce qui lui donne une position d'autorité au sein de l'équipe, prend souvent ce rôle lors de la réunion. L'équipe semble avoir parfois le sentiment que les médecins cherchent à « arrondir les angles » dans la présentation des enfants vus en préadmission. Ainsi à propos de Duncan qui est accueilli dans un dispositif d'accueil individualisé (un éducateur pour un enfant), une infirmière commente :

« C'est un costaud alors !

Il aura le temps de s'installer, d'après Léa [l'assistante qui l'a vu en consultation de préadmission], il a l'air beaucoup plus gentil.

Une infirmière : Ils sont toujours mignons dans les bureaux. »

(...) Qn peu plus tard, Claire s'inquiète : « que fait Ali [âgé de 4 ans et demi, présentant un autisme sévère] dans tout ça, franchement, il va se mettre dans un coin pour pleurer ! »

La volonté d'équilibrer la composition du groupe est présente mais difficile à honorer en raison de temporalités contradictoires entre les besoins des différents enfants et des logiques institutionnelles. Sabine Vogt manifeste son attention à cette revendication de l'équipe : « Du coup il faudra qu'on voie un petit peu comment on compose le groupe, sachant que la semaine suivante on en aura que deux. » Mais les silences et les regards appuyés qui suivent cette affirmation laissent entendre que l'équipe n'est pas dupe de cette volonté affichée de tenir compte de leur charge de travail, tant celle-ci ressemble à un vœu pieux, sachant que seule une partie de l'équipe va se retrouver en première ligne face aux enfants alors que les temps de coprésence des médecins avec les enfants restent réduits. Il est également clair aux yeux des soignants que la composition du groupe d'enfants a des effets directs sur leur charge de travail, mais aussi sur l'environnement qui peut être offert à chaque enfant au cours de son séjour, dont l'équipe n'est plus alors en mesure de garantir le côté sécurisant. Il est en effet difficile de préserver les enfants des troubles du comportement des autres enfants accueillis. Ainsi à propos d'Ali, âgé de 4 ans et demi, avec un autisme sévère mais qui s'éveille dans le service, il est dit :

« Il se fait beaucoup taper

Julie (psychologue clinicienne) : Il se fait méchamment taper.

Claire (éducatrice) : Il s'est pris deux-trois bons coups.

Roxana (infirmière) : Discrètement.

Claire : Du coup c'est pas facile.

Sabine Vogt (PH) : Ok, d'autres observations ?

Julie : (Il est) plus attiré par les objets parce qu'avant il touchait à rien, rien du tout.

Sabine Vogt : Les objectifs pour lui ?

Roxana : Qu'il se fasse plus taper, parce que vraiment il a peur. »

Comme on le voit dans l'échange ci-dessus, une question rituelle (sans être systématiquement posée) revient au cours des réunions de synthèse : « Quels sont les objectifs ? » (de la semaine à venir, de la prolongation du temps de séjour d'un enfant qui montre des signes de détresse...), signalant à la fois le côté pour une part impalpable du travail réalisé autour de chaque enfant, le sentiment de travailler un peu à l'aveugle, dans le brouillard, sans pouvoir démêler l'écheveau des difficultés rencontrées par certains enfants et de signifier aux médecins que l'équipe attend d'eux qu'il donne un sens, une orientation à un travail collectif qui ne va pas de soi dans un certain nombre de situations.

Quel est l'enjeu de ces réunions qui débouchent sur peu de prises de décisions, quelle est la finalité de ces temps de rencontre ? Que chacun tout d'abord dispose des mêmes informations, plutôt que d'informations éparpillées dans les échanges duels qui se font en fonction des emplois du temps partagés, des affinités, des pauses cigarette. Ce que l'équipe cherche à produire au cours de ces réunions (largement complété par tous les échanges informels en-dehors des temps contraints) m'a semblé être une forme de conviction : que la « lecture » de l'enfant, le traitement qui en découle et l'accompagnement proposés dans le service sont « les bons ». C'est à cette condition que les médecins vont se sentir suffisamment porteurs d'arguments pour peser dans les décisions et les blocages institutionnels au travers des évaluations et orientations proposées : relancer un dossier MDPH par exemple, l'orientation vers le secteur spécialisé et la sortie du système ordinaire, le resserrement système d'accompagnement autour de l'enfant, mobilisation moyens ASE autour d'un enfant, etc.

À partir de la description croisée d'un même enfant par les différents professionnels, un tableau se compose, un puzzle aux pièces manquantes se dessine, chaque description recelant un ou plusieurs indices sur la causalité des troubles, pouvant permettre d'identifier une pièce du puzzle jusqu'alors dissimulée au regard. Chaque indice se trouve conforté par le croisement des

points de vue, permettant de donner un poids spécifique à certaines informations recueillies sur l'enfant. Une place particulière est accordée à la parole de l'enfant, mais aussi à ce que son comportement révèle de son « mystère ». Le mot n'est pas trop fort comme le révèle la manière dont une infirmière prend la première la parole à propos de Corentin, défini après la visite de préadmission comme étant entre un trouble oppositionnel et un TDA/H, après une semaine dans le service, en disant : « Pour moi, Corentin est une énigme. » Certaines pièces du puzzle sont détenues par les parents de l'enfant, à même d'en restituer l'histoire et de raconter la genèse des troubles qui ont motivé l'hospitalisation de leur enfant. Mais il est intéressant de remarquer à ce propos, que les médecins font attention à pas poser trop vite, trop de questions aux parents. Ils acceptent de laisser subsister au départ quelques zones d'ombre, car il s'agit avant tout de privilégier l'établissement de la fameuse « alliance thérapeutique », décisive pour que leurs préconisations à l'issue de l'observation de l'enfant soient suivies par les parents. Tout se passe comme si, également, ils savaient d'expérience que les informations manquantes seront progressivement comblées au fur et à mesure du séjour de l'enfant. C'est parfois par l'observation du comportement du parent lui-même que le comportement de l'enfant s'éclaire, à travers notamment le repérage « d'effets miroir » entre parents et enfants. À propos du père de Jordan, Sabine Vogt (PH) commente : « On est tout à fait d'accord, je pense que le père il s'en rend pas compte, mais ils sont en miroir. »

On peut noter également un usage spécifique de l'humour noir que l'on retrouve de manière récurrente dans les équipes de soin, comme l'avait signalé Renée Fox dans ses travaux à propos des médecins du service pionnier dans la greffe de rein dans lequel elle avait réalisé ses observations, manière de se protéger des réalités les plus insupportables (Fox, 1988). Dans ce service, il est aussi fait un large usage de l'« humour noir », qui m'a semblé être en lien avec le sentiment d'une vie gâchée pour l'enfant, d'un gâchis que personne n'a pu éviter, notamment lorsque l'intelligence de l'enfant est préservée, moyen de parer à un sentiment d'impuissance. À propos de Yassine, « récurrent » dans le service, en cours de placement à la demande de sa mère, qui n'a pas dit à son fils que cette décision de placement venait d'elle, et souffrant d'un trouble de l'attachement jugé sévère, pour lequel l'équipe est très pessimiste quant à son devenir, la discussion tourne de la manière suivante :

Sabine Vogt (PH) : Il peut aussi s'organiser comme un état limite, dans le meilleur des cas ce serait ça.

Une infirmière : Il nous a dit qu'il serait soit chirurgien, soit terroriste (rires collectifs).

Sabine Vogt (ironique) : Il y a aussi le Dr Frankenstein.

Une infirmière (ironique) : La prochaine hospit', on lui en parle.

Marie (éducatrice) : On fait projection de film : *Frankenstein*.

Erwan (psychomotricien) : Il manque quelques petites cases dans le DSM.

b. Positionnement par rapport au diagnostic de TDA/H

Il n'y a pas de réticences dans ce service par rapport au diagnostic de TDA/H, celui-ci se trouvant souvent posé à l'occasion de l'hospitalisation de l'enfant dans le service. Rien de surprenant à cette adhésion au diagnostic lorsqu'on sait que la chef de service assure une consultation spécialisée « TDA/H ». Lors d'une présentation faite sur une étude par EEG des effets d'une thérapie cognitive par neuro-feedback pour les enfants TDA/H, le collègue invité à une réunion de l'équipe médicale commente en plaisantant une remarque faite par la chef de service, résumant ainsi en le caricaturant le positionnement de cette dernière : « tu ne crois pas à la psychose, Elisabeth, tu ne crois qu'au TSA [trouble du spectre de l'autisme] », ce qui situe cette psychiatre à l'opposé des théories psychanalytiques.

Étonnamment, compte tenu de cette adhésion au diagnostic et du rôle important qu'elle joue dans son identification à l'aide de tests, il est encore appelé « TADAH » par Alison, la psychologue cognitiviste du service.

Il est intéressant de noter que cette adhésion au diagnostic n'est pas exclusive d'une lecture mettant en avant d'autres causalités possibles, une pluralité de causes, ce qui induit une distinction entre les TDA/H qualifiés de « purs » et les situations où sont identifiées des causalités multiples, notamment celles liées à un vécu « carentiel ». La mise en place d'un traitement par Ritaline® ou ses dérivés peut être secondaire à un autre diagnostic, si un déficit d'attention est repéré et quantifié à l'aide des tests passés par la psychologue. Elle est rarement exclusive d'une lecture en termes de vécu carentiel de l'enfant ou de trouble de l'attachement. Aussi, Léa qui s'installe progressivement dans un cabinet libéral à la fin de la période d'observation, considère que c'est seulement dans ce contexte du libéral (dans des milieux sociaux privilégiés), qu'elle a pu rencontrer des « TDA/H purs », la multifactorialité l'emportant chez les enfants qu'elle a suivis dans le service ou au CMP rattaché au service. Suite à la présentation de l'étude sur les neuro-feedback que j'ai évoquée ci-dessus,

l'intervenant alors qu'on l'interroge suite à sa présentation sur la catégorie des « TDA/H purs » répond : « Il y a quand même des familles de TDA/H sains, j'en ai un sur 10, moi je vois aussi des adultes, des adultes qui viennent pour des diagnostics de TDA/H, 9 fois sur 10 je trouve autre chose, c'est en le constatant, il a rien d'autre, il a que ça, et son fils a la même chose, tous ses enfants ont la même chose [qu'il identifie des TDA/H sains]. » Je n'ai pas noté de commentaires suite à cette affirmation qui ne suscite pas d'opposition ouverte de la part des psychiatres présents.

La psychologue cognitive, Alison, d'origine américaine, pourtant davantage spécialisée sur l'autisme, est très impliquée dans l'évaluation d'un éventuel TDA/H à l'aide des tests standardisés. Il est intéressant de noter qu'elle rencontre régulièrement des difficultés pour recueillir les questionnaires « parents ». Ceux-ci peuvent avoir été mal remplis (ne pouvant alors faire l'objet d'une cotation) en raison de problèmes d'interprétation sur certains items : il s'agit de répondre pour l'état présent de l'enfant et non pour des tranches d'âge antérieures, consigne qui n'est pas toujours identifiée par les parents. Certains parents sont dans l'impossibilité de le remplir par manque de compréhension du français écrit. La difficulté pour recueillir ce test peut venir de l'absence des parents si l'enfant se trouve placé à l'ASE au moment de son hospitalisation. Dans ce cas, les seuls interlocuteurs sont les éducateurs de l'ASE (sachant que le lien avec l'éducateur référent de l'enfant est souvent difficile à établir alors qu'il est celui qui est supposé centraliser l'ensemble de l'histoire de vie de l'enfant). Il arrive alors que la psychologue demande aux soignants, à partir de leur observation de l'enfant dans le service, de remplir le questionnaire à la place des parents. Cette situation montre les différentes possibilités d'usage d'un outil pourtant standardisé, conditions qui ne sont pas reconduites à l'identique ici.

Les tests administrés par les psychologues du service permettent d'évaluer le niveau d'intelligence de l'enfant, son quotient de développement par rapport à l'âge normal, sa vitesse de traitement, sa mémoire de travail. La psychologue cognitive, Alison, accorde une attention particulière à ce qu'elle nomme les « émergences », qui recouvrent tous les signes qui laissent espérer des progrès possibles si l'enfant bénéficie de stimulations adaptées. Alison passe souvent un temps avec les enfants dans le service avant de réaliser le test dans une pièce à part (son bureau ou l'une des salles de jeux du service), méthode qui semble utilisée par tous les psychologues du service. Ce temps vise, semble-t-il, à « apprivoiser » l'enfant, préalable nécessaire à la passation du test, ce qui révèle tout ce que les performances mesurées doivent à

la relation tissée au préalable avec l'enfant. Alison fait appel également à des « renforçateurs » pendant la passation des tests pour certains enfants (en commençant par des bonbons, mais Alison peut chercher à identifier des goûts plus spécifiques en s'appuyant sur les observations de l'équipe paramédicale, comme par exemple des chips). Elle est souvent accompagnée au moment de la passation par l'orthophoniste du service ou une stagiaire.

Dans ces deux exemples liés aux modes d'usage des tests (rempli par un tiers qui n'est pas le parent, administré selon des conditions qui tiennent aussi à la qualité de la relation établie au préalable par la psychologue avec l'enfant), on voit que tous les efforts de standardisation de l'outil ne peuvent garantir la neutralité hypothétiquement visée, les modes d'utilisation de l'outil laissant « la marque » des acteurs qui s'en emparent.

On peut identifier dans ce service une approche multifactorielle des troubles, consistant à écarter toute origine somatique ou génétique à partir d'un diagnostic différentiel. Il n'y a pas de réticences à utiliser les médicaments, tout en tenant compte de l'environnement familial qui est aussi une hypothèse explicative envisagée. Ainsi à propos de Farès qui a été adressé pour un trouble du comportement, qui a tapé sa maîtresse et le directeur, pour lequel un retard intellectuel est « objectivé » suite aux tests administrés dans le service, dont les parents continuent de partager le même logement alors qu'ils sont séparés, et qui a dit à l'école être tapé par son père, l'environnement familial intervient dans les hypothèses explicatives de son comportement lors de la réunion de synthèse :

Ashley (infirmière) : il a quand même réussi à composer, tout le monde lui a fait des câlins en partant, on sent qu'il a pas du tout l'habitude de ce genre de rapport.

Sabine Vogt (PH) : ce qui est sûr c'est qu'il y a un contexte environnemental confusionnant

Alison : c'est un enfant qui pourrait faire énormément de progrès si on apportait un changement à l'environnement

Sabine Vogt : le père disait : « Si on reste ensemble, c'est pour lui ».

De même à propos de Nicolas, hospitalisé pour des crises, Anne-Sophie, la musicothérapeute, demande :

« Il a pas de traitement ? »

Sabine Vogt (PH) : « Finalement on n'a rien mis, on s'était posé la question d'un antidépresseur. (...) Je pense qu'il faut accompagner les parents un peu plus que ça (...). C'est un enfant unique tard venu pour les deux, il a un peu le côté surprotégé. (...)

Psychologue clinicienne : Un enfant unique très précieux.

Sabine Vogt : C'est un peu plan-plan dans son jardin il peut pas faire du vélo parce qu'il y a une pente comme ça (elle mime). Sa mère disait : « il faudrait qu'il aille aux Eclaireurs », ils le surprotègent, ils cèdent à tous ses caprices, au judo il voulait plus y aller : « Tu veux plus y aller, tu y vas plus », les parents l'aident pas tellement à tenir, à dépasser ses angoisses. »

L'adhésion à la catégorie ne se traduit pas par une prescription systématique en raison notamment de l'approche multifactorielle des troubles qui semblent l'emporter dans ce service. Même en cas de trouble attentionnel repéré avec certitude, il n'y a pas introduction systématique d'un traitement. Ainsi à propos de Corentin, à l'issue d'une semaine d'observation, Claire l'éducatrice émet avec une relative assurance l'hypothèse d'une « hyperactivité d'angoisse » et Alison à l'issue des tests qu'elle lui a fait passer repère « un vrai trouble attentionnel » :

Alison : « Il a besoin d'une AVS et une prise en charge, (pour) une remédiation cognitive, (c'est) un très bon candidat parce qu'il peut parler de son angoisse, (c'est) un enfant intelligent, (avec) des troubles de l'apprentissage. Je sais pas si tu penses à un traitement.

Sabine Vogt : Pour le moment j'y pense de très loin, parce que c'est peut-être pas par ça qu'il faut commencer, si on peut y penser ce sera vraiment en dernière intention, pour le moment ça va être surtout se bagarrer pour l'AVS ».

Le choix d'introduire un traitement par Ritaline® dépend fortement de son acceptation par les parents : les médecins de l'équipe peuvent se montrer réticents à prescrire s'ils anticipent des difficultés dans l'administration du traitement une fois l'enfant à domicile. Ainsi à propos d'Erwan, scolarisé en CM1 avec une AVS, avec des difficultés détectées dès la maternelle, hospitalisé pour des troubles du comportement et une intolérance à la frustration, Léa, l'assistante, raconte : « (Ils sont) surprenants ces parents, (c'est) une adhésion de surface, quand j'ai proposé d'augmenter la Ritaline®, (le père) il me dit : 'Mais vous savez pour Marie [la sœur d'Erwan], quand on nous a proposé un traitement épileptique, on n'a pas voulu et on a eu raison, elle a jamais reconvulsé.' Vlam ! (poursuivant sur ce qu'elle a dit aux parents) : « Vous savez,

moi je me pose la question de modifier son traitement, mais c'est pas décidé », et il m'a répondu : « De toute façon vous savez je pourrai toujours m'opposer ». Et après quand j'ai proposé 20 mg, il m'a dit : « Vous savez... » Il a déjà de la Ritaline® à 10 mg qui a été instaurée parce que le médecin trouvait qu'il y a des troubles attentionnels, moi je l'aurai pas vraiment instauré, mais maintenant qu'il est là, il faut le mettre à la bonne dose et voir ce que ça fait. (C'est) difficile d'évaluer ce traitement. »

Comme on le voit dans ce dernier exemple, la prescription de Ritaline® ne découle pas mécaniquement de l'observation d'un trouble de l'attention, tout dépend également de l'observation de l'enfant sous Ritaline®, les changements positifs étant ce qui conforte les médecins dans leur choix plutôt qu'une adhésion *a priori* au traitement.

c. La logique du diagnostic différentiel

Nous ferions volontiers l'hypothèse que ce qui différencie ce service de services relevant d'approches psychodynamiques strictes, c'est moins le refus de cette grille de lecture du comportement de l'enfant que le souci de manier la logique propre au diagnostic différentiel, en éliminant les autres causes, notamment génétiques et somatiques, avant toute interprétation du comportement de l'enfant. Par exemple, pour Florian âgé de 7 ans, placé dans un foyer suite aux violences de sa mère à l'égard de son père, père qui a été lui-même placé et suivi enfant en IME ce qui vient signaler un retard intellectuel chez ce père, Sabine Vogt, au cours de la réunion, indique à l'intention de l'interne : « (Il faut) regarder s'il a pas besoin d'un bilan neuropédiatrique. Tu le notes dans un coin avec un point d'interrogation, certes il y a tout ce contexte carenciel, mais il y a aussi du côté des parents une déficience, (il faut) se demander s'il ne se trimballe pas une fragilité génétique. »

Les retards de diagnostic font l'objet de commentaires systématiquement négatifs par l'équipe. Ainsi Sabine Vogt à propos d'un futur entrant indique : « (Il faut) voir quelle est la nature de son trouble du comportement, est-ce que ça se rattache uniquement à des difficultés affectives et est-ce qu'il y a pas aussi une question de niveau, on comprend pas pourquoi ça a pas déjà été fait une évaluation cognitive. »

Les critiques les plus vives concernent les diagnostics d'autisme (surtout si ceux-ci sont jugés quasiment visibles « à l'œil nu »), notamment de la part d'Alison, spécialisée dans l'administration des tests évaluant l'autisme, qui met alors volontiers en avant la manière dont les professionnels concernés se mettent en tort par rapport aux recommandations actuelles. À propos de Maëlys, il est dit pendant la réunion :

« Mon dieu quelle horreur, des parents hyperbienveillants, hyperinvestis. Ils ont préféré tout raser, comme elle étale ses selles [y compris dans ses cheveux], si on la sortait du réfectoire, elle allait faire pipi dans le couloir.

Ashley (infirmière) : Elle fait ça quand elle est frustrée. Elle s'en met plein dans les dents, dans les oreilles...

Alison : Ça sent vraiment mauvais

Sabine Vogt (PH) : Elle a un rendez-vous la semaine prochaine à Robert Debré. Ils sont un peu enfermés avec le SESSAD dans un fonctionnement un peu limité, surtout au niveau recherche.

Léa (assistante) : La psy du SESSAD est quand même très particulière, on les a invités [les parents] à élargir et à reprendre contact avec le CMPP et à essayer l'orthophonie.

(...)

Léa (à propos de la psy du SESSAD) : (Elle était) très agressive avec nous au moment de la synthèse, et elle a refusé le bilan à Robert Debré. Elle n'a pas posé de diagnostic

Alison : Elle ne suit pas les recommandations donc elle a tort.

Léa : Est-ce qu'elle les a lues ? »

De ce point de vue, l'équipe est très éloignée d'une approche psychodynamique « dure », voyant une perte de chance dans ces retards de diagnostic. Pour autant, les psychiatres sont vigilants à ne pas annoncer trop brutalement le résultat des tests, à introduire progressivement le diagnostic, en se donnant pour cadre de mettre en avant les compétences préservées de l'enfant.

Il n'y a pas non plus de réticences à manier les psychotropes dans ce service. Les pédopsychiatres et l'équipe ont au contraire le souci de jouer avec la palette des traitements disponibles, qui restent limités chez les enfants, en prenant le risque circonscrit de prescrire certains traitements hors AMM, mais relativement banalisés dont les bénéfices ont pu déjà être observés, tel que l'Abilify. Léa explique à propos d'un traitement : « Là j'ai fait une ordonnance

de Quasym[®] pour que les parents essayent ce week-end, essayer de faire un subtil dosage entre neuroleptique et Quasym[®]. »

Mais il ne s'agit pas non plus d'un parti pris « tout médicament ». Il arrive que les psychiatres, peu convaincus des traitements mis en place et soucieux d'observer le comportement de l'enfant sans traitement, suppriment tout ou certains traitements antérieurs, avec ou sans substitution d'un autre traitement. En témoigne l'échange qui a lieu lors de la réunion à propos de Duncan, âgé de 9 ans, déscolarisé, placé, avec un gros trouble de l'attachement, une intelligence préservée, décrit comme obèse par le psychomotricien du service, Erwan. L'introduction d'un neuroleptique en substitution du Risperdal précédemment prescrit est envisagé dans le service, mais mis en balance avec les effets positifs qui peuvent résulter d'un environnement éducatif cadrant.

Sabine Vogt (PH) : Là il vient de passer une semaine. Dans la perspective des deux semaines suivantes, est-ce qu'on se lance dans un traitement de fond et lequel ? Parce que à vrai dire, le Risperdal [neuroleptique atypique qui peut être prescrit en courte durée en traitement de l'agressivité chez l'enfant], on pense que c'est un peu une perte de chances pour lui [car fait grossir et il est déjà en surpoids], il a été vu par Anne [pédiatre qui fait un bilan somatique des enfants et regarde notamment leur courbe de poids] je pense.

Elle l'a pas vu, Anne.

Sabine Vogt : On se posait la question de lui mettre de l'Abilify [neuroleptique atypique sans AMM chez l'enfant] directement, à moins qu'il s'améliore significativement par le cadre qu'on lui propose.

Léa (assistante) : Il a quand même..., il est assez déprimé.

Cadre : Et puis s'il dort mal tout le temps...

Sabine Vogt suggère de commencer mardi à 5 mg : Et après on verra, est-ce que deux semaines suffiront à l'améliorer ?

Léa : C'est peut-être un peu court.

Sabine Vogt : On en reparlera en fin de semaine prochaine, ... qu'il s'installe pas trop non plus. »

Hormis le fait de s'interroger sur la pertinence d'un traitement médicamenteux, de faire le choix de supprimer certaines molécules, l'équipe s'attache également à repérer quels sont les enfants

qui peuvent faire l'objet d'une psychothérapie, en fonction de leur capacité à élaborer une parole sur eux-mêmes. Il est à ce titre intéressant de remarquer que seuls certains enfants sont adressés à la psychologue clinicienne, Julie, pour des tests projectifs (le Rorschach), le bon déroulement du test étant souvent le moyen d'identifier les enfants qui pourront le mieux bénéficier d'une psychothérapie. La limite dans la reconnaissance des bénéfices d'une psychothérapie tient aux nombreuses situations dans lesquelles l'enfant a été adressé par un médecin référent de CMP, en raison justement de l'échec de la psychothérapie engagée avec l'enfant.

F. Formes d'agitation et d'accompagnement : le travail de tri dans une consultation spécialisée

Cette dernière sous-partie prolonge la réflexion sur les formes de prise en charge et d'accompagnement dans les services où les approches psychodynamiques sont loin d'être dominantes même si, comme on vient de le voir, des formes d'hybridation des pratiques peuvent être décrites. Nous nous appuyerons cette fois sur les données tirées d'une enquête portant sur une consultation spécialisée sur les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).

a. La structuration de l'espace de la consultation

La consultation en question est située au sein d'une grande institution hospitalière parisienne. Ce vaste lieu est à l'abri des regards des passants derrière de hauts murs. Les impressionnantes bâtisses qui délimitent les différents espaces à l'intérieur même de ces murs transforment le lieu en un labyrinthe. Ce sont de petites portes qui permettent de pénétrer dans cette institution hospitalière, pour ne pas s'y perdre il faut demander son chemin au gardien. Les lectures sur l'asile de Pinel (Castel, 1976 ; Lanteri-Laura, 2001 ; Vermorel et Vermorel, 2012) prennent vie sur ce terrain.

Lors de ma première venue, je me suis demandée comment enfants et parents se sentaient quand ils arrivaient dans ce lieu. Pour me rendre à la consultation, j'ai longé un mur, passé un porche, pour me retrouver dans une cour entourée de bâtiments. J'ai cherché le bon pavillon, devant la porte qu'il me fallait encore franchir, il était indiqué : « *Sonner et pousser la porte* ». J'ai franchi cette porte sécurisée et je me suis à nouveau trouvée dans une cour, plus verte celle-ci, avec une aire de jeu pour enfants. Les bâtiments qui m'entouraient me donnaient encore ce sentiment de domination, de toute-puissance. Comme si les murs en eux-mêmes imposaient la parole du médical qui était en leur sein délivrée. Je suis entrée dans le bâtiment, un tableau d'affichage m'indiquait que je devais me rendre au second étage. J'ai pris l'ascenseur, les portes se sont ouvertes sur une salle toute en longueur avec des poutres apparentes, qui sert de salle d'attente. Les poutres séparent naturellement trois espaces distincts. Le premier, le plus proche du secrétariat, se compose d'un banc avec deux sièges et propose la lecture de magazines comme

Elle, Le Figaro. L'espace du milieu propose trois sièges sans aucune source d'occupation de l'esprit. Le dernier espace offre un environnement de jeux pour enfants avec une table et quelques chaises à leur hauteur. Ce dernier espace est le plus proche du cabinet de la pédopsychiatre, qui est aussi chef de service. Cette distance à parcourir entre le secrétariat et le bureau de la pédopsychiatre m'a donné l'impression d'un chemin qui marque des étapes du passage d'une centration sur les parents à celle d'une centration sur l'enfant. Le premier lieu proche du secrétariat s'adresse aux parents, ils ont la charge des formalités administratives, le dernier espace replace l'enfant au cœur de la consultation, c'est de lui qu'il va s'agir de s'occuper.

i. Le lieu d'observation : le cabinet

Le cabinet de la pédopsychiatre est grand, il se divise en deux espaces. D'un côté, un espace avec une grande table au centre et sur le côté une table d'enfant leur propose des jeux et des livres. L'autre espace est celui du bureau, il offre trois chaises pour parents et enfants. Sur le côté, touchant un radiateur, et devant un portemanteau à hauteur de la chaise de la pédopsychiatre, une autre chaise a été installée pour moi. Je m'y suis toujours assise en me faisant discrète, mais sans intention d'effacer ma présence. Avant chaque consultation, la pédopsychiatre me présente aux parents et aux enfants comme sociologue et explique le cadre de la recherche. Elle demande leur accord pour ma présence lors de la consultation. À l'exception d'une jeune fille qui a souhaité voir la pédopsychiatre seule, enfants et parents ont toujours accepté ma présence. Certains parents et adolescents m'ont regardée de coin pendant les échanges, j'ai alors arrêté de prendre des notes de manière frénétique. J'imagine peut-être à tort qu'ils me signifiaient qu'avec mon activité de plume, ils ne se sentaient plus libres de s'exprimer. D'autres enfants sont venus m'interpeller avec des jeux, j'ai regardé avec eux ce qu'ils me présentaient. Jamais je ne me suis déplacée, mais il me semble avoir toujours rendu mon espace d'observation accessible à ces derniers.

Au fur et à mesure des temps d'observation, la relation avec la pédopsychiatre pendant les consultations a évolué. Cette dernière a toujours pris de son temps avant et après les consultations pour m'expliquer la situation de l'enfant et de la famille, me faire part de ses interrogations, me faire comprendre les stratégies qu'elle mettait en œuvre pour mener à bien sa pratique de diagnostic. Elle a toujours répondu avec ouverture à mes questions. Au bout de

quelques mois, elle a aussi pu m'interpeller pendant les consultations, prendre le temps de m'expliquer certaines choses, comme si cela permettait de faire entendre autrement les choses aux parents et à l'enfant. Par exemple, lors d'une consultation où sont présentes une préadolescente et sa mère, la pédopsychiatre est fortement interpellée par la qualité des dessins de cette jeune fille. Un peu avant, elle a demandé à la jeune fille si elle a des cahiers d'école à lui montrer. Cette dernière a sorti son cahier de poésie avec des dessins. La mère et la jeune fille semblent banaliser la qualité des dessins. La pédopsychiatre me montre alors plusieurs dessins, me fait participer à cet échange: « N'est-ce pas magnifique ?! »

ii. Les données collectées

D'octobre 2016 à juillet 2017, je me suis rendue (à l'exception des temps de vacances), un après-midi tous les quinze jours à la consultation de diagnostic TDA/H ouverte à cette fréquence. J'ai assisté à 35 consultations : 10 filles et 25 garçons. 20 de ces enfants étaient accompagnés de leur mère seule, 3 de leur père seul et 12 de leur père et mère. 3 enfants étaient âgés entre 3 et 5 ans, 21 entre 6 et 11 ans, 11 entre 12 et 16 ans. Ces tranches d'âge ont été définies par rapport à la norme des niveaux scolaires (3-5 ans = maternelle ; 6-11 ans = primaire ; 12 - 15 ans = collège ; 16 ans et plus = lycée).

Le matériau collecté est constitué des notes prises au cours des consultations. Les échanges n'ont pas été enregistrés. Cependant, les prises de notes offrent un degré de précision suffisant pour permettre, comme nous le ferons dans un premier temps, une description du déroulement des séances, une explicitation et une analyse critique des outils utilisés par la pédopsychiatre pour construire un diagnostic TDA/H. Elles permettent aussi de mettre en lumière la place et le rôle qui est donné par le médecin aux parents et aux enfants dans les décisions à prendre par rapport à ce diagnostic et à cette prescription. Elles ont aussi permis, comme nous le présenterons dans une seconde partie, de dégager cinq grandes formes d'agitation et de différencier les traitements et soins thérapeutiques alors proposés par la pédopsychiatre aux parents et à l'enfant.

b. Diagnostiquer l'agitation : l'approche neurocomportementale

i. **TDA/H et approche organiciste de l'agitation**

La pédopsychiatre, fondatrice de la consultation spécialisée dont il est question ici, a fait son internat et son clinicat au sein d'un hôpital parisien qui défend fermement l'approche organiciste de l'agitation, le diagnostic TDA/H et le traitement médicamenteux. Elle a appris aux côtés d'un des médecins précurseurs dans l'introduction du TDA/H en France.

La pratique professionnelle de cette pédopsychiatre s'inscrit dans la lignée des premières découvertes du neurologue Hohman. En 1922, pendant une épidémie d'encéphalite qui à l'échelle mondiale affecte les enfants, par l'observation de ces derniers, Hohman s'appuie sur la notion d'hyperkinésie pour décrire les comportements de ces enfants et les explique par une augmentation anormale de la rapidité et de l'amplitude des mouvements. Pour soigner cette encéphalite épidémique, un traitement va être découvert : les amphétamines. Par la suite, en 1937, Bradley, outre-Atlantique, va faire le lien entre les séquelles que présentent les enfants touchés par cette encéphalite et ceux présentant des difficultés scolaires associées à un comportement souvent instable. On notera que dès la construction de ce trouble, le trait de caractère d'agitation est attribué aux enfants par rapport à leur relation avec l'institution scolaire. Bradley va dès lors chercher à améliorer le traitement et développer la benzédrine. Les résultats de ce médicament sur les enfants non affectés par l'encéphalite sont, selon leurs enseignants, concluants. Il est important de noter que l'analyse de ces premiers résultats ne prend pas en compte le contexte de soins qui prend en charge ces enfants. L'instabilité s'explique par le biologique. Ces enfants souffrent de lésions cérébrales qui ne peuvent pas être diagnostiquées ni repérées. Cette explication biologique s'appuie sur les effets des psychostimulants, avec l'idée sous-jacente que l'agitation serait due à un déficit de dopamine (Welnarz, 2008 ; 2011).

Par la suite, dans les années 1960, les recherches dans les pays anglo-saxons s'orientent vers l'aspect somatique des troubles. La notion d'hyperkinésie pour caractériser ces enfants va se perdre au profit de la notion d'hyperactivité, la lésion cérébrale n'étant pas trouvée. Cette dernière notion est introduite, en 1964, par Reger qui souhaite rompre avec l'approche neurologique, mais qui aborde toujours ces troubles selon une conception organiciste. Dans cette tentative de rupture, en 1972, Douglas montre à partir de tests psychométriques comment

l'hyperactivité est en lien avec des troubles de l'attention et de l'impulsivité sans que d'autres fonctions cognitives soient atteintes (Lenoble, 2010 ; Welniarz, 2011).

Le terme de Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) est introduit dans le champ médical, en 1987, avec le DSM-III. L'arrivée du DSM-IV va fortement remettre en question la compréhension des troubles mentaux selon une approche psychanalytique de la psychiatrie. Contrairement au DSM-III, le DSM-IV s'appuie sur l'idée de syndromes objectivables et détachables du fonctionnement psychique et non plus sur les conceptions psychanalytiques avec la différenciation ternaire psychose-névrose-perversion. Les nouvelles catégorisations remettent en question le concept de transfert, le symptôme ne se comprenant plus comme déchiffrable à partir du transfert, mais comme une donnée qui peut être comptabilisée (Demailly, 2011 ; Welniarz, 2011 ; Wacjman, 2012).

Néanmoins, au-delà de cet héritage pour comprendre et expliquer l'agitation, dans la pratique observée au cours de 35 consultations, il est apparu qu'une approche par la psychogenèse de la situation n'est pas exclue par la pédopsychiatrie. Dans ces situations, l'agitation de l'enfant est comprise comme une expression visible d'un mal plus profond qui prend racine dans des troubles relationnels précoces, même s'ils ne sont pas nommés si ouvertement par rapport à un cadre théorique psychanalytique.

Cette ouverture à d'autres explications et causes de l'agitation de l'enfant doit se comprendre dans la manière dont le diagnostic TDA/H se pose. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), un TDA/H se caractérise le plus souvent par une triade symptomatique associant l'hyperactivité, l'impulsion et l'inattention. Son diagnostic est clinique, il nécessite un recueil d'informations sur le comportement de l'enfant par différents acteurs : ceux du système scolaire, les enseignants, ceux de l'environnement familial, les parents et l'enfant lui-même. Comme nous l'explique la pédopsychiatre : « Il existe des tests neuropsychologiques d'attention, mais ils permettent juste de confirmer ». C'est à partir d'un faisceau de témoignages et de ce que le médecin peut observer lors de la consultation qu'il est possible de poser un diagnostic TDA/H. Par exemple, la pédopsychiatre plaisantera avec beaucoup de sérieux en expliquant qu'un indice est celui d'un enfant qui passe/cherche à passer de son côté du bureau. Pour poser ce diagnostic TDA/H, la pédopsychiatre va s'atteler à écarter toute autre possible explication de l'agitation de l'enfant.

ii. Diagnostic TDA/H et les échelles de Conners : Une assignation d'un comportement agité à partir d'une évaluation des interactions sociales

En amont de la première rencontre entre la pédopsychiatre, les parents et l'enfant, le secrétariat demande lors de la prise de rendez-vous aux parents et par leur intermédiaire à l'institution scolaire (à l'enseignant en majorité) de remplir un questionnaire nommé : les échelles de Conners. Ces échelles, dans une pratique psychiatrique, visent à mesurer, à partir de la perception des parents et de l'institution scolaire, en quoi le comportement agité de l'enfant perturbe significativement ou non sa vie de tous les jours. À la question d'un enfant sur ce qu'il y a écrit sur le questionnaire, la pédopsychiatre répondra qu'il permet d'avoir un aperçu de son comportement en classe, avec ses camarades. Seules, ces échelles ne permettent pas de poser le diagnostic, mais elles sont un premier recueil de données pour la pédopsychiatre. Elles sont aussi un outil sur lequel cette dernière s'appuie pour expliquer aux parents et aux enfants un possible diagnostic TDA/H : « Dans le questionnaire, pour son enseignant ce n'est pas significatif, c'est même bien en dessous, même dans le vôtre d'ailleurs. »

Dans cette approche neurocomportementale de l'agitation, un diagnostic TDA/H ne peut être posé que par le biais d'un test unique au contraire des échelles de Wechsler qui définissent la précocité, le haut potentiel d'un enfant. Toutefois, l'usage pratique fait des échelles de Conners peut se comprendre comme une première étape à franchir pour poursuivre la possibilité de poser un diagnostic TDA/H. Dans cette même perspective, d'autres tests pour comprendre comment l'enfant « utilise son intelligence », « évaluer sa sociabilité » peuvent être demandés pour affiner le diagnostic.

Dans une pratique psychiatrique, les échelles de Conners sont un outil pour déterminer si le comportement agité de l'enfant a un impact dans sa vie familiale, scolaire et sociale. Dans une analyse critique de cette pratique, l'agitation de l'enfant ne peut pas se comprendre comme une caractéristique qui lui est propre et innée. Elle ne prend sens que dans son inscription sociale. L'enfant dit agité, impulsif ne l'est que parce que ce comportement ne correspond pas à la norme attendue par une institution comme l'école, ou la famille. Le diagnostic TDA/H est alors posé à partir de la relation qui existe entre l'enfant et ses parents, ses pairs, son enseignant, son école, etc.

iii. Diagnostic TDA/H et entretiens parent/enfants : une élaboration avec autrui

Lors de toute consultation, la pédopsychiatre cherche à comprendre les motivations des parents, des enfants et leurs attentes par rapport à cette consultation. Les toutes premières questions de la pédopsychiatre sont similaires à celle-ci : « De quoi avez-vous besoin ? ». Au-delà de prescriptions de traitements et de recommandations de soin, les parents viennent chercher auprès de cette consultation un discours médical explicatif et apaisant par rapport aux comportements qu'ils observent de l'enfant : « violence », « agressivité », « anxiété », ou qui leur a été pointé par l'école « inattention », « agitation ».

Parents et enfants sont généralement entendus ensemble : « Je vais parler avec papa et maman, mais s'ils se trompent, tu le dis ! » (dit la pédopsychiatre lors d'une consultation). Cependant, certaines fois, les parents sont invités à quitter le cabinet pour que la pédopsychiatre s'entretienne seule avec l'enfant. Dans certaines de ces situations, nous avons noté une tendance des parents à monopoliser la parole. Ce sont aussi des situations où les parents expriment des attentes fortes par rapport à la réussite scolaire de leur enfant. Dans d'autres situations, la tension entre enfants et parents est palpable dès les premiers échanges. Par exemple, lors de la consultation de Kevin, 14 ans. Les premiers échanges seront autour du conflit entre la mère et le jeune, qui reproche à sa mère de le mettre devant le fait accompli :

Kevin : Elle ne me l'a dit que ce matin, que l'on venait !

Mère : Ça fait quelques jours que l'on en parle.

Kevin : Non, c'était : « Surprise ! »

Mère : Je t'ai pas dit que c'était une surprise !

Pédopsychiatre : Je discute avec Maman, tu entends ce qu'on se raconte et après on se voit en tête-à-tête.

Tout au long de ces entretiens, parents et enfants sont positionnés en tant qu'acteurs. La pédopsychiatre n'impose pas de décision sur la question du traitement et des soins thérapeutiques possibles. Ces entretiens doivent permettre d'exposer un avis éclairé de médecin par rapport à un possible diagnostic TDA/H, et de présenter les traitements et soins possibles, ainsi que les bénéfices et risques de ces derniers. Les parents sont alors ceux qui décident des démarches qu'ils veulent poursuivre. Par exemple, quand un diagnostic TDA/H est posé, le

traitement médicamenteux est proposé comme une option, mais les parents doivent le demander pour que celui-ci soit alors prescrit. « Moi je pense que vous pouvez penser au médicament, mais il faut que vous regardiez. Ça améliore très nettement les difficultés attentionnelles, mais ça peut avoir des effets secondaires ». La pédopsychiatre n'attend pas que les parents se soumettent passivement à ses prescriptions. Une mère : « Moi j'aurais voulu utiliser autre chose avant les médicaments » ; la pédopsychiatre répond : « Oui, comme ça vous savez que vous avez tout essayé. » Elle se positionne dans un rôle d'accompagnement qui doit amener les parents à élaborer le projet qu'il souhaite pour leur enfant.

iv. Examen clinique de l'enfant : appui du biologique pour soutenir le diagnostic

Lors de la consultation, en particulier quand il s'agit de la première, il est demandé d'amener le carnet de santé. Tout au long de la consultation, la pédopsychiatre recueille des informations sur la naissance, la petite enfance, le physique), le poids, la taille, l'appétit, le sommeil), les capacités cognitivo-motrices (l'acquisition du langage, de la marche), et l'historique familial. L'ensemble de ces données participent à l'élaboration du diagnostic. Par exemple, la pédopsychiatre a pu m'expliquer qu'elle demandait souvent aux enfants s'ils savaient faire leurs lacets quand elle suspectait un possible trouble autistique. Ces informations médicales sont utilisées comme des preuves qui confortent la pédopsychiatre dans une position d'experte. Ses connaissances psychobiologiques lui permettent de soutenir d'un point de vue psychiatrique la pertinence du diagnostic : « Moi, je pense qu'il a un TDA/H. L'expérience que vous me racontez, ce que je vois ici... Ce qui est intéressant et qui va dans ce sens-là, c'est l'anémie. »

Exemple d'échange pour le recueil d'informations lors de l'examen clinique

Pédopsychiatre : On va revenir quand il était petit.

Père : À la naissance, prématuré. La maman a été alitée avant l'accouchement pendant deux mois, deux mois et demi. Ils sont restés pour les soins pendant quatre jours, ils sont rentrés tous les deux. Il avait des problèmes gastriques avec beaucoup de médicaments et des problèmes en bas du dos, qui nous ont fait peur. Il y a eu un psychomotricien. À l'âge de 3 ans, on a eu la confirmation qu'il n'y avait pas de problème à ce niveau. Depuis l'âge de trois, pas de problème.

Pédopsychiatre : Tu manges de tout ?

Tim : Même quand j'aime pas, je me force. Même vendredi, je vais aller à la cantine.

Père : C'est nouveau. Tim est impatient. Il a eu des pleurs pré-nocturnes. Il a été debout à 12 mois et il a marché à 14 mois

Pédopsychiatre : Tu fais du vélo ?

Tim : Oui.

Pédopsychiatre : Sans stabilisateur ?

Tim : Oui.

Pédopsychiatre : Tu sais faire tes lacets ?

Tim : Oui.

Père : À peu près.

Pédopsychiatre : Ton écriture, la maitresse, elle en dit quoi ?

Tim : Oui, ça va.

Père : Il prend des cours de dessin depuis quatre ans.

Tim : et je fais de la piscine aussi, et c'est aujourd'hui à 17h.

Pédopsychiatre : et sur l'acquisition de la propreté.

Père : Ça s'est fait rapidement, le jour de la rentrée c'était bon.

Pédopsychiatre : et pour le langage.

Père : Je ne me souviens pas bien, mais on a toujours trouvé qu'il s'exprimait plutôt pas mal.

Pédopsychiatre : La lecture ?

Tim : Quand j'avais 6 ans, des vrais livres.

Pédopsychiatre : De tempérament vous le décririez comment ?

Père : Plutôt enjoué en général, un peu taquin et fortement émotif.

Tim : Moi, je ne sais pas !

Pédopsychiatre : Il a de l'humour !

Pédopsychiatre : Comment vous décririez les crises ?

Père : (...)

Tim : Non, je ne me jette pas par terre, je pleure.

Père : Si la tension monte, il a du mal à s'exprimer. Ce n'est que verbal, pas d'agressivité.

c. Cinq formes et profils d'enfants d'agités

Tout au long de la consultation, la pédopsychiatre recueille un ensemble d'informations qui par leur accumulation doivent permettre de poser ou non un diagnostic de TDA/H. Dans cette démarche, si le cadre théorique sur lequel se construit la pratique de cette dernière est organiciste, neurocomportemental, une approche psychodynamique n'est dans certaines situations pas complètement exclue. Le diagnostic TDA/H étant clinique, il se pose par élimination d'autres troubles explicatifs de l'agitation et de l'inattention de l'enfant. À partir de ce constat, et de nos observations, il a été possible d'identifier cinq formes d'agitation qui guident la pratique de la pédopsychiatre : l'agitation TDA/H « classique », « simple », l'agitation TDA/H avec d'autres troubles associés, l'agitation TDA/H « modérée », l'agitation expliquée par un « terrain familial », l'agitation expliquée par d'autres troubles cognitifs. La

proposition de soins et de traitements varie alors en fonction de la forme d'agitation. Pour mieux présenter les caractéristiques de chaque de ces formes, nous prendrons appui sur les situations des enfants rencontrés lors des consultations. Un tableau récapitulatif est présenté ci-dessous.

i. L'agitation TDA/H « classique », « simple » : Aaron

Aaron est un garçon de 9 ans, est classe de CM1. Il a un frère. Lors de la consultation, sont présents : sa mère et lui-même. Le rendez-vous a été pris après que les parents soient convoqués par l'école. L'enseignante a expliqué qu'Aaron « regarde par la fenêtre », « est impatient », « ne veut pas trop faire », « est très réfractaire ». La mère argumente que ce type de comportement n'est pas nouveau, qu'il était déjà ainsi à la maternelle, même avec la nounou à qui : « *il a fait vivre un petit cauchemar* ». À la maison, il est décrit comme un garçon agité, qui « *s'il a décidé, ce ne sera pas autre chose* ». Des problèmes d'inattention sont soulevés, par exemple : « il perd ses affaires ». Lors de l'examen clinique, il est mis en évidence un sommeil difficile. La mère détaille qu'Aaron a déjà pu s'endormir à l'école. Suite à cet évènement, un manque de fer a été repéré. Ce que la pédopsychiatre reprendra comme un élément dans le sens d'un diagnostic TDA/H.

Elle posera assez simplement le diagnostic sans test supplémentaire : « *De ce que vous me dites, de ce que j'ai pu lire (à partir des échelles de Conners), il y a des éléments qui sont en faveur du trouble de l'hyperactivité. La dyslexie et la dysorthographe sont souvent associées au trouble attentionnel. Là, on voit, il arrive à se contrôler, mais il faut que ça bouge. Ce n'est pas qu'il est mal élevé, mais il ne peut pas faire autrement* ».

Dans ces situations, où un diagnostic TDA/H « classique » est posé, la pédopsychiatre n'impose pas la prescription médicamenteuse. Elle explique cette possibilité de soin comme « *n'étant pas dénuée de bon sens* », « *comme quelque chose d'envisageable* ». Elle argumente en faveur d'un aménagement du cadre scolaire. Elle mentionne aussi souvent un guide fait par des docteurs qui s'adresse spécifiquement aux enseignants. Elle invite aussi les parents, à se renseigner des possibilités d'une prise en charge pour eux par le biais de groupes parents dans un objectif de soutien à la parentalité.

	Description de l'enfant pendant l'entretien parents / enfant	Examen clinique	Échelles de Conners	Échelle de WECHSLER et autres tests	Proposition de soins
Agitation TDA/H « classique »	<ul style="list-style-type: none"> - Inattention - Impatient - Réfractaire - Agité 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles du sommeil : problème d'endormissement et au réveil. Forte fatigue dans la journée - Anémie - Troubles « dys » (dyslexie, dyscalculie, dysorthographe) 	<ul style="list-style-type: none"> - Impact significatif dans l'environnement familial - Impact significatif dans l'environnement scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas toujours nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement médicamenteux - Aménagement de la scolarité - Thérapie cognitive-comportementale - Soutien à la parentalité
Agitation TDA/H « petit » « modéré »	<ul style="list-style-type: none"> - Conflit avec l'école - Pas de posture d'élève - Relation aux autres compliqués - Inattention due à l'impulsivité 	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble du sommeil possible 	<ul style="list-style-type: none"> - Impact à la limite du significatif 	<ul style="list-style-type: none"> - Intelligence hétérogène 	<ul style="list-style-type: none"> - Remédiation cognitive - Relaxation - Soutien parental : interventionniste et comportementale
Agitation TDA/H et troubles associés	<ul style="list-style-type: none"> - Relation aux autres compliqués - Agité 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles envahissant du développement - Trouble du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> - Impact à la limite du significatif 	<ul style="list-style-type: none"> - Précocité 	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement médicamenteux - Aménagement de la scolarité - Thérapie cognitive-comportementale
Agitation TDA/H et « terrain familial »	<ul style="list-style-type: none"> - Agitation à l'école - Grand stress / pression par rapport à l'école - Relation conflictuelle avec les membres de la fratrie - Difficulté dans la dynamique familiale 	<ul style="list-style-type: none"> - Stress - Anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas nécessairement significatives 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la dimension affective 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi psychodynamique
Agitation autres troubles	<ul style="list-style-type: none"> - Stress à l'école - Relation aux autres compliqués - Souci de bien faire 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Trouble du sommeil (cauchemars) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas significatives 		<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie cognitive et comportementale - Relaxation

ii. L'agitation TDA/H avec d'autres troubles associés : Stefano

Stefano est un garçon de 9 ans, il a un frère jumeau. Il est en classe de CM1. Le diagnostic de TDA/H a déjà été posé par une neuropsychiatre qui a fait une prescription médicamenteuse de Ritaline®. À la suite des résultats des échelles de Wechsler, Stefano est décrit par sa mère comme « précoce ». Les parents ont pris rendez-vous pour cette consultation parce que d'après la mère (présente sans le père) ils se sentent « perdus devant tous les troubles que présente leur enfant ».

Lors de l'entretien parents/enfant, il est mis en avant que malgré le traitement médicamenteux, Stefano est encore un peu agité : « il fait des colères », « il se traîne par terre ». En revanche, par rapport au trouble de l'attention, les résultats sont positifs. L'école a mis en place des enseignements différenciés. Lors de cet entretien, la pédopsychiatre valorise la présence des parents auprès de leur enfant et décrit la mère comme « la base de sécurité », recourant alors à des références de la théorie de l'attachement.

Lors de l'examen clinique, il est mis en avant des problèmes de graphie dans l'écriture. Le sommeil est décrit comme compliqué même si la prise de mélatonine a permis de le réguler. Le développement du langage a été une des premières préoccupations : « il mâchait ses mots », explique la mère. Sur la question des interactions sociales, elle détaille : « il a toujours des problèmes avec quelqu'un », « il est, ou il se sent victime ».

Quand il s'agit de confirmer le diagnostic TDA/H, la pédopsychiatre ne le remet pas en cause, toutefois elle met aussi en avant la présence d'autres troubles en lien avec l'agitation comme des troubles envahissants du développement. Elle argumente à partir du vocable « d'atypicité » du comportement. D'après cette dernière, Stefano est « à la frontière, au croisement du TDA/H et du TED ».

Dans ces situations, le traitement médicamenteux est décrit comme « indiqué ». D'autres prises en charge sont aussi envisagées comme des suivis psychologiques et orthophoniques pour « travailler sur les habilités sociales » de l'enfant, par exemple pour « apprendre à se mettre à la place d'autrui ».

iii. L'agitation TDA/H « modéré », « petit » : Joachim

J'ai rencontré Joachim et ses parents à deux reprises. Ils sont venus une première fois à la consultation en février 2017 et une seconde fois en Juillet 2017, après la réalisation de tests attentionnels et des échelles de Wechsler. Joachim est un garçon âgé de 10 ans. Il est l'aîné d'une fratrie de trois. Il est en classe de CM1 et passera à la rentrée 2017-2018 en CM2. Son père et sa mère sont venus à la consultation eu égard à des relations conflictuelles avec la maitresse. Cette dernière leur a décrit Joachim comme un garçon qui « se lève beaucoup en classe ». Elle a exprimé une crainte par rapport à ce comportement et la poursuite d'une scolarité au collège. Elle a argumenté « qu'il n'arrive pas à rester dans le cadre de la classe ».

Lors de l'examen clinique, rien n'est mis en avant, mis à part ce que la pédopsychiatre nomme : « un sommeil un peu lent ». Elle explique que ces difficultés d'endormissement sont souvent rencontrées par des enfants avec un « petit TDA/H ». Lors de l'entretien parents/enfant, Joachim est décrit par ses parents comme ayant un comportement « dominant », « écrasant », un enfant « faisant ses propres règles ». Les résultats scolaires sont jugés « plutôt bons ». Il est mis en avant par les parents des difficultés pour Joachim à « avoir des amis ». Par exemple, la mère s'inquiète beaucoup qu'il ne soit pas invité aux gouters d'anniversaire. Par rapport aux tests complémentaires qui ont été demandés, la pédopsychiatre explique : « Il perd des points du fait de son impulsivité et non pas du fait de son intelligence. »

Dans cette situation de « petit TDA/H », qui a dans d'autres cas été qualifiée de « modéré », la prescription médicamenteuse n'est pas mentionnée. Dans la situation de Joachim, la pédopsychiatre insiste sur l'importance de travailler « l'estime de soi », pour lui permettre de « reprendre confiance en lui ». La remédiation cognitive avec par exemple des logiciels pour la maison est présentée comme un bon soutien.

Par ailleurs, les parents sont aussi encouragés à participer à des formes de prise en charge qui leur sont adressées comme des groupes parents en CMP. D'après la pédopsychiatre, il est souvent nécessaire de « réapprendre aux parents de faire des demandes à l'enfant ».

Dans ces situations d'agitation « TDA/H modéré », l'aspect inattentionnel de l'enfant est souvent mis en exergue du fait de son impulsivité. La proposition de soin s'inscrit dans une approche interventionniste et comportementale aussi bien pour les parents que pour l'enfant.

La pédopsychiatre peut délivrer directement des conseils aux parents sur la manière d'interagir avec leur enfant. Par exemple, à plusieurs reprises il a pu être recommandé l'achat d'un ballon pour Pilates où l'enfant peut s'asseoir pour faire ces devoirs. Elle recommande aussi aux parents de rejoindre des groupes parents. Cette prescription s'apparente à du soutien à la parentalité. Il s'agit de mieux éclairer les parents sur leurs tâches comme éducateurs et de rechercher des solutions fonctionnelles par rapport au comportement de leur enfant, et surtout de mettre à mal le sentiment de dévalorisation en renforçant celui de leur compétence.

Pour les enfants, des thérapies cognitivo-comportementales avec des exercices de remédiation cognitive sont conseillées pour « travailler sur les habilités sociales » de l'enfant. L'idée sous-jacente est de permettre à l'enfant « d'acquérir de nouvelles stratégies pour le travail et dans ses interactions avec ses pairs ». Des séances de relaxation sont aussi présentées comme un soin possible.

iv. L'agitation expliquée par un « terrain familial » : Jean et Hakim

Comme nous l'avons dit, l'approche théorique de la consultation spécialisée est neurocomportementale. Néanmoins, lors de l'entretien parents/enfants, si les cadres de pensée psychodynamiques ne sont pas mobilisés et l'agitation de l'enfant n'est pas comprise comme un symptôme, cette dernière peut être expliquée à partir de la dynamique familiale et de l'économie psychique de l'enfant. Pour étayer nos propos, nous prendrons appui ici sur deux situations, celles de Jean 14 ans et de Malik, 11 ans. Dans la première situation, l'enfant est sous Ritaline[®], cette prise en charge médicamenteuse questionne beaucoup la pédopsychiatre. Dans la seconde, cette dernière n'est pas favorable à une prise en charge médicamenteuse. Elle argumente en faveur de soins thérapeutiques avec une approche psychodynamique.

Jean est un garçon de 14 ans, il est en troisième. Il est suivi par la pédopsychiatre depuis son entrée en sixième. La première prescription médicamenteuse a été faite quand il était en CP, par un autre pédopsychiatre. Lors de la consultation de suivi à laquelle j'assiste, la pédopsychiatre cherche à faire entendre à l'enfant et à sa mère qui l'accompagne qu'elle met en doute la pertinence du médicament. Au niveau du développement physique de l'enfant, elle expose ses inquiétudes sur son poids et sa taille (effets secondaires possibles du méthylphénidate) : « Moi, je ne prends pas le risque d'avoir un impact sur sa croissance. » Lors

des suivis de consultation, la pédopsychiatre est amenée régulièrement, mais pas systématiquement à peser et mesurer l'enfant.

Elle exprime une possible dépendance psychologique de l'enfant au méthylphénidate : « Je m'interroge sur le fait que cela t'aide vraiment. C'est comme une béquille psychologique et non pas médicamenteuse. Après c'est un choix..., il ne peut pas être sous Ritaline® toute sa vie. » En fin de journée, en reprenant avec la pédopsychiatre les consultations de l'après-midi, elle m'explique qu'elle ne pense pas que son collègue aurait dû faire une prescription médicamenteuse. D'après elle, la situation familiale est complexe, en particulier par rapport à la relation avec le père. Dans la situation de Jean, la pédopsychiatre présente l'agitation de l'enfant n'ont pas nécessairement comme un trouble neurocomportemental, mais en lien avec la dynamique de la relation familiale, tout du moins cette piste d'après elle aurait mérité d'être explorée.

La situation de Hakim permet d'aller plus loin dans cette compréhension de l'agitation par ce que la pédopsychiatre peut nommer « le terrain familial ». J'assiste à la consultation de Hakim en avril 2017. Il vient pour la première fois au cabinet. Il est accompagné de sa mère. Hakim a une petite sœur de 5 ans. Le rendez-vous a été pris parce que la mère décrit « une année difficile surtout à l'école ». Lors de l'examen clinique, aucune difficulté particulière n'est soulevée. Hakim ne présente ni de troubles cognitifs ni alimentaires ni de sommeil. Il s'endort et dort facilement, l'enfant précise qu'il peut être « fatigué qu'en arrive midi ». La mère le décrit comme un garçon « très agité » dès sa naissance. Lors des échanges avec la pédopsychiatre, la sémantique, de la mère pour parler de la situation en particulier scolaire d'Hakim, est majoritairement négative : « Il ment », « avec son père on lui demande de bien travailler, mais ça il n'y arrive pas » « il cache tout le temps quand il n'a pas compris et on perd du temps ». La pression familiale par rapport à la réussite scolaire semble forte.

Dans cette situation, la pédopsychiatre demande à la mère de sortir du cabinet pour pouvoir échanger seule avec Hakim. Lors de cet entretien, Hakim exprime de la tristesse et de la colère en particulier par rapport à ce qui lui apparaît comme un traitement inégal entre lui et sa sœur : « quand je vois ma mère faire des câlins à ma sœur, et moi je n'y ai pas droit », « ma mère elle s'en fiche de mes amis ». Au retour de la mère, la pédopsychiatre mettra en avant le besoin de parler d'Hakim : « il a plein de choses à dire », « il a besoin d'un espace à lui ». Elle

ne se prononcera pas pour un diagnostic TDA/H, mais expliquera l'agitation comme une réponse au stress en particulier par rapport à l'école.

Dans ces situations, la proposition de soins n'est pas médicamenteuse. La recommandation est un suivi thérapeutique avec une approche psychodynamique en CMP ou dans un cabinet en libéral pour permettre à l'enfant de s'exprimer et de se sentir écouté. Il est mis en avant par la pédopsychiatre l'importance d'« explorer la dimension affective ».

v. L'agitation expliquée par d'autres troubles cognitifs : Tim

Tim est un garçon de 11 ans, fils unique. Il est en CM1. Lors de cette première visite à la consultation, il est accompagné de son père. Les parents ont pris rendez-vous après les recommandations du médecin traitant de famille et aussi sous l'impulsion de l'école, qui a noté un « manque d'attention ». Cependant, la préoccupation première des parents, ce sont des tics à l'œil. Les échelles de Conners, aussi bien celles des parents que celles de l'enseignante, ne sont pas significatives.

Lors de l'examen clinique, il est noté des problèmes gastriques à la naissance de Tim. Au niveau de son développement cognitif et moteur, rien d'atypique n'est mis en avant. Il est soulevé, par le père, des problèmes de sommeil, que Tim présente comme une appréhension de s'endormir du fait de cauchemars. Les interactions sociales en particuliers avec ses pairs sont décrites comme compliquées. D'après le père : « Il se victimise, la faute vient des autres et pas de lui ». Le père parle beaucoup de ses préoccupations par rapport à la scolarité de son fils. Tim a été harcelé à l'école l'année dernière, il en a changé cette année. Les parents ont mis en place deux suivis extrascolaires pour « compenser le bas niveau scolaire ». Tim est décrit par son père comme émotif.

La pédopsychiatre demande au père de sortir pour s'entretenir seul avec l'enfant. Lors de cet échange, elle le questionne beaucoup sur ses interactions avec ses pairs et ses activités sportives. D'après la pédopsychiatre il peut avoir de « bonnes relations sociales ». La pédopsychiatre ne posera pas de diagnostic TDA/H. Elle soulignera au père, l'intelligence de son fils et le décrira comme « tendu », « stressé », « soucieux ». D'après elle, Tim présente des troubles anxieux.

Dans ces situations, l'agitation est reléguée au second plan du comportement de l'enfant, la pédopsychiatre met plus particulièrement en exergue l'anxiété de l'enfant. Ses recommandations de soin sont de la relaxation ainsi que des thérapies cognitivo-comportementales.

Pour conclure

Parmi les professionnels du champ de la santé mentale, il est souvent mis en avant une forte opposition entre les tenants d'une approche psychodynamique et ceux s'appuyant plus sur des connaissances développées par la neurologie et les théories comportementalistes. Les premiers dont les fondements théoriques psychanalytiques sont remis en cause cherchent à conserver la dominance de leur discours. Les seconds quant à eux cherchent à imposer et légitimer une approche à laquelle les professionnels de soin français ont longtemps résisté. L'agitation est un parfait fer de lance pour cette opposition. Dans les discours officiels (écrits, séminaires), chacun revendique la légitimité de son approche pour expliquer et/ou comprendre l'agitation. Toutefois, ce qui apparaît à la suite de cette étude est que ces approches sont en partie complémentaires et bien souvent hybridées.

Par ailleurs, si des vocables communs permettent de décrire ces enfants agités, il semble toutefois se dégager de multiples profils d'enfants et de parents et des formes d'agitation différentes, auxquels répond une palette de soins elle aussi très diversifiée. Même dans une consultation spécialisée, avec une approche neurocomportementale, le traitement médicamenteux n'est pas toujours la première intention de soin. Selon l'enfant et ses parents, il peut être proposé des suivis aussi bien psychothérapeutiques que cognitivo-comportementaux. De plus les offres de soin ne s'adressent pas uniquement à l'enfant, mais aussi aux parents et aux enseignants.

Comme nous allons le voir dans la troisième et dernière partie de ce rapport, ces différents profils d'enfants agités sont à la fois la cause et la conséquence de la variété de leurs trajectoires sociales. L'une de nos hypothèses est en effet que les comportements de l'enfant sont à la fois produits et interprétés par des processus sociaux qui font diverger les expériences vécues dans les différents milieux sociaux, en fonction d'un grand nombre de caractéristiques différentes.

PARTIE III Enfants agités, familles bouleversées. La production sociale de parcours différenciés

A. Méthodologie et réflexivité dans l'analyse des trajectoires familiales

Notre protocole d'enquête a été construit de manière à faire varier les rapports des familles aux diagnostics et aux centres de soin, comme le montre le tableau ci-dessous.

Nous proposons pour introduire cette troisième et dernière partie de réfléchir à ce que nous apprennent nos choix méthodologiques et la manière dont ils ont produit des dynamiques d'enquête en partie indépendantes de notre volonté initiale.

Tableau synthétique des entretiens effectués auprès des familles

	Contact via...	Prénom enfant anonymisé	Nom enfant anonymisé	Sexe	Âge (lors de l'entretien)	1er contact avec...	Entretiens	Enquêteur
1	CATTP Paris Sud (pédopsychiatre)	Julien	Rivoli	M	10	La mère et le père	Mère (à domicile) puis père (dans un café)	AB
2	CATTP Paris Sud (pédopsychiatre)	Sylvain	Cavert	M	12	La mère	Mère (à domicile)	AB
3	CATTP Paris Sud (pédopsychiatre)	Valentin	Steinmetz	M	10	La mère et le père	Mère (dans un square) puis père (à domicile)	AB
4	CMP Nord	Evan	Goetz	M	7	La mère	Mère	CB
5	CMP Nord	Yoann	Bounta	M	8	La mère	Mère	CB
6	CMP Paris Sud (pédopsychiatre)	Isaac	Gueye	M	10	La mère	Mère (centre de soins)	AB
7	CMP Paris Sud (pédopsychiatre)	Romain	Konaté	M	11	La mère	Mère (bureau chercheuse)	AB
8	CMP Paris Sud (pédopsychiatre)	Zakaria	Traoré	M	10	La mère	Mère (centre de soins)	AB
9	HDJ Paris Sud (téléphone)	Coly	Diallo	M	13	Le père	Père (à domicile, non enregistré)	JSE
10	HDJ Paris Sud (téléphone)	Dylan	Sankahré	M	15	Le père	Père (domicile chercheur, non enregistré)	JSE
11	HDJ Paris Sud (téléphone)	Félix	Ndiaye	M	15	La mère	Mère (à domicile)	JSE
12	HDJ Paris Sud (téléphone)	Idriss	Kharmaz	M	6	Le père	Père (dans un café)	JSE

13	HDJ Paris Sud (téléphone)	Louis	Markov	M	5	La mère	Mère puis père (à domicile)	JSE
14	HDJ Paris Sud (téléphone)	Samba	Sy	M	9	La mère	Mère (à domicile)	JSE
15	HyperSupers NPDC (mail)	Eric	Sibierski	M	9	La mère	Mère (au travail)	JSE
16	HyperSupers NPDC (mail)	Eudoxie, Pierre-Louis, Arthur, Edwige	Benoist	F, M, F	21, 16, 13	La mère	Mère (bureau chercheur)	JSE
17	HyperSupers NPDC (mail)	Mathurin	Picavet	M	13	La mère	Mère	NG
18	HyperSupers NPDC (mail)	Oscar	Truandier	M	15	Le père	Père (à domicile)	NG
19	HyperSupers NPDC (mail)	Rachel, Stacy	Friedenwahl	F, F	17, 16	La mère	Mère (bureau chercheur) puis enfant concernée (par skype)	JSE
20	HyperSupers NPDC (mail)	Raphaël	Fortin	M	8	La grand- mère	Grand-mère	NG
21	HyperSupers NPDC (mail)	Valérian	Bizet	M, F	15, 8	La mère	Mère (bureau chercheuse)	NG
22	HyperSupers Paris (mail)	Adam	Duez	M	20	La mère	Mère	SV
23	HyperSupers Paris (mail)	Alexandre	Pasteur	M	13	La mère	Mère	MF
24	HyperSupers Paris (mail)	Annabelle	Pelisse	F	7	La mère	Mère	SV
25	HyperSupers Paris (mail)	Antonin	Paquet	M	7	La mère	Mère (au travail)	JSE

26	HyperSupers Paris (mail)	Arnaud	Chardon de la Live	M	14	La mère	Parents (à domicile)	MP
27	HyperSupers Paris (mail)	Arthur	Doyle	M	11	La mère	Mère	MP
28	HyperSupers Paris (mail)	Ashna	Patil	F	13	La mère	Mère (à domicile)	JSE
29	HyperSupers Paris (mail)	Clément	Brethun	M	15	La mère	Mère puis sœur puis père (à domicile)	JSE
30	HyperSupers Paris (mail)	David	Parmentier	M	12	La mère	Mère	MP
31	HyperSupers Paris (mail)	Elias	Benayoun	M	11	La mère	Mère	MP
32	HyperSupers Paris (mail)	Emmanuel	Planque	M	8	Le père	Père	MF
33	HyperSupers Paris (mail)	Ethan	Valluy	M	13	La mère	Mère	SM
34	HyperSupers Paris (mail)	Étienne	de Larsenal	M	11	La mère	Parents (au travail)	JSE
35	HyperSupers Paris (mail)	Fabrice	Luchet	M	14	La mère	Mère	SV
36	HyperSupers Paris (mail)	Hans	Mulet	M	10	Le père	Parents	SV
37	HyperSupers Paris (mail)	Henri	Guéret	M	15	La mère	Mère (dans un café)	JSE
38	HyperSupers Paris (mail)	Jordi, Alan	Letablier	M, M	10, 15	La mère	Mère	SV
39	HyperSupers Paris (mail)	Joris	Bilasse	M	13	La mère	Mère avec l'enfant concerné (à domicile) puis sœur (à domicile), puis père (dans un café), puis tante maternelle (par téléphone)	AB

40	HyperSupers Paris (mail)	Lucien	Mistral	M	11	La mère	Mère	MF
41	HyperSupers Paris (mail)	Nathan	Favre	M	17	La mère	Mère et enfant concerné (à domicile)	AB
42	HyperSupers Paris (mail)	Nino	Citard	M	17	Le père	Parents (à domicile) puis tante (par téléphone) puis oncle paternel (dans un café)	AB
43	HyperSupers Paris (mail)	Pauline	Berisha	F	20	La mère	Mère puis fille (à domicile)	MF
44	HyperSupers Paris (mail)	Renaud	Cadet	M	12	La mère	Mère	SV
45	HyperSupers Paris (mail)	Simon	Vrancken	M	17	La mère	Mère	MF
46	HyperSupers Paris (mail)	Stan	Gernod	M	9	La mère	Mère	SV
47	HyperSupers Paris (mail)	Théodore	Pernod	M	9	La mère	Mère	MP
48	HyperSupers Paris (mail)	Thomas	Kaufmann	M	10	La mère	Mère (à domicile)	AB
49	HyperSupers Paris (mail)	Timothée	Spitz	M	9	La mère	Mère (bureau chercheur)	JSE
50	MPDH Paris (courrier)	Brahim	Zantoni	M	12	Le père	Père (à domicile)	AB
51	MPDH Paris (courrier)	Jason	Sow	M	16	La mère	Mère et enfant concerné (à domicile)	AB
52	MPDH Paris (courrier)	Jean	Matel	M	13	La mère	Mère (bureau chercheuse)	AB
53	MPDH Paris (courrier)	Steven	Ngassam	M	15	La mère	Mère (à domicile)	AB
54	MPDH Paris (courrier)	Sydney	Kaluba	M	10	La mère	Mère (bureau chercheuse)	AB
55	Nord (téléphone)	Tom	Saelens	M	9	La mère	Six entretiens avec la mère (à domicile)	VS
56	Nord (téléphone)	Hugo	Struelens	M	6	La mère	Mère (à domicile)	VS

57	Structure Ecole/soins Paris Sud (enseignante)	Chadia	Bellaïd	F	6	La grand- mère	Grand-mère (centre de soins)	AB
58	Structure Ecole/soins Paris Sud (enseignante)	Inès	Chamakh	F	6	La mère	Mère (centre de soins)	AB
59	Structure Ecole/soins Paris Sud (pédopsychiatre)	Kadidja	Fall	F	6	La mère	Mère (centre de soins, non enregistré)	AB

a. Une pluralité d'entrées pour rendre compte de la diversité des parcours familiaux

Si nous avons essayé de choisir nos enquêtés de manière à accéder à une diversité de situations et de parcours, il nous faut également prendre en compte les manières dont nos enquêtés nous ont choisis, dont ils ont plus ou moins investi notre enquête en nous permettant d'accéder à une vue nulle, limitée ou au contraire élargie de leurs points de vue, de leurs pratiques, de leurs hésitations et de leurs décisions. Nous allons dans un premier temps présenter nos différents canaux d'enquête en maintenant ce double axe d'analyse lié aux « choix » des enquêtés.

Une partie des familles rencontrées a été contactée via l'association HyperSupers TDA/H France, à travers leurs contacts dans les départements de Paris et du Nord. Il s'agit de familles dont une personne au moins a adhéré au diagnostic de TDA/H obtenu pour l'un des enfants de la famille au moins. Il s'agit globalement de familles socialement favorisées, voire appartenant nettement aux classes supérieures, même si la composition sociale des familles rencontrées est moins homogène dans le Nord (voir le tableau ci-dessus). Pour ces familles, répondre positivement à notre demande d'entretien (par courrier envoyé par mail, sans contact direct) s'inscrit dans la continuité de leur mobilisation autour de leur enfant et vise pour la plupart à témoigner du parcours du combattant traversé pour accéder au diagnostic de TDA/H, à militer pour la reconnaissance de ce trouble encore controversé, à se justifier par rapport à des jugements potentiels comme celui de mal éduquer leur enfant ou de recourir à un médicament dont l'utilisation pour des enfants est souvent mal perçue par l'entourage et la société française en général.

Les familles rencontrées via les centres de soin accueillant au moins un de leurs enfants sont plus diverses d'un point de vue socio-économique. Une majorité d'entre elles appartiennent aux classes populaires, plus ou moins stabilisées, mais une proportion non négligeable provient de milieux moins défavorisés, voire favorisés. Si l'on entre dans les détails, les caractéristiques sociales des familles varient d'un centre de soins à l'autre. L'exemple des familles contactées via le CATTP des quartiers Sud de Paris est révélateur. Les pédopsychiatres du service ont accepté de transmettre notre demande aux parents dont les enfants étaient en fin de prise en charge et de nous transmettre les coordonnées de ceux qui seraient d'accord. Alors que la majorité des enfants pris en charge sont issus des classes populaires, avec des parents souvent

immigrés d'origine africaine, les coordonnées qu'elles nous ont finalement transmises sont celles des trois enfants blancs, de parents ayant fait des études supérieures, enseignants ou artistes. Les trois familles ont très volontiers investi notre enquête et se sont prêtées au jeu d'entretiens approfondis. Cet intérêt confirme que le choix de cette prise en charge psychodynamique, pour ces parents de milieu favorisé, est en grande partie un choix positif, ce que les entretiens permettront de creuser. En creux, cela nous laisse supposer que les rapports sont plus compliqués, plus distants, entre les familles de classes populaires et ce centre, même si une enquête sociologique est de manière générale plus facilement investie par les familles de milieu favorisé, en particulier par celles qui disposent d'un capital culturel élevé.

En dehors de ce cas particulier, des familles de milieu défavorisé ont pu être rencontrées par divers lieux et moyens, notamment dans les quartiers Sud de Paris, où sont situées les structures décrites ci-dessous :

- Dans un hôpital de jour, l'observation participante longue des chercheurs dans le centre a permis de connaître certains enfants et de prendre directement contact avec les parents, ce qui permet de présenter la démarche d'enquête, de se démarquer du centre de soins et de convaincre des parents potentiellement distants ou méfiants.
- Dans un CMP, la pédopsychiatre a parlé de notre enquête à des parents dont l'enfant était pris en charge de longue date, ce qui a permis de mener plusieurs entretiens avec des familles immigrées et appartenant aux classes populaires.
- Dans une structure psycho-éducative, tentant de faire le lien entre l'Éducation Nationale et les soins psychiatriques, la composition mixte de l'équipe (soignants et personnels de l'Éducation Nationale) a facilité la prise de contact par le biais de la personne avec qui les parents avaient noué les liens les plus étroits (le plus souvent l'enseignante).

En passant par ces trois lieux, nous avons éprouvé des réactions très différentes à notre enquête, qui sont révélatrices de différents rapports à ces centres de soins :

- D'un côté, des familles investissant l'enquête, acceptant de recevoir l'enquêteur chez elles ou de se déplacer, souvent en recherche de soutien, d'alliance avec le centre de soins ou au contraire en recherche d'autres soutiens.
- D'un autre côté, des familles à distance de l'enquête comme à distance des soins, qui n'ont répondu que par politesse et qui ont peu investi l'enquête, empêchant un approfondissement de l'investigation.

Une troisième entrée a été rendue possible par notre étude auprès de la MDPH de Paris, grâce à laquelle nous avons pu envoyer des courriers à des familles d'enfants ayant des troubles du comportement (repérés par leur orientation vers des établissements spécialisés dans ce genre de troubles ou par la catégorisation de leurs troubles). Les parents qui ont répondu positivement à notre sollicitation appartiennent majoritairement aux classes populaires, mais parfois stabilisées, ce qui correspond au profil dominant des familles ayant des enfants avec des troubles du comportement. En entretien, ces parents ont souvent été dans une attitude visant à faire valoir leurs droits, en espérant obtenir les aides demandées à la MDPH ou trouver une solution aux difficultés d'orientation de leur enfant. Pour certains, la réponse à notre demande avait été faite, malgré nos précautions, pour faire avancer les choses ; nous les avons détrompés le plus rapidement possible durant les entretiens.

Enfin, nous avons utilisé ponctuellement des liens entre les chercheurs de l'équipe et les services sociaux, qui ont pu nous indiquer des familles ayant un enfant « agité », comme dans le cas qui sera présenté en détail à la fin de cette troisième et dernière partie du rapport.

b. Une réflexivité au service de la compréhension des parcours

L'effort de réflexivité que nous avons mené quant à nos choix méthodologiques et à leurs effets est directement lié à nos interrogations théoriques sur les parcours des enfants « agités », en particulier sur deux points :

- 1) Réfléchir aux conditions sociales de l'adhésion aux diagnostics et aux approches professionnelles

La première orientation d'enfants présentant des difficultés relationnelles et comportementales à l'école se faisant majoritairement vers des CMP où les professionnels mettent en œuvre des techniques d'inspiration psychanalytique, l'accès au diagnostic de TDA/H nécessite des ressources particulières en temps, en relations et parfois en argent (via le recours à la médecine spécialisée libérale). Une lecture rapide de notre matériau conduirait à opposer les familles des classes populaires suivies par des CMP avec des prises en charge psychothérapeutiques et des familles plus favorisées se dirigeant activement, contre l'avis de beaucoup, vers des diagnostics

neurocognitifs. Les résultats mais aussi le déroulement même de nos enquêtes nous invitent cependant à nuancer ce constat.

- Tout d'abord, il faut différencier entre différentes fractions des classes moyennes et supérieures (sous-parties 2 et 3), puisqu'on a vu via le CATTP que des familles appartenant aux classes supérieures pouvaient adhérer aux approches psychanalytiques et investir activement et positivement les centres de soin publics. Cette constatation nous invite à proposer des hypothèses de différenciation concernant les différents types de capitaux possédés, économique et culturel, les seconds facilitant la proximité avec les approches psychodynamiques.
- Ensuite, des différenciations doivent également être faites au sein des classes populaires, entre des fractions à la recherche d'ascension sociale par leurs enfants et des fractions davantage préoccupées par le maintien ou l'amélioration de leur situation actuelle. Là encore se jouent divers rapports au médical et plus largement aux modes de qualification des difficultés de leur enfant, entre reconnaissance ou non de l'agitation de l'enfant, adhésion ou distance par rapport aux approches « psy », confiance ou méfiance vis-à-vis des centres de soin.

2) Décentrer le regard et éviter l'ethnocentrisme de classe dans la lecture des trajectoires de familles

La recherche d'une multiplicité de points de vue différents sur les parcours des enfants « agités » et l'analyse de la progression de nos différentes enquêtes nous a confortés dans l'idée que les grilles de lecture des enfants considérés comme agités et de leurs cheminements étaient éminemment plurielles.

- Par leur degré d'implication dans l'enquête et par ce qu'elles nous ont livré, les familles nous ont montré une grande diversité d'objectifs et de manières de les hiérarchiser vis-à-vis des parcours de leurs enfants. Centralité du maintien dans l'école ordinaire pour les unes, inquiétude pour leur santé psychique pour les autres, volonté de sauvegarder l'image extérieure de la famille pour d'autres encore, « l'intérêt de l'enfant » se décline de bien des manières dans les familles étudiées. Plus encore que les objectifs, les écueils à éviter absolument sont parfois particulièrement révélateurs de différences fondamentales entre familles : peur du déclin social, crainte de la psychiatrie et de la « folie », hantise des médicaments donnés aux enfants, rejet de l'orientation vers des

filières dévalorisées ou spécialisées, refus du handicap et de la stigmatisation qui peut lui être associée... De nouveau, l'opposition simple entre familles favorisées et familles défavorisées ne suffit pas à saisir l'ampleur de ces variations et de ces différences.

- Cette opposition ne peut pas non plus être remplacée par un dégradé de familles plus ou moins pourvues en diverses ressources (économiques, sociales, temporelles, culturelles...). Les familles issues des classes populaires ne sont pas sans ressources et mobilisent d'autres types de ressources, de savoir-être et de savoir-faire, qui ne sont pas forcément d'une moindre efficacité pour assurer à leurs enfants une trajectoire acceptable. Comme nous le verrons en détail dans les cas développés dans la suite de ce rapport, mais comme nous pouvons déjà le déduire des rapports des familles aux lieux de soins et à nos enquêtes, les raisons pour lesquelles des alliances se nouent entre familles et professionnels sont diverses et ne se laissent pas aisément réduire à quelques variables simples.

Les cinq sous-parties qui vont suivre rendent compte de ces situations, trajectoires et stratégies diverses des familles étudiées. Quel qu'il soit, un unique axe d'analyse ne peut suffire à ordonner les préférences, les choix et les rejets des familles, que ce soit celui du volume des capitaux détenus ou de la distance/familiarité avec les soins en général et la psychiatrie en particulier.

Ces sous-parties développent des configurations différentes qui mêlent un certain rapport à l'école, une certaine vision de la réussite et du bien-être de l'enfant, un certain rapport à la psychiatrie, à l'idée de handicap, mais aussi certaines ressources sociales et certaines dispositions. Elles permettent néanmoins de distinguer des pôles, liées à différentes variables sociologiques classiques, à l'intérieur desquels on trouve toutefois une diversité interne, un ensemble de nuances.

- Les sous-parties 2 et 3 concernent ainsi des familles qui ont en commun d'avoir (d'emblée, avant les problèmes de l'enfant) ou de développer (rapidement, au cours des prises en charge) une vision assez globale de l'offre professionnelle, en accordant de l'importance en particulier aux différences d'approches en psychiatrie ou en psychologie. Elles ont également en commun d'attacher du prix aux classements scolaires, de veiller à éviter les filières scolaires dévalorisées et d'investir fortement les soins pour négocier avec les institutions scolaires. Ce sont globalement des familles

appartenant aux classes moyennes et supérieures. Sur ce fond commun, deux positionnements très différenciés apparaissent cependant :

- Dans la sous-partie 2, où nous nous appuyons sur des entretiens avec des familles rencontrées via l'association HyperSupers TDA/H France, les familles décrites prennent leurs distances avec les approches psychodynamiques et investissent un diagnostic, le TDA/H, qui leur permet – par différents biais, notamment la reconnaissance de handicap et l'usage de médicaments – de rapprocher la trajectoire de l'enfant au plus près d'une trajectoire considérée comme normale. Cette « normalité » se jauge dans la gestion de la vie de famille, mais aussi dans le maintien dans l'école ordinaire et l'aménagement de conditions pour favoriser la réussite scolaire.
- Dans la sous-partie 3, nous avons en revanche regroupé des familles qui rejettent le diagnostic de TDA/H, qu'ils associent aux médicaments, à des étiquettes réductrices, et qui se trouvent donc plus ou moins en affinité avec les approches psychodynamiques. Elles évoquent pour décrire leurs enfants davantage une « différence », psychologique, comportementale ou de caractère, et recherchent des solutions alternatives pour un enfant alternatif. Bien souvent, elles s'engagent, en cohérence avec les conseils des centres de soins, dans des parcours scolaires atypiques, acceptant au passage une forme de dévalorisation, néanmoins contrôlée (plutôt des écoles « de réadaptation » privées qu'une SEGPA ou un ITEP par exemple).

Les sous-parties suivantes développent d'autres positionnements vis-à-vis de l'école et des soins, qui concernent globalement des familles moins favorisées socialement et économiquement. Ces familles font globalement moins de distinctions à l'intérieur de la psychiatrie (les différences d'approche ne sont que peu ou pas repérées, ou en tout cas considérées comme peu importantes, voire non contradictoires), mais aussi à l'intérieur du système scolaire, vu comme un ensemble peu hiérarchisé. Elles ont donc une faible « vision d'ensemble » et une faible volonté de contrôler stratégiquement la trajectoire de l'enfant dans sa globalité. Pour autant, leur volonté est souvent affirmée de trouver une place acceptable pour l'enfant, en lui évitant des formes d'injustice auxquelles elles sont particulièrement sensibles (punitions scolaires vues comme injustifiées, complications matérielles liées à la multiplicité des démarches et des prises en charge...). Derrière ces points communs généraux, on trouve là

encore un ensemble très hétérogène, au sein duquel nous proposons de distinguer de deux pôles :

- D'un côté (sous-partie 4), des familles qui souhaitent avant tout éviter les plaintes de l'école et la stigmatisation de l'enfant à l'école, au prix éventuellement d'une inscription dans des filières dévalorisées, voire d'une sortie du système scolaire. Ces positionnements s'accompagnent de rapports différenciés aux soins, qui peuvent être tenus à distance comme des stigmatisations supplémentaires, ou avec qui une coopération distanciée permet de « calmer l'école ».
- De l'autre côté (sous-partie 5), des familles qui mettent en avant le maintien dans l'école ordinaire, s'appuyant sur les soins, avec des prises en charge peu choisies au départ, mais fortement investies ensuite, et sur les droits liés à la reconnaissance d'un handicap.

Pour finir (sous-partie 6), nous montrerons au travers de l'étude d'une trajectoire singulière comment la lecture en termes de ressources différentielles selon le milieu social peut être nuancée, via l'utilisation de ressources « par procuration », en lien avec des alliances à la fois personnelles et professionnelles.

B. *Étiqueter pour mieux normaliser. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H.*

Les diagnostics incertains ou contestés donnent lieu à des expériences particulières pour les familles, parce qu'elles doivent s'orienter dans un champ professionnel divisé et faire face à des incertitudes médicales (Davis, 1963 ; Fox, 1988)¹⁹. Les enjeux de décision, d'orientation et de prise en charge font alors l'objet de négociations intrafamiliales plus vives. Les qualifications médicales disponibles ouvrent plusieurs registres d'interprétation des troubles et se traduisent souvent par des divergences de définition de la situation au sein des familles (Weber, 2012).

Ainsi, dans le cas de l'agitation infantile dont il va être ici question, les registres disponibles pour penser le comportement de l'enfant peuvent aussi bien mettre en avant un problème de caractère, d'éducation ou de santé (Jupille, 2014). Les controverses sont vives au sein de la communauté scientifique et médicale, autour de la reconnaissance de l'hyperactivité infantile comme trouble à part entière ou simple symptôme (Gonon *et al.*, 2010). Dans ce contexte, les familles déploient une grande diversité d'appropriations et d'usages des discours médicaux. On peut étudier l'étroite imbrication entre la *qualification* des problèmes – la manière dont on définit leur nature et leur ampleur – et la *gestion* familiale de ces problèmes – la manière dont les membres de la famille s'organisent pour y faire face, ainsi que leurs effets sur les relations familiales (Béliard *et al.*, 2015). Ces deux aspects ne sont toutefois pas mécaniquement liés. Face au comportement déviant d'un enfant, une organisation spécifique peut se mettre en place sans qu'il ne soit considéré comme l'expression d'un problème de santé ; à l'inverse, une lecture d'un comportement en termes pathologiques n'induit pas automatiquement la mise en place de mesures thérapeutiques (Fainzang, 1997).

Les analyses développées en sciences sociales sur le TDA/H (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité), bien plus nombreuses et anciennes aux États-Unis (Conrad et Schneider, 1980) qu'en France (Jupille, 2014), se sont majoritairement inscrites dans une approche en termes de *construction sociale des troubles* et de médicalisation de certaines formes de déviance infantile, le plus souvent repérées dans un cadre scolaire. Ces approches montrent comment la construction de l'entité TDA/H est liée à différents intérêts (de l'industrie

¹⁹ Cette sous-partie provient assez directement de deux articles en cours de publication : Béliard et alii., 2018 et Bélaïrd et alii., 2019.

pharmaceutique qui cherche à vendre des médicaments, de l'institution scolaire qui cherche à écarter les enfants les plus perturbateurs, de spécialités médicales qui cherchent à asseoir leur légitimité scientifique), qui viennent mettre en doute la réalité scientifique des troubles ainsi étiquetés. Suivant une autre approche, celle de la *production sociale des troubles*, souvent critique de ce premier paradigme, d'autres auteurs ont cherché à montrer comment la prévalence croissante du TDA/H dans les sociétés occidentales pouvait être rapportée à une transformation des normes et valeurs dominantes, favorisant la production de « niches écologiques » (Hacking, 1999) et de troubles qui y sont liés. Alain Ehrenberg (2014) fait ainsi l'hypothèse que l'injonction croissante à s'auto-activer et à s'auto-contrôler produit par défaut de nouveaux troubles, à la fois plus nombreux et plus visibles, dans les registres du retrait social et de l'agitation. Nous proposons de nous appuyer sur ces résultats tout en privilégiant une troisième perspective, qui consiste à analyser les *usages sociaux des troubles*, c'est-à-dire la manière dont les personnes concernées par des troubles (les enfants et leur entourage en l'occurrence) pensent et définissent la situation, investissent les catégories de description disponibles et privilégient certaines organisations familiales, prises en charge professionnelles ou encore stratégies scolaires. Ces usages ont différentes fonctions, dont deux principales qui seront décrites et analysées ici. Sur un plan pratique d'abord (*usage de transformation*), les qualifications des troubles ont des répercussions sur le comportement de l'enfant et les décisions qui sont prises à son sujet, notamment en matière de scolarité (Travell et Visser, 2006). Sur un plan symbolique ensuite (*usage de légitimation*), les descriptions des troubles ont des portées morales différentes, des connotations socialement situées (Singh, 2012), marquées dans le cas du TDA/H par une profonde ambivalence entre une recherche de normalisation et une reconnaissance de la différence. En d'autres termes, nous nous inscrivons dans une sociologie du diagnostic (Jutel et Nettleton, 2011) attentive à la manière dont les qualifications médicales émergent à partir de processus sociaux et culturels²⁰, mais sont aussi influencées en retour par leurs conséquences et les usages qui en sont faits par les professionnels de santé, les personnes ainsi qualifiées et leurs proches.

Cet exemple singulier mais heuristique du TDA/H invite à revisiter des travaux classiques en sciences sociales, qui ont apporté des ressources théoriques pour penser les interactions entre problèmes de santé et trajectoires de vie. Les sociologues interactionnistes ont montré qu'une

²⁰ Des auteurs pionniers de ce champ de recherche parlent même de « diagnostic social » pour souligner que certains diagnostics sont produits conjointement via des interactions qui impliquent à différents niveaux des professionnels de santé, des chercheurs en sciences sociales et des profanes (Brown *et al.*, 2011).

« trajectoire de maladie » est loin d'être rythmée uniquement par le cours biologique de la maladie mais qu'elle est façonnée le travail d'une multitude d'acteurs (y compris le patient et son entourage familial), par des organisations et des négociations qui se déploient pour faire face à la maladie et à ses conséquences dans l'ensemble des sphères de la vie sociale (Strauss, 1992 ; Baszanger, 1986). Ces approches permettent de penser le moment diagnostic, non comme un événement strictement médical, mais comme le fruit d'un travail interprétatif et perceptuel de la part des proches²¹. Juliet Corbin et Anselm Strauss, dans leur recherche sur les maladies chroniques, ont proposé l'expression de « quête diagnostique » (« *diagnostic quest* ») pour inscrire ce travail dans la biographie des malades et de leur famille, pour insister sur les efforts fournis, sur l'enchaînement de différentes étapes, sur ces périodes saturées d'incertitudes qu'ils désignent comme des « limbes diagnostiques²² ». Même si Strauss et Corbin donnent de la souplesse à leur modèle, en indiquant que plusieurs quêtes diagnostiques peuvent avoir lieu successivement et que la quête peut se prolonger au-delà de l'annonce²³, les travaux sociologiques dans cette perspective ont souvent eu tendance à opposer un « avant » et un « après », à faire du diagnostic médical un tournant qui entraîne des reconfigurations, en particulier des ajustements biographiques pour mettre en cohérence le moi présent et le moi passé (Corbin et Strauss, 1988).

Pour décrire les parcours des enfants en santé mentale, nous reprenons le terme de « quête diagnostique », qui permet de rendre compte de la longue quête de sens menée par les proches, quête imbriquée dans une histoire plurielle dont il s'agit d'envisager les multiples dimensions : familiale, sociale, scolaire... On peut ainsi définir la quête diagnostique, comme le propose Jean-Sébastien Eideliman dans sa recherche sur les familles face au handicap mental d'un enfant, comme « l'ensemble des démarches, matérielles et mentales, entreprises par des personnes désireuses de donner du sens à ce qu'elles perçoivent comme un problème de santé non élucidé » (Eideliman, 2008, p. 136). Dans le domaine de la santé mentale où les incertitudes

²¹ Comme l'a montré Fred Davis (1990) dans sa recherche pionnière sur l'expérience des parents face à la poliomyélite d'un enfant.

²² « The diagnostic period that almost always accompanies chronic illness is conceptualized as the diagnostic quest. The three phases of this quest are the prediagnostic, the announcement, and the postdiagnostic, or filling-in. Each phase may be long or short and requires many types of diagnostic-related work, including work by victim and spouse. Diagnostic limbo is the biographical uncertainty and resulting setting aside of the present and future biography that so often accompany this period.6 » [Corbin and Strauss, 1988, p. 31].

²³ « The diagnostic limbo may continue into this postdiagnostic phase because often there are still many unanswered questions and uncertain elements. Armed with a diagnosis but uncertain about the extent of physiological involvement or what form of treatment should be undertaken, some people relate their situation to what they have heard or read about others who have the same or similar diagnoses. » [Corbin and Strauss, 1988, p. 30].

sont nombreuses, où l'existence et la qualification des problèmes fait débat dans le monde médical et associatif (Chamak, 2010 ; Jupille, 2011 ; Fansten et Garnoussi, 2014), les difficultés d'un enfant peuvent ne jamais recevoir de diagnostic, ou à l'inverse faire l'objet de plusieurs qualifications différentes. Dans ce contexte, la notion de quête diagnostique permet de mettre l'accent sur la part active des proches et sur leurs marges de manœuvre : les enfants et leur entourage peuvent s'estimer satisfaits d'un diagnostic, voire d'une absence de diagnostic, plus ou moins tôt. Mais ils peuvent aussi orienter leurs recherches dans une direction ou une autre, combiner différentes approches en fonction de ses convictions, de ses souhaits, de ses craintes (Moreau, 2007 ; Eideliman, 2008). Par rapport aux premières formulations de Corbin et Strauss, la notion de quête diagnostique nous semble devoir être retravaillée pour penser un temps long, pour se dissocier plus nettement d'une vision chronologique opposant un « avant » et un « après » le diagnostic : l'énoncé d'un premier diagnostic médical ne met pas forcément un terme à la quête diagnostique, plusieurs pistes ou hypothèses peuvent être suivies successivement ou simultanément, des doutes et des incertitudes peuvent ressurgir à différents moments. On voit s'articuler étroitement les dimensions matérielles, pratiques, et les dimensions symboliques ou identitaires qui composent ces quêtes diagnostiques, toujours indissociablement quêtes de solutions et quêtes de sens.

Le matériau utilisé à l'appui de ces réflexions est constitué de 45 entretiens réalisés auprès de 35 familles adhérentes d'une association militant pour la reconnaissance et l'amélioration de la prise en charge des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité : HyperSupers TDA/H France (Edwards *et al.*, 2014). Nous commencerons par caractériser les familles rencontrées et l'espace des controverses dans lesquelles elles sont prises. Nous examinerons ensuite les usages contradictoires qu'elles peuvent faire d'un diagnostic inconfortable, puis comment elles s'organisent pour traiter les difficultés auxquelles elles font face, avec ou sans recours à un traitement médicamenteux. Enfin, nous développerons plus particulièrement trois situations, choisies pour faire ressortir des variations, pour mettre en évidence trois types différents d'articulation entre quête diagnostique et trajectoire familiale.

a. Des familles « hyper-situées »

Au sein du paysage très morcelé de l'agitation infantile, éclaté entre différents symptômes, approches professionnelles et modes de prise en charge, les familles adhérentes de l'association

HyperSupers TDA/H France occupent malgré leur diversité une place particulière, dont l'analyse permet de repérer quelques grandes tensions structurantes de ce domaine.

L'association HyperSupers TDA/H France est la principale association française œuvrant dans ce domaine. Elle a été créée en 2002 à partir d'échanges de parents sur un forum internet (Edwards *et al.*, 2014). L'action de l'association repose sur une problématisation particulière du trouble, revendiquant sa réalité scientifique tout en prônant une perspective intégrée qui ménage une place importante aux facteurs familiaux, sociaux et scolaires dans son étiologie. Il en découle un plaidoyer pour une prise en charge multimodale, associant l'usage éventuel de méthylphénidate à un accompagnement psychologique de l'enfant et de ses parents. L'association dirige une partie importante de ses actions vers l'école, la formation des professionnels et soutient la reconnaissance d'un handicap cognitif découlant du TDA/H (Akrih et Rabeharisoa, 2015).

Les familles que nous avons rencontrées sont mobilisées à plusieurs titres : elles ont fait des démarches qui les ont amenées à obtenir un diagnostic de TDA/H pour au moins l'un de leurs enfants, elles ont fait le choix d'adhérer à l'association, enfin elles ont répondu positivement à notre demande d'entretien. Comparées aux familles que nous rencontrons dans un autre volet de l'enquête *via* les centres de santé publics, elles ont deux caractéristiques distinctives : leurs enfants sont plus âgés et leur milieu social est plus élevé. On peut faire l'hypothèse que dans le contexte français où l'orientation majoritaire des enfants agités se fait, à partir de l'école, vers des centres de soin où les approches psychodynamiques sont dominantes, la recherche et l'obtention d'un diagnostic de TDA/H nécessite des ressources importantes, à la fois en termes de temps, d'argent, de relations et de capacités à décrypter des univers professionnels complexes. Conrad et Schneider (1980) ont montré qu'aux États-Unis dans les années 1970, il s'agissait déjà d'un diagnostic davantage recherché par les classes moyennes que par les classes populaires.

Dans les récits que nous avons recueillis, les parents disent très souvent avoir été confrontés à ce contexte polémique et aux positions tranchées de leurs interlocuteurs professionnels. Nombreux sont ceux qui racontent avoir été détournés de leur quête d'un diagnostic lorsqu'ils s'adressaient à des structures ou des thérapeutes d'orientation psychanalytique. Les réactions des professionnels, telles qu'ils les relatent, allaient de la simple dédramatisation de la situation, renvoyant la demande médicale à une question éducative et interne à la dynamique familiale

(« il est remuant, il faut lui redonner un cadre, que chacun se repositionne dans la famille »), à une hostilité plus franche (« L'hyperactivité ça n'existe pas. »). Les positions des familles rencontrées sont, elles, moins tranchées. Elles expriment presque toujours un refus d'une adhésion à un seul modèle explicatif. Elles revendiquent de procéder à des bricolages, de superposer des lectures parfois antagonistes. Ainsi, reconnaître l'existence du trouble n'implique pas nécessairement la disqualification de toute autre lecture, comme c'est le cas pour la mère d'Arthur (paysagiste, directrice d'agence ; son mari est intermittent du spectacle), 11 ans, qui insiste sur les éléments de l'histoire familiale pour donner sens aux symptômes, mettant en avant « une difficulté à se constituer en tant que couple parental » et la dépression de son mari suite au décès de sa mère. Au final, elle fait sienne une double lecture des troubles :

C'est là où l'histoire familiale n'est pas neutre. [...] Il y a vraisemblablement une petite part de pathologie, de truc neuronal. Après, il y a des croisements de facteurs et plus on en rajoute, plus les choses... Après, tout ça, ça s'accumule et puis ça finit par faire un profil qui devient ce qu'il est, et puis qui est lourd.

Les familles rencontrées sont donc très spécifiques, sans que l'on puisse les rassembler sous une figure caricaturale d'ardents défenseurs de la cause TDA/H. Leur mobilisation, dans le cadre de l'association mais aussi de l'enquête sociologique (le taux de réponse à notre courrier de demande d'entretien a été élevé, au-delà de 25% de réponses positives), se traduit surtout par une volonté de faire reconnaître, à un double niveau, la prise en charge de leur enfant : contribuer à faire connaître le TDA/H et diminuer la méfiance dont il fait l'objet, mais aussi montrer que leurs choix sont justifiés et qu'ils n'agissent pas « à la légère » en optant pour une « solution de facilité » (à travers le diagnostic et éventuellement le traitement médicamenteux).

b. Effets et usages familiaux du diagnostic

On pourrait dire que le diagnostic de TDA/H tire sa force et sa faiblesse de ses liens avec les traitements médicamenteux d'une part, les problèmes scolaires de l'autre. C'est ainsi que l'importance accordée à la scolarité peut conduire les parents à transiger avec leurs principes, qui les porteraient à éviter le plus possible de donner sur le long terme des médicaments à leurs enfants, surtout lorsqu'ils agissent sur le fonctionnement du cerveau. Le diagnostic, qui repose sur un examen médical et une évaluation neuropsychologique, transforme un ensemble de différences de degré, repérées dans l'accomplissement de diverses tâches cognitives, en une

différence de nature, permettant de penser un enfant comme durablement différent. Il en résulte pour les familles un maniement difficile de ce diagnostic dans leurs relations avec l'entourage, difficulté amplifiée par l'acuité de la controverse française et le regard très négatif sur l'usage du médicament.

Un diagnostic inconfortable

Non seulement le diagnostic de TDA/H nécessite souvent une longue quête diagnostique et de multiples démarches, mais il a également des implications morales. Les parents ayant un enfant ainsi diagnostiqué doivent en effet s'attendre à affronter la suspicion (Malacrida, 2004). L'usage de médicaments peut être vu comme une manière de droguer son enfant et de pallier chimiquement une éducation défailante. En fonction de leur socialisation, les parents sont plus ou moins méfiants vis-à-vis de la notion d'hyperactivité, ou simplement ignorants à son sujet. Pour beaucoup de familles, c'est un important travail de conversion qui est alors mené, comme dans le cas de Clément, né en 1998, qui vit dans une famille d'enseignants. Clément est le troisième enfant de la fratrie et a été adopté à l'âge de seize mois. Très vite, il connaît d'importants problèmes de sommeil. Vers l'âge de quatre ans, sa mère l'emmène consulter un psychanalyste et entame un travail qui l'amène à mettre en lien les difficultés de Clément et son histoire de vie, marquée par l'adoption. En grandissant, il peine à apprendre à lire, casse énormément d'objets de la maison, fait fréquemment des crises de colère et noue peu de relations avec les enfants de son âge. Il fréquente un temps un centre de soins où il entame une psychothérapie, avant d'être suivi par différents psychiatres et psychologues en libéral. Vers 12 ans, alors que son comportement ne s'est pas amélioré et que son parcours scolaire est difficile, une amie de la sœur aînée de Clément, psychologue dans un institut spécialisé pour enfants, lui fait passer des tests. Elle le diagnostique « haut potentiel » et émet l'hypothèse d'un TDA/H, qu'elle confirmera un an plus tard, après l'avoir suivi régulièrement en remédiation cognitive²⁴. La mère de Clément se renseigne alors sur le TDA/H et trouve que cela correspond bien au comportement de son fils. Suite à une consultation à l'hôpital, un médicament à base de méthylphénidate est essayé, mais Clément se plaint d'effets secondaires, notamment des maux de ventre importants. Sa mère, qui n'était pas très favorable au médicament, n'insiste pas. Pour elle, le diagnostic de TDA/H permet de ne pas se sentir seule face aux problèmes de son fils, de le déculpabiliser et de demander des aménagements et davantage de tolérance à ses enseignants.

²⁴ La remédiation cognitive consiste en diverses techniques (jeux logico-mathématiques, exercices de mémorisation etc.) visant à restaurer des fonctions cognitives défailantes, comme la mémoire ou l'attention.

Elle n'en fait pas une explication antagonique aux difficultés psychologiques et se montre très pragmatique quant à l'origine des troubles de Clément :

Maintenant, il est peut-être TDA/H et c'est inné, il est peut-être TDA/H parce qu'il a eu ces traumatismes. C'est vrai que dans le TDA/H, on cherche pas à savoir la cause, on constate. (...) Mais avant, mon interprétation, c'était : problèmes psychologiques dus au traumatisme de la petite enfance. Donc je mettais ça sur le compte de l'adoption. Maintenant, je mets ça sur le compte du TDA/H, j'explique ça comme ça. Donc c'est une autre interprétation, même si l'ancienne n'est pas fausse complètement non plus.

Ancienne militante d'extrême-gauche, elle n'était pas prédisposée à adhérer à une conception neurobiologique de l'agitation infantile. Elle investit le diagnostic de TDA/H à sa façon, comme une description juste des symptômes de son fils, laissant en suspens la question de l'origine cérébrale du trouble. Si son mari s'est lui aussi investi dans le suivi, notamment scolaire, de Clément, il a été beaucoup moins moteur que sa femme dans la recherche d'explications et de soins. Il a aussi été moins exposé que sa femme aux reproches sur le comportement de son fils, dans les lieux publics ou en famille, car c'est sa mère qui a pris en charge l'essentiel du travail d'accompagnement et car les mères sont plus visées par ce genre de critiques (Singh, 2002). Il n'est donc pas étonnant qu'il soit moins enclin à adhérer à un diagnostic que ses dispositions sociales et politiques le poussent à suspecter :

Oui, faire rentrer les gens dans des cases n'est pas ma priorité essentielle. Je ne suis pas certain, parce que j'en ai pas vu, que le TDA/H existe. S'il existe, je ne suis pas très certain que ce soit ça le problème de Clément, qui me semble un peu relever d'autre chose. En particulier, dans son cas, je pense qu'on ne peut pas du tout parler d'hyperactivité. [...] Il y a des choses, ça ne l'intéresse pas, il ne rentre pas dedans. C'est pas un problème de capacités intellectuelles ou de choses comme ça. C'est juste un problème... Clairement, c'est comme si son esprit se bloquait sur certains trucs spécifiques.

En donnant la parole à plusieurs personnes dans l'entourage, on voit ainsi se formuler différentes « théories diagnostiques », notion que nous avons utilisée pour comprendre la manière dont des personnes concernées par des problèmes de santé chez un proche (ou pour

elles-mêmes) donnent du sens à ces problèmes, en construisant des théories à partir de diverses informations (diagnostics médicaux, lectures psychologiques, interprétations personnelles...) (Béliard et Eideliman, 2014). Comme nous avons pu l'observer en comparant différents types de troubles, ces théories sont influencées de manière conjointe par des déterminants sociaux (le rapport aux catégories médicales varie selon l'appartenance sociale), par des enjeux quotidiens (en matière de scolarisation, d'orientation médico-sociale ou de coopération familiale) et par des enjeux moraux (la formulation de ces théories permet de renégocier l'identité de la personne touchée mais aussi les places et les responsabilités des personnes de son entourage). Dans le cas de l'agitation infantile, on peut reprendre l'analyse de Ian Hacking (2003) en termes de « maladies mentales transitoires », qui se répandent rapidement à certaines époques pour ensuite disparaître. On peut avancer, comme il le suggère lui-même, que l'agitation infantile présente les caractéristiques d'une « polarité culturelle » entre des éléments moraux opposés, qu'il nomme « vices » et « vertus ». Manifestée par une agitation désordonnée, l'hyperactivité peut en effet être vue comme le fruit d'une mauvaise éducation, ou au contraire valorisée dans sa dimension créatrice, autorisant certains parents, comme ceux d'Arnaud, à privilégier une qualification positive de leur enfant : « Arnaud est unique. C'est un enfant exceptionnel, Arnaud. Mais unique dans un principe de feu d'artifice ! »

Cette configuration morale particulière autour de l'agitation est prise dans le système de valeurs qui caractérise aujourd'hui une socialisation réussie, valorisant à la fois la capacité à s'auto-activer, à faire preuve d'initiative et à s'auto-contrôler, notamment dans les interactions sociales (Ehrenberg, 2014). La signification morale ambivalente du diagnostic de TDA/H repose sur cette tension : les qualifications posées sur les enfants concernés peuvent osciller entre le registre positif de l'activité et de la créativité et le registre négatif de l'absence de contrôle.

Reprendre la main

Ambigu et inconfortable pour beaucoup de parents, le diagnostic de TDA/H leur donne néanmoins l'occasion de reprendre la main dans plusieurs domaines et de moins subir les conséquences du comportement de leur enfant.

Pour beaucoup, le diagnostic a d'abord un effet déculpabilisant, souvent opposé à l'effet des psychothérapies, en particulier pour les mères (Dupanloup, 2001). « Quand elle a été diagnostiquée TDA/H, limite on a sorti le champagne [...], on se disait que ce n'était pas nous »,

résume par exemple une mère. Par le diagnostic, les parents se voient non seulement dédouanés de la suspicion d'incompétence, mais aussi gratifiés de qualités nouvelles : ils apparaissent comme particulièrement combatifs et clairvoyants, ayant parfois perçu l'hyperactivité de l'enfant avant tout le monde. Comme pour d'autres diagnostics tels que la précocité intellectuelle (Lignier, 2010), il est fréquent que les parents qui l'investissent s'instituent en experts, à même de diffuser l'information auprès des institutions qui leur en semblent dépourvues. Le caractère officiel et légitime du diagnostic confère un pouvoir dans les négociations avec l'école et peut permettre aux parents de se réapproprier le destin de l'enfant (Jupille, 2014). C'est ainsi que la mère de Clément a utilisé le diagnostic de TDA/H pour d'une part faire comprendre aux enseignants que le problème principal venait de lui et non d'eux, d'autre part les inciter à moins de sévérité :

Quand je voyais les professeurs, je disais : « Il a un trouble, on sait pas encore trop mais il est en remédiation, il faut être patient. » Donc les profs ça les calmait, en disant : « Il est pris en charge, c'est pas de ma faute, je suis pas un mauvais professeur, il a une reconnaissance d'un problème », etc. [...] L'année dernière, quand j'ai su qu'il avait le TDA/H, Junko [*l'amie de la sœur aînée de Clément*] (...) m'a donné une circulaire de l'Académie (...) que j'ai photocopiée en dix exemplaires et j'ai été la distribuer à tous les profs. Ça, ça a calmé le jeu aussi. (...) Là, je leur avais bien dit : « C'est pas la peine de lui donner un avertissement de travail – il en a eu trois l'année dernière, il en a eu en quatrième – , ça sert à rien, ça le casse. » Donc on lui en a pas donné. Là, on l'a encouragé : « T'as vu Clément, c'est la première fois que t'as un trimestre sans avertissement de travail ! T'as vu, les profs croient en toi, c'est bon ! »

La mère de Clément a utilisé le diagnostic d'une manière assez similaire dans la sphère familiale, par exemple pour faire comprendre à son frère qu'il avait eu tort de s'énerver contre Clément :

Ce qui a radicalisé la distance [*avec mon frère*], c'est quand j'y suis allée avec Clément, qu'il a engueulé Clément et qu'il a trouvé qu'il était mal élevé. (...) Du coup, il y a eu un froid. Donc, SMS « Joyeux Noël, Bonne Année » et c'est tout. Là, quand j'ai eu le diagnostic, j'ai immédiatement appelé mon frère, en disant :

« Tu te rappelles comment Clément était un peu difficile pour toi ? Voilà, c'est le TDA/H ! »

Dans de nombreux cas, le diagnostic est aussi l'occasion d'une relecture de l'histoire familiale, où un TDA/H est rétrospectivement suspecté chez un ou plusieurs membres de la famille, ce qui permet de réinscrire l'enfant dans une forme de continuité familiale et de retourner le stigmate, comme ici pour la mère d'Alexandre :

Je pense que mon père est un hyperactif aussi. Je ne peux pas lui en parler parce qu'il veut pas l'entendre, mais il m'a toujours dit : « J'avais pas de mémoire quand j'étais jeune, j'avais aucune mémoire, j'arrivais jamais à apprendre mes leçons. » Et puis il peut être impulsif, il peut s'énerver pour des trucs. Donc je pense sincèrement que mon père l'est. Donc je me demande si c'est pas génétique.

Et comment il s'en est débrouillé ?

Papa, il a fait des super études, il a fait les Beaux-Arts, il est architecte. Mais ce sont des gens très intelligents. »

On voit ici comment l'identification rétrospective d'autres personnes contribue à contrer les jugements négatifs en consolidant l'appartenance de l'enfant à une lignée familiale – une lignée qui se définit souvent à partir du versant valorisant du diagnostic de TDA/H. Il est récurrent dans les propos des parents rencontrés que les autres membres de la famille, dont on estime qu'ils présentent le même trouble, soient des personnes qualifiées de brillantes, d'intelligentes, exerçant un métier valorisé. Ce sont alors également les inquiétudes des parents quant au futur destin social de leur enfant, dans ces familles relativement favorisées, que la qualification de TDA/H permet de combattre.

Adhérer, même avec une certaine distance, au diagnostic de TDA/H doit être considéré comme une première manière de gérer le comportement de l'enfant, même s'il n'en découle pas toujours immédiatement un changement dans les pratiques. Le changement de regard, qui vient redéfinir ce qui est pathologique et ce qui ne l'est pas, ce qui fait partie du caractère de l'enfant et ce qui relève de son trouble, provoque de nouvelles réactions, de nouveaux sentiments qui finissent par influencer les pratiques d'éducation et/ou de soin, que nous allons maintenant aborder.

c. Médicalisation et normalisation

L'utilisation de médicaments à base de méthylphénidate est une pratique ancienne, qui remonte aux années 1940, bien avant l'élaboration du diagnostic de TDA/H. C'est même dans une certaine mesure le médicament qui a créé le diagnostic, en isolant l'ensemble des symptômes que la molécule contribuait à faire disparaître (Dupanloup, 2001). Aujourd'hui encore, l'efficacité du médicament est considérée par de nombreux spécialistes comme une validation *a posteriori* du diagnostic de TDA/H. Ces constatations ont suscité des interprétations critiques dénonçant une médicalisation de l'agitation infantile avec le concours de l'industrie pharmaceutique, qui trouvait là un marché immense et prometteur (Conrad et Bergey, 2014). Mais comment se traduit cet usage du médicament, en croissance constante depuis les années 1970, dans l'expérience des familles ? En examinant les pratiques familiales face à l'agitation, on se rend compte que les effets du diagnostic de TDA/H peuvent être très divers, voire contradictoires, au-delà du seul traitement médicamenteux.

Un maniement délicat

Dans les récits des parents rencontrés, la décision de recourir ou non au médicament ne participe jamais d'une prise de position catégorique. Elle s'accompagne de doutes et d'appréhensions et intervient le plus souvent à l'issue d'un long parcours marqué par la recherche de solutions alternatives (Taylor et al., 2006), tantôt de nature éducative, tantôt de nature médicale. Dans les récits, la décision apparaît plutôt comme le résultat de pressions, en particulier de l'école qui met parfois les parents au pied du mur en exigeant une amélioration du comportement pour la poursuite d'une scolarité ordinaire.

Si les parents sont nombreux à noter des transformations impressionnantes du comportement de l'enfant dès les premières prises du médicament, sa gestion quotidienne peut s'avérer délicate. Le traitement est exigeant et impose des prises à heures fixes. Outre la question du dosage, qui nécessite des tâtonnements et donc de nombreuses consultations avec le médecin prescripteur, les parents doivent apprendre à gérer « l'effet rebond », lorsque la molécule cesse d'agir en fin de journée : « À partir de 16h30 dans les squares, le carrosse redevenait une citrouille, c'est-à-dire qu'il se remettait à devenir tout rouge, avec de la sueur partout. » Parfois, ce sont les effets secondaires du traitement, comme les difficultés d'endormissement, les troubles alimentaires, les maux de ventre, l'apparition d'idées noires qui viennent déstabiliser

l'équilibre familial, sans que l'on sache toujours si le médicament est directement responsable des difficultés observées, ou si la disparition des symptômes d'agitation laisse la place à la manifestation, ou à l'accentuation, d'autres comportements.

Cette interrogation sur les effets secondaires peut même prendre un tour plus profond, lorsque ces effets touchent à ce qui caractérise la personnalité de l'enfant. Le médicament transforme-t-il l'enfant en quelqu'un d'autre ? Ou bien fait-il au contraire apparaître sa vraie personnalité, auparavant masquée par l'agitation ? Ou encore, faut-il faire la part des choses entre des effets secondaires plus ou moins gênants et le caractère de l'enfant ? Certains ont l'impression de découvrir enfin leur enfant, comme les parents d'Arnaud : « En fait, [...] nous, on a fait la connaissance de notre fils, vraiment tel qu'il est, quand il avait 12 ans, quand il a été sous méthylphénidate. » D'autres, comme la mère de Hans, voient les choses de manière inverse : « Je me disais : "C'est plus le même !" Après, quand il y a plus l'effet du médicament, on se dit : "Il est revenu !" Mais au départ ça faisait bizarre quand même. »

La gestion des pauses thérapeutiques, le week-end et pendant les vacances²⁵, s'articule à ces réflexions. Ces pauses sont négociées au cas par cas entre le médecin et la famille. Les parents mettent alors en balance les différents enjeux (scolarité, loisirs), les différentes scènes de la vie sociale de leur enfant (école, amis, famille, loisirs). Dans le cas des familles rencontrées, la force avec laquelle les parents investissent les enjeux scolaires les amène souvent à « lâcher » sur d'autres aspects (notamment, à donner le médicament pendant les périodes scolaires et à supporter les remarques réprobatrices au square, les conflits qui éclatent avec la famille élargie pendant les périodes de vacances). À l'inverse, l'enfant lui-même, surtout à l'adolescence, peut préférer ne pas prendre le médicament, comme Edwige (17 ans), dont parle ici sa mère :

Edwige en ce moment refuse catégoriquement de prendre sa Ritaline[®] parce que les copines disent : « Mais tu changes de caractère, c'est plus toi, t'es trop calme, tu fais plus rigoler ! » Comme le social est plus important parce que ça leur permet d'exister, ils peuvent pas faire une croix sur le social. Je dis : « Mais le week-end, tu prends pas la Ritaline[®] ! » Du coup, elle préfère avoir des notes qui plongent que d'avoir des copines qui se plaignent. C'est terrible.

²⁵ Ces pauses thérapeutiques sont notamment prescrites car l'un des effets fréquents du médicament est une perte d'appétit, qui peut avoir des conséquences sur la croissance des enfants.

Ces différents cas de figure montrent que le maniement du médicament est pris dans de nombreux enjeux potentiellement contradictoires : modification de la trajectoire scolaire, régulation de l'ambiance familiale, sociabilité entre pairs, construction et transformation de la personnalité de l'enfant. Loin d'être une question purement technique, son dosage peut faire l'objet d'intenses négociations entre les parents, les professionnels et l'enfant.

Médicalisation ou normalisation ?

Lorsque l'usage du médicament est stabilisé, il se produit néanmoins une normalisation paradoxale de la situation : avec la diminution des symptômes d'agitation, les parents peuvent avoir la sensation d'un retour (ou d'un accès) à une vie normale, d'une diminution de la stigmatisation de l'enfant et d'un effacement de sa singularité pathologique. Dans le cas d'Ethan (13 ans), la stabilisation du traitement lui a permis d'être beaucoup plus en conformité avec les attentes sociales et scolaires de son milieu (sa mère, qui l'élève seule, est analyste financière ; son grand-père maternel était ingénieur). Le médicament a même pour effet de le faire apparaître comme un enfant sage, concentré, travailleur et obéissant, alors qu'il se montrait auparavant violent, désinhibé et très agité.

Il est beaucoup plus dans la compliance. Visiblement, ses ruptures attentionnelles sont moins importantes. L'hyperactivité est complètement gommée parce que maintenant je fais rigoler tout le monde quand je dis qu'Ethan est hyperactif, pourtant Dieu sait qu'il l'était au début. [...] Avant, on lui faisait des pauses régulières, on avait aménagé l'emploi du temps. Maintenant, c'est même plus la peine.

La mère d'Ethan a d'ailleurs pu renouer avec sa famille, avec laquelle elle s'était fâchée tant ses parents ne comprenaient pas Ethan et s'inquiétaient pour elle. Cette forme de normalisation par le médicament rappelle d'autres processus, comme celui décrit par Danièle Carricuburu (1993) à propos des hémophiles au début des années 1980. Les liens entre l'association française des hémophiles et le centre national de transfusion sanguine ont selon elle permis de développer une stratégie de normalisation s'appuyant sur de nouveaux produits et sur une présentation de l'hémophilie comme un handicap plus que comme une maladie. Un nombre important de personnes hémophiles pouvaient ainsi mener une vie presque ordinaire, ne rencontrant au quotidien que des limitations et des contraintes liées à leur traitement. Du côté

de l'agitation, le processus n'est pas si différent, d'autant que le rapprochement vis-à-vis du champ du handicap est aussi à l'œuvre : les enfants ayant un diagnostic de TDA/H obtiennent bien plus souvent une reconnaissance de handicap que l'ensemble des enfants agités, pour la double raison qu'ils en font plus souvent la demande et que le diagnostic pèse de manière favorable pour obtenir la reconnaissance. Si la gestion du médicament se fait de manière discrète, voire en utilisant une technique de « couverture » pour maintenir invisible le « stigmaté » (Goffman, 1975), la vie quotidienne de l'enfant devient moins marquée par sa pathologie. Cette stratégie s'incarne de manière amusante dans le cas de Thomas (10 ans), puisque sa mère (comédienne) utilise comme technique de couverture... des fraises Tagada :

Thomas sait tout ! Surtout, il prend en charge son médicament. J'ai fait une chose qui est pas autorisée à l'école, depuis tout petit. [...] Il avait besoin de rester à l'étude parce que je pouvais pas être là à 16h, à aller le chercher tous les jours. Donc au moment de son goûter, je lui mettais son médicament dans une fraise Tagada.

La dissimulation du médicament dans le bonbon ne sert pas explicitement à le rendre invisible, mais à contourner les protocoles scolaires qui encadrent la prise de médicaments. Toujours est-il que l'effet produit est bien une invisibilisation du médicament, et aussi du trouble lui-même, aux yeux de l'administration scolaire mais aussi de l'ensemble des personnes qui côtoient Thomas dans le cadre scolaire. Certains parents vont même plus loin et voient le médicament comme une transition vers l'autonomie, une étape qui permet à l'enfant d'apprendre à gérer son trouble et à pouvoir se comporter de manière normale, à terme, sans l'aide du médicament. Cette autonomisation progressive est vue par les uns sur un plan plutôt éducatif (apprendre à interagir normalement, entrer dans la sociabilité), par les autres sur un plan cognitif, comme dans l'exemple de la mère d'Arnaud (14 ans ; mère cadre dans le domaine culturel, père ingénieur) :

On sait que vers l'âge de 15 ans, ça peut être un cap pour le jeune où il peut contourner le trouble. (...) Arnaud a plein de stratégies de contournement. Ils peuvent contourner différemment le trouble qui fait que, finalement, de devoir compenser le déficit au niveau des neurotransmetteurs, de la dopamine, etc., au niveau du lobe frontal, fait qu'il y a plus besoin d'exciter cette partie du cerveau qui ne veut pas rester éveillée, en développant d'autres zones peut-être.

Le rôle du médicament dans la gestion familiale de l'agitation est donc fondamentalement ambigu. D'un côté, il est un marqueur évident d'une forme de médicalisation de l'agitation, d'une entrée assumée dans le monde de la pathologie et des soins. D'un autre côté, lorsqu'il est efficace et qu'il n'engendre pas de contraintes trop fortes du fait d'effets secondaires ou de difficultés de dosage, il permet d'effacer en grande partie la différence pathologisante et de normaliser les situations.

Entre soin et éducation

Au-delà du médicament, les autres formes de prise en charge (guidance parentale, accompagnement psychologique, psychothérapie...) sont investies par les familles de significations ambivalentes, en fonction des enjeux propres au parcours de l'enfant, mais aussi d'enjeux familiaux plus larges. Le programme Barkley par exemple (« Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley »), recommandé aux parents d'enfants diagnostiqués TDA/H, consiste en une dizaine de séances collectives d'une heure et demie, étalées sur quelques mois. Les parents y apprennent à privilégier le « renforcement positif » (inciter l'enfant à obéir en le gratifiant plutôt qu'en le menaçant ou en le punissant), à dédramatiser les situations, à mettre en place des systèmes de récompense ou encore à stopper rapidement les interactions négatives. Ces conseils éducatifs, que l'on peut retrouver sous des formes moins systématisées chez de nombreux professionnels, incitent à la fois à être plus souple et plus cadrant avec l'enfant. Si certains parents remettent en question une éducation jugée trop sévère, d'autres font le chemin inverse et s'interrogent sur un éventuel « laxisme », une figure d'incompétence parentale largement répandue. Ces réflexions sur les pratiques éducatives, que n'importe quel parent peut être amené à avoir, prennent un sens différent à partir du moment où un diagnostic est posé. La frontière entre soin et éducation devient poreuse, surtout lorsqu'il existe peu d'options alternatives, comme par exemple lorsque le traitement médicamenteux est écarté ou insuffisant. Ce brouillage des frontières se joue de manière parallèle à ce qui se produit dans les institutions psychiatriques, où la définition de ce qui est thérapeutique est aussi un objet de débat récurrent (Brossard, 2013), entre soignants mais aussi et surtout entre professionnels et familles. Ces dernières peinent en effet parfois à comprendre pourquoi l'action des professionnels serait thérapeutique alors que leurs actions auprès des enfants ne leur semble pas spécifique (jeux, discussions, observation...), d'où le reproche fréquent d'être une « garderie » plus qu'un centre de soins.

À l'inverse, du côté de la sphère privée, les pratiques éducatives deviennent à la fois objet d'évaluation (par les professionnels, mais aussi par les parents eux-mêmes) et levier par lequel on peut exercer une action. En d'autres termes, les parents sont incités, bien plus que dans une situation ordinaire, à évaluer et à modifier leurs pratiques éducatives. Or ces pratiques sont étroitement liées au milieu social et aux histoires familiales (Lareau, 2011). En renégociant des pratiques devenues enjeu thérapeutique, les familles sont amenées en même temps à renégocier leur réputation et leur identité sociale, et ce faisant leur place dans leur réseau de sociabilité. C'est par exemple ce qu'ont vécu les Benoist, parents de six enfants dont quatre ont eu des difficultés diagnostiquées de différentes manières : Antonin (24 ans, pas de difficultés), Eudoxie (23 ans, TDA/H), Bertille (22 ans, pas de difficultés), Pierre-Louis (21 ans, TDA/H et dyslexie), Arthur (20 ans, dyslexie et dépression) et Edwige (17 ans, TDA/H).

Quand on raconte nos histoires aux gens, ils nous regardent avec des yeux ronds comme des billes : « Mais comment, vos enfants ne sont pas au collège de Triscamp [*la ville plutôt bourgeoise où ils habitent*] ? », « Non, ils sont pas du tout faits pour ! On a fait une tentative mais ça s'est arrêté là ! » En plus, on vit dans un milieu très stéréotypé où les enfants font tous la même chose et nos enfants, ils rentrent pas dans le moule. (...) L'aîné, pour moi, il était inconcevable d'acheter des tennis, il fallait qu'il ait des chaussures en cuir, qu'il ait les cheveux courts, qu'il ait ceci, qu'il ait cela. On a commencé comme ça, tout à fait classiquement, dans la façon dont on avait été éduqués. Quand on a eu le tsunami, qu'on a eu les enfants, on s'est rendu compte que ça ne rentrait plus, je me suis dit : « Mais c'est quoi la priorité ? Est-ce qu'on va les enquiquiner sur une tenue vestimentaire qui leur permet de s'intégrer au niveau des copains ? Où est-ce qu'on met le curseur ? » (...) Je pense que tout mon système éducatif a évolué en fonction des besoins de mes enfants. »

Mme Benoist explique que cette évolution de leurs pratiques s'est progressivement appliquée à toute la fratrie (« On a évolué d'abord pour ceux qui en avaient le plus besoin et par la force des choses avec tout le monde »), ce qui lui est reproché rétrospectivement par son fils aîné, qui lui rappelle qu'elle a été plus exigeante avec lui qu'avec les autres. C'est aussi le regard de tout l'entourage, l'éloignement progressif de beaucoup d'amis et de voisins, qui ont été difficiles à supporter :

On est regardés de travers. Franchement, quand Arthur était déscolarisé, on me regardait bizarrement. Quand on a dit qu'il était en bac pro : « En bac pro, quelle déchéance ! » (...) Je pense que notre situation a fait peur à beaucoup de monde parce qu'on était quelque chose de pas très stable, de pas très dans les clous. On a fait le vide.

Cette manière de faire face aux difficultés de leurs enfants en bouleversant leurs repères a été initiée par Mme Benoist, suivie avec quelques résistances par son mari.

Pour mon mari ça a été difficile au départ. (...) Il se disait : « On va y arriver tout seuls, en vase clos. » Et moi je lui dis : « Mais non, c'est pas possible. » Au début, c'était plus la dyslexie qui l'enquiquinait. Il se mettait avec un enfant en disant : « Essaye de lire ! » Donc il y avait le gamin qui se braquait en disant : « Je vais y arriver, je vais y arriver ! » mais il y arrivait pas. Le père qui se braquait en disant : « Mais t'es con ou quoi ? t'es con ou quoi ? » Donc à la fin, c'est moi qui hurlais en disant : « Écoutez, maintenant vous arrêtez tout ! » J'étais obligée de supprimer le bouquin. (...) Mais il me faisait confiance sur le plan médical et au fur et à mesure, on a fait un cheminement. Et après, on est partis dans le même sens. [...] Il était triste d'imaginer que ses enfants fonctionnaient pas comme il voulait. Triste de voir qu'ils étaient pas standards. [...] Mais le jour où on a mis des mots dessus, ça a été quand même plus facile. »

On voit dans cet extrait combien le diagnostic et les mots qui l'accompagnent aident à donner du sens à une déviance qui engendre une autre, celle de la rupture avec ses premiers principes d'éducation, en l'occurrence hérités d'une tradition familiale qui mêle convictions religieuses et appartenance sociale. Cette rupture, initiée par Mme Benoist, peut être interprétée comme à la fois cause et conséquence d'une rupture familiale. Elle s'est en quelque sorte libérée de l'emprise de ses parents, très critiques vis-à-vis de ses choix, en rompant avec eux, mais s'est ainsi inscrite dans une certaine continuité, puisqu'elle relit l'histoire familiale en expliquant qu'elle occupait déjà une position marginale à l'adolescence, dans sa famille et plus généralement dans son milieu :

Pour mes parents, les problèmes des enfants, c'est parce qu'on a une éducation trop laxiste, qu'on est trop cool, qu'on a tendance à les écouter trop. Une fois, maman

me l'a même reproché, en me disant : « Oui mais toi, on t'a écoutée quand t'étais petite, on t'a changée d'école plusieurs fois », je lui dis : « Et alors, c'était mauvais, c'était pas mauvais ? », « Mais on n'aurait jamais dû t'écouter comme ça. » Donc ils sont restés à ces idées-là : on ne change pas d'école comme ça. Effectivement, moi j'ai été marginalisée par rapport à mes copines qui avançaient normalement, qui ont fait le même circuit. Moi, j'ai changé plein de fois d'école. Mes enfants ont changé plein de fois d'école. Du coup, ça marche pas très bien. Du côté de mon mari, mes beaux-parents... (*se reprend*) enfin mon beau-père comprend pas. Il était veuf, il s'est remarié avec une femme qui n'a jamais eu d'enfants, donc elle, elle comprend encore moins. Il m'appelle la « mamma italienne ». Donc j'écoute trop mes enfants et je leur fais faire ce que je veux. Un regard pas très positif. En plus, ils se connaissent bien mes parents et mes beaux-parents, donc ça tchatche ! Mon beau-frère un jour m'a dit : « La dyslexie, ça se règle à coups de pieds dans les fesses. » Déjà, j'ai arrêté de parler de ça parce que ça commençait à me pomper. Eux, ils ont des enfants à tendance hyperactive aussi, mais ils l'ont occulté. (...) Moi, j'essayais plus d'être dans le relationnel avec mes enfants. (...) Du coup, je me suis un peu coupée d'envoyer mes enfants chez les grands-parents parce que c'était douloureux à chaque fois. Ils essayaient de les rééduquer par derrière. Et mes parents n'ont pas compris du tout, donc ça s'est fini par un esclandre, ils m'ont plus parlé pendant neuf mois. »

Le soupçon d'une hyperactivité non diagnostiquée chez d'autres membres de la famille sert ici encore à reprendre la main et à valider ses propres choix, en l'occurrence diamétralement opposés à ceux du reste de la famille. Ici cependant, l'hyperactivité n'est pas spécialement valorisante. C'est une autre façon de voir que le diagnostic est très important pour légitimer ses choix, aux yeux des autres mais aussi à ses propres yeux. Il facilite une rupture éducative, malgré des conséquences parfois très lourdes.

d. Usages sociaux du TDA/H et parcours de vie

Les analyses qui suivent sont l'occasion d'approfondir plus particulièrement deux questions. La première est celle de la temporalité des quêtes diagnostiques. Notre perspective permet de nuancer un certain nombre de travaux récents en sociologie de la santé, qui donnent une

importance considérable au moment du diagnostic, qui ouvre ou ferme l'éventail des possibles (Jutel et Nettleton, 2011), qui fait basculer vers une nouvelle vie et une nouvelle identité (Rose, 2013). Pourtant, les parcours relatés dans cet article sont longs, complexes, et ne permettent pas d'opposer simplement un « avant » et un « après » le diagnostic. Certes, beaucoup de parents soulignent que l'obtention du diagnostic de TDA/H a été un événement pour eux, souvent parce qu'il a permis de repenser les difficultés de l'enfant et a ouvert de nouvelles perspectives. Il serait alors tentant de penser en termes de « turning point » (Abbott, 2009), pour rendre compte des changements profonds qui mettent alors l'enfant sur une nouvelle trajectoire, voire de « bifurcation » (Bessin, Bidart et Grossetti, 2010), pour décrire ce changement brutal de trajectoire qui suscite des connexions nouvelles entre diverses sphères de la vie auparavant plus ou moins étanches. Cependant, à regarder de plus près l'expérience de ces familles, on s'aperçoit que ces retentissements et ces décloisonnements n'opèrent pas pour tous ; et que ces tournants sont empreints de formes de continuité. La quête de qualifications diagnostiques prolonge, voire réinstaure une continuité dans la trajectoire du malade et de son entourage. La maladie et ses interprétations ne viennent pas forcément bouleverser une trajectoire lisse, elles sont parfois si inextricablement liées à la vie de la personne, éventuellement depuis sa naissance, qu'on ne saurait distinguer la ligne droite du tournant, d'autant que la quête diagnostique est bien souvent guidée par des éléments qui n'ont rien à voir avec la maladie elle-même (Fainzang, 1997).

La deuxième question que nous creuserons est celle de l'articulation entre la trajectoire de soin et la trajectoire sociale dans ses différentes dimensions (prises en charge, trajectoire scolaire de l'enfant, trajectoire résidentielle et sociale de la famille...). De nombreux travaux ont abordé les effets de la maladie sur le parcours du malade et de ses proches, pour des problèmes de santé très divers et pour le TDA/H en particulier. Certains tentent ainsi de mesurer les répercussions sur la « *qualité de vie* » de la personne malade et de son entourage, analysant le plus souvent les choses sous l'angle du « *fardeau* » (Zarit, 1980), voire de « *trajectoires brisées* » (Bungener, 1995). D'autres auteurs relèvent cependant que les conséquences de la maladie sur les parcours de vie sont complexes et peuvent avoir des aspects positifs sur les destins sociaux, comme lorsqu'un cancer est surmonté dans l'enfance (Dumas *et al.*, 2015), ou en matière de trajectoire scolaire dans le cas du TDA/H (Young *et al.*, 2008). Les effets du diagnostic de TDA/H sur le parcours des jeunes sont fondamentalement ambivalents : d'un côté, le diagnostic produit un effet de soulagement et d'amélioration du travail scolaire ; de l'autre, il engendre un effet

d'inquiétude quant à l'identité sociale et au sentiment de maîtriser sa vie, et un effet négatif sur l'estime de soi (Travell et Visser 2006).

Nous souhaitons compléter ces travaux de plusieurs manières. D'abord, la plupart de ces travaux n'envisagent qu'un sens de causalité : les effets de la maladie et de son diagnostic sur la trajectoire de vie. Nous tentons de considérer également des causalités dans l'autre sens : la quête diagnostique est toujours prise dans une configuration préexistante, dans une histoire à la fois individuelle et familiale. Les choix de consultation, les orientations données à la quête diagnostique et finalement les diagnostics obtenus dépendent en partie des caractéristiques sociales des familles, de leurs ressources, de leurs souhaits et de leurs priorités, socialement situées. Ces familles qui se sont dirigées vers une consultation de diagnostic TDA/H – rarement la première approche professionnelle rencontrée – sont particulières, cette recherche prend sens au regard de leurs appartenances sociales.

Sur ce point, ces études de cas permettent de réfléchir à des enjeux communs aux problèmes de santé mentale, qui ont pour particularité de mettre en jeu d'étroites interactions entre qualifications médicales et qualifications sociales. Les comportements perturbants qui sont pointés mettent souvent en question les frontières entre troubles psychiques et troubles sociaux (Coutant, 2012). Les métamorphoses de la psychiatrie et l'extension du champ de la santé mentale ont donné lieu à l'émergence de nouvelles catégories diagnostiques, comme celle de TDA/H, qui se caractérisent par une intrication des symptômes psychologiques ou médico-psychologiques et des problèmes de socialisation ou de fonctionnement social (Ehrenberg et Lovell, 2001 ; Dupanloup, 2001). Dans ce contexte, les catégories médicales contribuent à définir ou redéfinir l'identité sociale des personnes, ici de l'enfant et de son groupe : par exemple certains diagnostics médicaux peuvent renforcer ou au contraire repousser l'hypothèse d'une incompetence parentale (Singh, 2004), rapprocher ou éloigner des représentations liées à l'échec scolaire (Lignier 2012 ; Béliard et Eidelman 2014).

Pour comprendre comment se déroulent les quêtes diagnostiques pour les enfants qui reçoivent un diagnostic de TDA/H, nous proposons de nous intéresser aux usages sociaux des troubles, c'est-à-dire à la manière dont les personnes concernées pensent et définissent la situation, dont elles investissent les catégories de description disponibles et dont elles mobilisent et qualifient les différentes prises en charge. Ces usages sont toujours des positionnements relatifs : la manière dont on qualifie les troubles est liée au fait de se rapprocher ou de se démarquer de

certaines figures ou positions dans l'espace social. Sur un plan pratique d'abord, puisque les qualifications des troubles ont des répercussions sur les types de prise en charge et notamment sur le déroulement de la scolarité. Sur un plan symbolique également, puisque les descriptions des troubles ont des portées morales différentes, des connotations socialement situées (Singh, 2012). De ces deux points de vue, les implications du diagnostic de TDA/H ne sont pas univoques et évidentes, et penser ce diagnostic uniquement comme un stigmate au sens de Goffman (1963) est réducteur. L'ambivalence qui caractérise les quêtes diagnostiques autour du TDA/H s'exprime même dans toutes les dimensions des parcours de vie.

Des quêtes diagnostiques de longue haleine

Pauline²⁶ a 20 ans lorsque nous la rencontrons dans le cadre de notre enquête. Elle a reçu un diagnostic de TDA/H assez récemment, à l'âge de 17 ans. Pourtant sa mère, Josiane, qui après un BEP vente est restée vingt ans sans activité professionnelle pour s'occuper de ses trois enfants, dit avoir « *tout de suite compris, à 3 ans* », que sa fille avait des « *problèmes de concentration* », « *comme [elle] quand [elle] étai[t] petite* ». Les psychiatres et psychologues rencontrés dans un hôpital proche du domicile, puis au CMP (Centre médico-psychologique), suggèrent que les problèmes de Pauline sont d'origine psychologique et orientent Josiane vers un travail sur elle-même. Pauline suit des séances de psychomotricité pendant quatre ans, sans effets évidents d'après Josiane. Alors qu'elle est en CM2, c'est une émission sur l'hyperactivité qui remet sa mère sur cette piste et qui la conduit à aller passer des tests à l'hôpital Robert Debré. Josiane raconte qu'elle n'était pas bien ce jour-là et qu'elle a « *bâclé* » le questionnaire. Quand le médecin lui annonce comme une bonne nouvelle que sa fille n'est pas hyperactive, elle « *fait une chute de 500 mètres* ». Elle a le sentiment d'être « *passée à côté du diagnostic* » et, rétrospectivement, d'avoir fait perdre plusieurs années à sa fille, alors même qu'il lui importait de tout faire pour lui éviter de vivre « *l'enfer* » qu'elle avait elle-même connu dans son enfance. Au collège, les difficultés de Pauline s'accroissent, mais elle réussit à poursuivre en filière générale jusqu'au bac, malgré les incitations des enseignants à s'inscrire dans une filière professionnelle dès la troisième : « *On a dû supplier le collègue parce que je voulais pas* », raconte Pauline. « *J'étais toujours derrière elle* », se souvient Josiane. Lorsque Pauline a 16 ans, Josiane consulte au CMP pour son fils Mathieu, alors âgé de 10 ans, pour qui on diagnostique un TDA/H. Josiane considère que « *c'est comme si on avait gagné au loto ce jour-*

²⁶ Les noms de lieux et de personnes ont été modifiés pour respecter l'anonymat.

là » car « *il a mis un mot sur notre trouble* ». Elle obtient dans la foulée le même diagnostic pour elle et sa fille. C'est en commençant comme ses enfants à prendre du méthylphénidate²⁷ que Josiane décide de se réinscrire à l'université. Elle parle beaucoup du TDA/H autour d'elle, réinterprète ce qu'elle a vécu pendant son enfance, sa « *maladresse* » dans les relations avec les autres, le sentiment d'être « *rejetée* », de ne pas avoir d'amis. Pauline, quant à elle, apprécie peu la manière dont sa mère met en avant le diagnostic : « *Ma fille me disait : 'Mais maman, depuis que t'es diagnostiquée, tu te promènes à la maison avec cette pancarte !'* ». Pauline, au contraire, en parle peu et ne se résout à demander des aménagements de sa scolarité qu'en première année de droit.

Pour Pauline comme pour bien d'autres, le diagnostic ne constitue pas une rupture brutale et soudaine qui impose de tout reconstruire. Il vient plutôt ordonner une trajectoire difficile, faite de doutes et de tensions, voire éclairer le passé, donner des clés pour relire son histoire. Ces quêtes diagnostiques sont aussi caractérisées par leur longue durée. Les démarches médicales s'étalent souvent sur plusieurs années, passent par des recherches successives qui s'orientent dans des sens différents. Cela tient en grande partie au fait que le diagnostic de TDA/H fait l'objet, en France particulièrement, d'importantes controverses, entre les tenants d'une approche neurologique qui définissent le TDA/H comme un trouble à part entière, ce qui justifie entre autres l'usage du médicament, et ceux qui n'y voient que des symptômes de dysfonctionnements qu'il faut traiter par une psychothérapie. Par conséquent, les diagnostics obtenus dépendent fortement des démarches qui ont été engagées par les parents. Pour les familles rencontrées lors de cette enquête, le diagnostic de TDA/H a souvent été obtenu, comme pour Pauline, suite à un long parcours au cours duquel d'autres qualifications ont été rencontrées (Travell et Visser, 2006).

Le moment du diagnostic est ainsi pris dans des configurations déjà en place, des histoires préexistantes, qui sont familiales autant qu'individuelles. Dans le rapport au diagnostic de TDA/H, se joue la manière dont on positionne l'enfant – mais aussi, de manière liée, dont on se positionne en tant que famille – vis-à-vis des représentations de l'échec scolaire, de la mauvaise éducation, de la pathologie psychique, du handicap... Les interprétations professionnelles amènent les parents à reconsidérer leur identité et leurs pratiques, notamment éducatives, ainsi que celles de leur entourage. C'est en particulier le cas lorsque les difficultés

²⁷ Le chlorhydrate de méthylphénidate est un stimulant modéré du système nerveux central et est présent dans la plupart des médicaments donnés aux personnes diagnostiquées TDA/H.

de l'enfant sont renvoyées à des problèmes relationnels dans la famille, mais aussi lorsque le TDA/H est vu comme un trouble neurologique, associé à l'hypothèse d'une transmission génétique, qui ouvre la possibilité d'identifier rétrospectivement d'autres hyperactifs dans la famille, de reconstruire l'histoire familiale et les identités de chacun (Rapp and Ginsburg, 2011).

L'ambivalence au cœur des parcours

Au-delà de ces caractéristiques communes, on constate d'importantes variations, d'une famille à l'autre, dans la manière dont s'articulent quête diagnostique et parcours de vie. Ces variations se déploient autour de plusieurs types d'ambivalence dont est porteur le diagnostic de TDA/H, en matière d'éducation, de soin ou encore de réputation.

Le diagnostic de TDA/H est souvent décrit par les parents comme déculpabilisant : après avoir été si souvent mis en cause, par l'entourage ou par les professionnels, en raison du comportement "agité" de leur enfant, perçu comme la conséquence d'une mauvaise éducation, de conflits familiaux ou d'une instabilité psychologique, ils deviennent ou redeviennent grâce au diagnostic de "bons" parents qui ne peuvent être tenus pour responsables des comportements perturbants de leur enfant (Dupanloup, 2001 ; Singh, 2004). Cet effet déculpabilisant est souvent opposé à l'effet des psychothérapies, en particulier pour les mères qui disent avoir été confrontées à un discours professionnel les mettant en cause. Mais la figure du mauvais parent peut revenir à travers les jugements moraux portés sur ceux qui acceptent de donner à leur enfant une molécule dont on mesure mal les effets. La mère d'Ethan, âgé de 11 ans lors de l'entretien et diagnostiqué deux ans plus tôt, évoque ce déplacement de la culpabilité :

« Je me souviendrai toujours au début, quand j'ai demandé ce traitement à la pharmacie, c'est à peine si on m'avait pas demandé mes papiers. J'avais l'impression d'acheter de la drogue ou des stupéfiants. (...) On a l'impression de faire quelque chose de mal. On a l'impression de droguer nos enfants, comme si on voulait se débarrasser d'eux. Le regard des autres est très difficile par moments. »

Cette intrication de connotations morales positives et négatives produit des implications variables sur les relations avec la famille élargie, les cercles amicaux et de voisinage. La requalification de l'enfant, de "mal élevé" à porteur d'un dysfonctionnement "cérébral", peut

faciliter la solidarité, mais aussi provoquer des conflits idéologiques autour de la notion d'hyperactivité et du recours au médicament.

Pour les parents eux-mêmes, le diagnostic de TDA/H ne produit pas nécessairement un effet d'adhésion. Si les parents que nous avons rencontrés font partie d'une association qui milite pour la reconnaissance du trouble, beaucoup d'entre eux cherchent à concilier des approches diverses, comme par exemple la mère de Simon, adopté à l'âge de 5 ans et diagnostiqué TDA/H à 11 ans :

« Quand on est partis [de l'orphelinat], Simon, la première nuit, a pleuré, pleuré, pleuré. Le lendemain, il pleurait plus. Après, il a quasiment plus jamais pleuré, il s'est durci et est venue après l'agitation. Je pense que, forcément, c'est quelque chose qui est sans doute indicible, informulable et qui hante, que c'est une manière de s'agiter parce qu'on peut pas faire face à quelque chose qui nous travaille. Je pense que c'est lié. Évidemment, après c'est le sujet sur : « C'est la dopamine dans le cerveau », bien sûr aussi. Je pense que l'un c'est l'autre et l'autre c'est l'un, mais on y viendra. Nous, on pense que c'est les deux. Comme quand on rougit, c'est les vaisseaux qui se dilatent mais c'est aussi parce qu'on a honte. »

Ces logiques profanes d'explication des troubles, qui ne concordent pas avec les logiques savantes, comme c'est souvent le cas autour du TDA/H (Rapp, 2011), soulignent combien ce bricolage parental vise à donner du sens aux problèmes dans un contexte où la signification des troubles est liée à de nombreux enjeux cruciaux. Parmi eux, l'enjeu scolaire est central (Dupanloup, 2001). Le traitement est ainsi largement vu par les parents comme un moyen de regagner une part de contrôle sur la trajectoire scolaire de leur enfant. De même, le diagnostic constitue souvent une réponse aux demandes de l'école, généralement la première à donner l'alerte. Du point de vue de la capacité à réussir scolairement, le diagnostic de TDA/H n'a cependant pas des significations stables et univoques. La manière dont les enfants et leurs parents pensent les répercussions du TDA/H sur les performances scolaires est polarisée (Rafalovitch, 2008) : soit les enfants sont décrits comme présentant des difficultés importantes, soit à l'inverse comme ayant un certain degré de supériorité académique (notamment en jouant sur l'association possible avec la précocité intellectuelle). Le diagnostic peut être un instrument de négociation vis-à-vis de l'école : les parents peuvent s'en prévaloir, avec des chances inégales d'être entendus, pour demander une personnalisation du traitement scolaire de leur

enfant, voire pour éviter ou retarder une orientation vers le milieu spécialisé. Cela suppose de déposer une demande à la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) et de demander des aménagements, comme la présence d'une AVS (auxiliaire de vie scolaire) auprès de l'enfant, l'octroi de matériel spécifique, un allègement de l'emploi du temps ou des exigences moindres dans certains domaines. Or le rapport au monde du handicap est complexe : les enfants et les parents que nous avons rencontrés oscillent entre le souhait de s'en tenir à distance et la revendication d'une meilleure reconnaissance sociale du trouble et des adaptations qui vont avec.

Le handicap en particulier, et la signification donnée aux troubles en général, affectent enfin la réputation de l'enfant et de sa famille. Les descriptions renvoient à différentes figures d'enfants, alimentées par les multiples facettes, sombres ou brillantes, associées au diagnostic de TDA/H. Une première figure associe l'hyperactivité à une "hyper-intelligence" : l'enfant est décrit comme hyperactif physiquement et intellectuellement, rapide, créatif. La référence à un quotient intellectuel élevé est fréquente. L'enfant peut être décrit comme remuant et violent, mais ces traits s'intègrent dans la description valorisante d'un caractère fort, dominant, moteur, charismatique. On retrouve la figure du « potentiel caché » décrite par Ehrenberg (2016) : ce n'est pas malgré le trouble mental, mais grâce au trouble que l'individu présente des capacités particulières. Cette figure est plus souvent mobilisée pour des garçons. D'autres descriptions, plus souvent mobilisées au féminin, évoquent une acuité exceptionnelle dans le domaine relationnel. L'hyperactivité est alors associée à une hypersensibilité et à une hyper-sociabilité. De manière générale, l'axe des capacités relationnelles est plus souvent mobilisé dans les descriptions des filles, avec le versant brillant qui vient d'être évoqué, mais parfois aussi le versant sombre des difficultés relationnelles, qui s'intègrent souvent dans la figure d'un enfant présentant des difficultés de concentration et de mémorisation. Les registres de la solitude, de la dépression, du vide, peuvent alors être mobilisés. Enfin, une quatrième figure revient de manière récurrente, plus souvent associée aux garçons, dans laquelle dominent la violence et l'impulsivité. C'est la figure négative de l'enfant dont on dit qu'il "explose" et "fait exploser" les groupes.

Ces figures apparaissent comme des styles de personnes disponibles, des manières dont les enfants sont construits et se construisent. La cristallisation de ces figures est liée aux critères diagnostiques construits par les classifications, elles-mêmes produites en lien avec l'état des rapports sociaux de genre et de classe, et qui contribuent à polariser les qualifications et, partant,

les comportements. Car on peut considérer, en suivant les analyses de Hacking (1999), que les maladies mentales²⁸ et leurs catégorisations naissent dans des « niches écologiques », c'est-à-dire un ensemble de conditions spécifiques pour que la maladie mentale en question se développe. Il montre ainsi que la maladie prend place au cœur d'éléments culturels et moraux de l'époque, sur le registre d'une « polarité culturelle ». Aussi les nouvelles catégories – comme l'hyperactivité infantile – sont-elles des façons de classer les êtres et leurs comportements. Par en effet de boucle (*looping effect*), la maladie contribue-t-elle à façonner les identités, au travers de ces figures d'enfants qui aimantent les comportements. Ces classifications susciteraient alors des vocations, des formes d'expression du mal-être différenciées selon le genre et le milieu social des enfants, comme le suggèrent également les travaux de Singh (2004) sur le TDA/H.

Compte tenu de ces ambivalences, pour comprendre comment s'orientent les parcours, il est nécessaire de resituer la quête diagnostique dans son contexte : de comprendre comment elle s'encastre dans une configuration familiale particulière, traversée par différents rapports sociaux (structurés par le genre, la classe sociale, l'âge, la place dans la fratrie). C'est l'objet de la sous-partie suivante, qui s'appuiera cette fois sur trois cas paradigmatiques analysés en profondeur, illustrant quelques-unes des configurations récurrentes dans notre matériau.

e. Des quêtes diagnostiques entre rupture et continuité

Comment les usages sociaux des qualifications diagnostiques, décrits dans la partie précédente, s'articulent-ils pour donner forme à des parcours différents ? Les trois cas qui vont être développés mettent l'accent sur le rôle de l'interprétation des troubles, en lien avec la configuration sociale et familiale. Dans le cas de Nathan, le diagnostic de TDA/H est investi au service d'un contrôle de son destin social, d'une mobilisation pour maintenir le statut social d'une génération à l'autre. Cette trajectoire s'oppose de deux manières différentes à deux autres cas de figure : celui de la famille Benoist où le diagnostic est publicisé et investi, mais pour mettre en forme, penser et renforcer une rupture avec leur milieu social d'origine ; celui enfin d'Ashna Patil, où l'effort pour contrôler le destin social via une forte mobilisation scolaire passe aussi par le maintien du secret et une gestion des troubles "en vase clos".

²⁸ Ian Hacking théorise ce qu'il nomme des maladies mentales transitoires, car il estime qu'elles sont éphémères et disparaissent une fois les conditions de leur émergence disparues.

« Moi, je suis l'hyperactivité. » Un parcours lissé par le diagnostic

Mme Favre nous accueille dans son petit appartement au cœur de Paris pour retracer le parcours de son fils unique Nathan, 17 ans. Elle trouve intéressant de se « poser des questions » sur cette vie « compliquée », « très dense », qu'ils ont eue « à cause de cette particularité » qu'est l'hyperactivité. C'est très tôt qu'elle a dû faire face au regard des autres sur un enfant qu'elle décrit hors norme : très « gai », très « éveillé », « mûr », « grand », « leader ». Elle se souvient de remarques étonnées ou admiratives des autres parents, dès la maternité puis surtout à la crèche et à la maternelle : « Cet enfant est venu de Mars », « il va être chef d'entreprise ». Mais les réactions sont aussi, de plus en plus, négatives : les relations avec les autres enfants sont compliquées, il « dirige » trop les autres, des bagarres éclatent. C'est en moyenne section de maternelle que Mme Favre dit avoir « vu l'hyperactivité monter, monter au fil des mois ». À la maison aussi, Nathan devient « speed », « explosif ». Mme Favre raconte qu'il l'insultait, « faisait des conneries tout le temps », par exemple des trous dans les murs. Elle relate ensuite le long combat qu'elle a mené pour préserver son parcours scolaire, trouver les lieux les plus adaptés (comme la petite école chrétienne Montessori où Nathan fera toute sa scolarité élémentaire), négocier avec les institutions et les enseignants (en étant notamment représentante des parents d'élèves). Elle assume toutes ces démarches avec peu d'aide du père de Nathan, dont elle s'est séparée peu de temps après sa naissance. Elle s'appuie en revanche sur de nombreuses ressources : son propre bagage culturel, sa connaissance du système scolaire, son insertion de longue date dans le quartier, le soutien de sa mère et d'autres personnes de sa famille. Mme Favre est responsable artistique dans une maison d'édition, elle vient d'un milieu intellectuel et artiste, ses parents étaient enseignants et avaient monté une maison d'édition. Publique ou privée, elle juge que l'école en général n'est pas adaptée, que les enseignants ne sont pas formés, même s'il peut s'agir individuellement de personnes « super ».

Pendant ses années de maternelle, Nathan est suivi au CMP du quartier. Mme Favre garde une image négative de la psychologue qui, selon elle, mettait en cause ses pratiques éducatives (« C'est parce que vous êtes seule, parce que vous sévissez pas ! »). Lorsque Nathan a six ans, elle découvre les livres du docteur Bange sur l'hyperactivité et constate que « ça correspondait complètement ». Elle se tourne vers l'hôpital Robert Debré où Nathan est diagnostiqué hyperactif à 7 ans et où débute le traitement par méthylphénidate, qu'il prend toujours lors de notre entretien. Le suivi au CMP est arrêté. Mme Favre sollicite également des tests de QI dont elle retient qu'avec un score proche de 130, il est « un peu surdoué ». Elle fait alors en sorte de

maintenir Nathan dans un milieu protecteur et préservé. Inquiète du quartier dans lequel ils habitaient jusque-là, dans le 15^{ème} arrondissement, où « il y avait plein de dealers dans les jardins », elle déménage dans le 4^{ème} arrondissement, où elle trouve la possibilité de louer un petit appartement à sa tante. Pour la Terminale, elle négocie l'entrée de Nathan dans un lycée privé élitiste, où elle a elle-même fait sa scolarité, en s'appuyant sur le fait qu'elle connaît le directeur et en faisant valoir que son fils, TDA/H, a à la fois de grandes capacités et des difficultés particulières, un peu à la façon des parents qui utilisent ainsi le diagnostic de précocité (Lignier, 2012). Nathan quitte alors le lycée qu'il fréquentait jusqu'alors, que sa mère jugeait trop grand et pas assez exigeant.

À l'approche du baccalauréat, Nathan et sa mère mobilisent davantage le diagnostic pour obtenir des aménagements, grâce à la reconnaissance MDPH qu'ils n'ont obtenue qu'après plusieurs refus. Même s'il reste discret, Nathan est amené à parler de son hyperactivité, aux enseignants mais aussi aux autres élèves qui lui posent des questions lorsqu'ils se rendent compte qu'il a un tiers temps. Il aimerait être pilote de ligne tout en se demandant si c'est accessible pour lui. Les ambitions de Mme Favre pour son fils sont dans la continuité de sa propre socialisation. Elle et ses frères ont été très « poussés » par leurs parents, enseignants. L'un de ses frères est devenu chercheur au CNRS. Si Mme Favre a eu des difficultés à faire des études supérieures, elle occupe un poste à responsabilité dans une maison d'édition et mène de front plusieurs engagements associatifs, artistiques, politiques. Dans la continuité de cette trajectoire sociale ascendante sur plusieurs générations, Mme Favre et sa mère investissent fortement le parcours scolaire de Nathan, d'autant qu'il est enfant unique et que ses cousins n'habitent pas à Paris.

Mais ce n'est pas seulement d'un point de vue utilitaire, comme outil de négociation avec l'institution scolaire, que le diagnostic de TDA/H est investi. Pour Mme Favre, l'hyperactivité fait sens, elle l'intègre dans la manière dont elle définit Nathan, elle en fait un élément central d'une identification valorisante de Nathan. Un enfant « rayonnant », « rapide », « mûr », avec « une volonté inouïe », au point que cela peut poser problème dans les conditions ordinaires de la crèche et de l'école, avec des adultes qui ne le comprennent pas. « L'hyperactivité, c'est à double tranchant », résume Mme Favre. Nathan est lui aussi très attaché à l'hyperactivité, il évoque la place centrale de cette caractéristique dans son identité : « Moi, je suis l'hyperactivité, en quelque sorte. Je la suis, je la subis surtout. Si quelqu'un me dit que l'hyperactivité existe pas, que ce soit n'importe qui parce qu'il y a plein de détracteurs, que le mot existe pas, c'est

comme si on me disait à moi que j'existais pas. Ça, c'est horrible ! » C'est un point de désaccord notamment avec son père qui « ne croit pas » à l'existence de l'hyperactivité. Nathan et Mme Favre, qui s'est elle-même fait diagnostiquer TDA/H sur le tard, mentionnent en revanche des points communs avec d'autres personnes de la famille, d'après eux hyperactifs même s'ils n'ont pas eu de diagnostic. Mme Favre cite ainsi des cousins, le père de Nathan, mais également son frère, polytechnicien, qui « écrit des livres ». Elle leur attribue l'hyperactivité parce qu'ils ont été des enfants remuants qui se sont révélés des personnes « brillantes », capables de faire énormément de choses à la fois. La face brillante de l'hyperactivité est évoquée surtout pour les hommes de la famille, qui sont cités les premiers. Pour Mme Favre, sa mère était aussi hyperactive, mais la description se fait dans des termes un peu différents, insistant moins sur ses propres réalisations que sur la manière dont elle a mené son entourage avec exigence et rudesse, poussant son mari à passer ses diplômes, montrant pour les autres des ambitions élevées, presque démesurées : « Avec elle, il fallait ou être polytechnicien comme a été mon petit frère, ou révolutionnaire comme a été mon grand frère, ou une grande artiste et moi, j'aurais dû être Picasso. » Quant à Mme Favre elle-même, il est significatif que, même si maintenant elle se retrouve très bien dans le diagnostic d'hyperactivité, elle se pensait jusqu'alors plutôt dans des termes plus négatifs : « timide », « paumée », manquant de confiance en elle, ce qui l'a empêché de poursuivre des études aussi loin qu'elle l'aurait souhaité. À travers toutes ces comparaisons, Nathan est inscrit dans la continuité d'une famille aux personnalités fortes, aux capacités hors norme, aussi bien dans la lignée paternelle que maternelle.

La quête diagnostique et les usages du diagnostic d'hyperactivité sont encadrés dans les efforts déployés par l'entourage de Nathan pour construire de la continuité familiale et sociale, pour « lisser » un parcours qui s'annonçait pourtant rugueux. Le TDA/H, ou plutôt l'« hyperactivité » telle qu'ils l'investissent, comme étant à la fois une caractéristique médicale, source de handicap, et un trait structurant de la personnalité, se prête à ces usages à la fois pratiques et identitaires, parce qu'il permet de mettre en cohérence de fortes difficultés avec l'institution et l'idée d'une excellence qui finira par se révéler, si ce n'est à l'école du moins dans le monde professionnel.

« On a fait le vide. » Une famille transformée

Le cas de la famille Benoist, déjà évoqué plus haut, est bien différent de celui des Favre. En matière de scolarité, les trois derniers enfants de la fratrie ont fréquenté une école Montessori car cela se passait mal en école ordinaire. Cela a été, d'après leur mère, plutôt efficace pour Pierre-Louis et Edwige, malgré un parcours scolaire qui est resté chaotique par la suite, mais pas pour Arthur, qui s'enfonçait de plus en plus dans ce que sa mère qualifie de dépression, et qui a finalement été déscolarisé pendant plusieurs années, avant de reprendre une scolarité qui l'a mené en BTS en passant par un bac pro. L'aînée des filles, Eudoxie, a poursuivi une scolarité ordinaire tant bien que mal, avec des difficultés mais en finissant malgré tout par avoir son bac et suivre avec succès une formation de psychomotricienne. En revanche, les deux enfants n'ayant aucune difficulté particulière ont suivi le schéma familial en devenant médecin (Antonin) et kinésithérapeute (Bertille). D'après Mme Benoist, beaucoup de leurs relations, dans leur voisinage notamment, ont jugé durement ces écarts à la norme, ce qui a contribué à marginaliser les Benoist, qui vivent dans un quartier huppé de Triscamp.

« On [...] vit dans un milieu très stéréotypé où les enfants font tous la même chose et nos enfants, ils rentrent pas dans le moule. [...] On est regardés de travers. Franchement, quand Arthur était déscolarisé, on me regardait bizarrement. Quand on a dit qu'il était en bac pro : « En bac pro, quelle déchéance ! » [...] Je pense que notre situation a fait peur à beaucoup de monde parce qu'on était quelque chose de pas très stable, de pas très dans les clous. On a fait le vide. »

Du côté familial également, les parents et beaux-parents de Mme Benoist ont eu du mal à accepter à la fois les difficultés de ses enfants et la manière dont elle y faisait face. Pour eux, les Benoist sont « trop laxistes » et « écoutent trop » leurs enfants. Pour Mme Benoist au contraire, les troubles de ses enfants font qu'ils ont plus encore que d'autres besoin d'écoute, d'attention et d'affection.

« Je me suis un peu coupée d'envoyer mes enfants chez les grands-parents parce que c'était douloureux à chaque fois. Ils essayaient de les rééduquer par derrière. Et mes parents n'ont pas compris du tout, donc ça s'est fini par un esclandre, ils m'ont plus parlé pendant neuf mois. J'étais la méchante, quoi. J'avais envie qu'ils soient grands-

parents d'une manière un peu gâteux et de leur faire faire des choses agréables. Mais non, ils les reprenaient sur l'orthographe ! »

Ces ruptures se comprennent mieux si on les resitue dans une histoire plus longue. Mme Benoist se reconnaît en partie dans ses enfants, surtout en Eudoxie, car elle a eu elle-même des difficultés à l'école, a redoublé et changé d'école plusieurs fois, probablement à cause, pense-t-elle aujourd'hui, de troubles de l'attention non diagnostiqués à l'époque. Ce que ses parents n'ont pas voulu faire pour elle, être plus à l'écoute et transformer leurs pratiques d'éducation, Mme Benoist l'a fait pour ses propres enfants, quitte à rompre avec les normes de son milieu d'origine : « Je pense que tout mon système éducatif a évolué en fonction des besoins de mes enfants. Du coup, on est arrivés assez vite à des choses totalement différentes. » D'une certaine façon, c'est comme si les multiples difficultés de ses enfants, et les quêtes diagnostiques qui sont allées avec, avaient été l'occasion pour Mme Benoist de légitimer une rupture qui couvait avec son milieu d'origine. Sa trajectoire de déclassement social relatif (elle insiste sur leurs actuelles difficultés financières, dues à l'instabilité des revenus de son mari et à la difficulté pour elle de reprendre un emploi avec les difficultés de ses enfants) la prédisposait à modifier son mode de vie et ses manières de penser ; les difficultés de ses enfants en ont été l'élément déclencheur.

Dans ce contexte, le TDA/H n'est pas vu comme un espoir de retrouver de la continuité. Il reste fondamentalement perçu comme un élément négatif, que l'on peut essayer de cacher (ce dont elle accuse d'ailleurs son beau-frère et ses parents pour certains de leurs enfants) ou que l'on peut assumer pour mieux comprendre et aider ses enfants. Il n'est pas non plus considéré comme le mot magique qui expliquerait toutes les difficultés vécues avant d'avoir ce diagnostic. Dans le cas des Benoist, il est une partie du problème, mais se mêle à d'autres troubles et explications, comme la dyslexie, la dépression, le manque de confiance en soi, mais aussi l'inadaptation de l'école et le manque d'ouverture d'esprit de beaucoup d'enseignants. Dans le long entretien fait avec elle, Mme Benoist ne parle d'ailleurs pas une seule fois de TDA/H, mais soit de troubles de l'attention (à sept reprises), soit d'hyperactif ou d'hyperactivité (à onze reprises), soit encore de troubles ou de problèmes de concentration (à six reprises). Elle rejoint en cela Mme Favre, sauf que dans sa bouche l'hyperactivité est connotée négativement, alors que Mme Favre en souligne surtout les aspects valorisants. Mme Benoist prend par ailleurs bien soin de distinguer, pour chacun de ses enfants, les problèmes en jeu :

« Eudoxie, c'était un trouble de la concentration avec une petite hyperactivité. [...] Mais c'est pas une hyperactivité... (hésite) [...] enfin si, elle fait tomber des trucs, elle est maladroite pour pas mal de choses parce que quand elle fait dix choses à la fois, elle va casser un truc. Mais c'était pas l'hyperactivité de Pierre-Louis. Pierre-Louis a eu un diagnostic d'hyperactivité, de troubles de la concentration et de dyslexie. Arthur, pour la première fois, on m'a parlé de dépression, mais troubles de l'attention quand même avec dyslexie plus que profonde, bien plus profonde encore que celle de Pierre-Louis qui était déjà costaud, mais avec une tendance dépressive. [...] Et Edwige, elle avait déjà un trouble de l'attention très important avec aussi, comme sa sœur, une légère hyperactivité. Elle bouge beaucoup. Quand elle était devant la télé, elle bougeait dans tous les sens, elle tenait pas une position plus de trois minutes, etc. Mais avec le temps, je trouve que c'est pas tellement ce qui la caractérise. C'est une enfant très vivante mais beaucoup d'enfants sont très vivants. Par contre, son trouble principal, c'est ce trouble d'attention qui fait qu'elle perd tout et son trouble aussi de la compréhension des choses, qui est plus développé finalement que chez les autres. »

Comme on le voit, Mme Benoist établit aussi une distinction importante entre les filles, davantage caractérisées par des troubles de l'attention malgré le diagnostic d'hyperactivité également posé sur elle, et les garçons, pour qui elle insiste davantage sur l'hyperactivité, la dyslexie et les colères dont ils étaient capables. On retrouve ici la figure plus féminine des troubles de l'attention, qui engendre des scolarités laborieuses mais discrètes, et celle de l'hyperactivité, source de parcours scolaires tout aussi difficiles mais bien plus visibles. On peut aussi remarquer que Mme Benoist a obtenu des reconnaissances administratives de handicap pour les deux garçons, mais qu'elle n'en a pas demandé pour ses filles. D'une certaine façon, Mme Benoist a été bien plus préoccupée par ses garçons que par ses filles, probablement parce que les difficultés des garçons sont à la fois plus bruyantes (en s'exprimant davantage sur le registre du comportement agité) et plus angoissantes (car plus facilement reliées à des risques de délinquance, de violence et de déclassement social).

Au-delà de ces différences largement liées au genre, Mme Benoist a choisi de privilégier les relations individuelles et affectives avec ses enfants plutôt que la réputation collective de la famille. Elle l'exprime en disant que dans un premier temps, son mari voulait régler les choses « en vase clos », c'est-à-dire sans que rien de visible ne sorte de la sphère familiale, mais qu'ils y ont finalement renoncé, assumant publiquement (auprès de leurs amis, de la famille, de

l'école) les troubles de leurs enfants, en s'appuyant sur les mots glanés au cours de leurs quêtes diagnostiques. Ainsi, les difficultés de leurs enfants ont fait voler en éclats l'organisation familiale et plus généralement leur manière de voir le monde et d'envisager l'avenir. Leurs quêtes diagnostiques pour les différents enfants concernés, à la fois multiples et coordonnées, n'ont pas permis comme pour Nathan le retour à une trajectoire antérieure, mais ont plutôt accompagné de multiples ruptures.

« Si, c'est de ta faute ! » Une rupture invisible

Si ce cas contraste avec celui de Nathan, il contraste tout autant avec celui de la famille d'Ashna Patil, diagnostiquée TDA/H puis Asperger²⁹, qui est d'origine indienne et habite dans un arrondissement du sud de Paris. Ses parents, qui dirigent une entreprise familiale florissante d'import-export, ont mené le plus loin possible la stratégie du « vase clos » dont parlait Mme Benoist, qui consiste à confiner les informations sur les diagnostics d'Ashna dans un espace à la fois restreint et cloisonné. Une fois diagnostiquée TDA/H puis Asperger, Ashna a pu suivre une scolarité normale, bien qu'elle ait pour cela dû redoubler d'efforts et prendre par périodes un traitement à base de méthylphénidate. Les parents d'Ashna n'ont pas bouleversé comme les Benoist leurs principes éducatifs, ils ne se sont pas coupés de leurs amis, de leur quartier ou de leur famille et ils n'ont pas non plus modifié de manière radicale leur vision du monde, ni même de l'école. Mais à y regarder de plus près, cette continuité apparente s'est faite au prix d'une forte discontinuité dans la sphère privée, dans la mesure où la mère d'Ashna a fait des efforts colossaux pour maintenir cette impression externe de continuité.

« Et au-delà de l'école, avec les amis ou avec la famille, comment vous expliquez les choses ?

On n'explique pas. C'est compliqué. On est d'origine indienne, donc on appartient à une communauté, on a un centre où on se voit tous les week-ends, ce qui nous permet de garder des relations sociales, de garder la langue, la culture, les mariages, les naissances, tout ça, et comme toute communauté, malheureusement, c'est aussi le lieu où tout est caricaturé très vite. J'ai choisi de ne rien dire. [...] Mais par contre, ça pose beaucoup de problèmes. [...] D'après les échos que je reçois, les gens disent que c'est une fille un peu

²⁹ Le syndrome d'Asperger est un trouble du spectre de l'autisme qui se manifeste par des difficultés de communication, une altération des interactions sociales, des intérêts restreints et des comportements répétitifs et stéréotypés.

spéciale, ou qu'elle a été trop gâtée pourrie quand elle était petite, ou qu'elle est un peu égocentrique. Ça passe pour du mauvais caractère. Aujourd'hui je préfère que ce soit vu comme ça que comme un handicap. »

Mme Patil a mis en place des stratégies pour garder secrètes les activités thérapeutiques, pourtant nombreuses, d'Ashna. Ainsi, elle ne donne que le prénom d'une thérapeute au petit frère d'Ashna, qui les accompagne, pour ne pas qu'il donne d'indices sans le vouloir à d'autres personnes ; elle demande à ses parents de dire qu'elle est partie faire des courses si quelqu'un appelle pendant une prise en charge ; elle donne peu de détails à ses proches et à Ashna elle-même sur ses troubles. Sa conduite est guidée par la volonté d'éviter un stigmat collectif, mais aussi de pousser Ashna à faire avec ses difficultés plutôt qu'à s'en servir comme excuse. Ainsi, malgré ses difficultés scolaires et relationnelles, Ashna n'a jamais bénéficié d'aménagements particuliers dans le cadre scolaire, même si sa mère prévenait quelques personnes à l'école, souvent plusieurs semaines après la rentrée. Mme Patil s'est ainsi montrée très loyale et même élogieuse vis-à-vis de l'école, bien loin de l'attitude de Mme Benoist qui critique constamment les enseignants et l'Éducation Nationale, mais aussi de celle de Mme Favre, qui a toujours cherché l'école la plus adaptée pour Nathan. Pour Mme Patil, c'est à Ashna de s'adapter à l'école et non l'inverse.

« Le but est qu'elle apprenne à s'adapter aux autres, qu'elle apprenne à faire avec ce qu'elle a, et qu'elle n'ait ni traitement de faveur, ni traitement de délaisement, ni l'un ni l'autre. Donc les professeurs n'étaient pas au courant. [...] L'autre problème que nous avons eu aussi avec Ashna, c'est qu'elle se cache derrière tout ça. Il y a des moments où elle dit : « De toute façon, c'est pas de ma faute, je suis hyperactive. » Et en fait, on lui a toujours dit : « Si, c'est de ta faute parce que tu es traitée. » »

Lorsque Mme Patil fait malgré tout usage du diagnostic, elle le fait dans un cadre précis, en s'assurant qu'il n'y ait pas de risque de diffusion trop large. Elle privilégie alors le terme de TDA/H à celui d'hyperactif, car « un enfant hyperactif, ça veut dire bruyant, canaille, horreur ! » Elle met en avant plutôt la face sombre de l'hyperactivité dans le cas d'Ashna, ne cherchant pas à l'associer à une créativité ou à des dons particuliers, mais soulignant au contraire qu'Ashna a « le corps et les formes d'une enfant de 13 ans et le mental d'une enfant de 7-8 ans ». La face brillante n'est pas absente de son discours, mais est mobilisée pour un homme, son mari, qui « ne sait pas se poser », « fait 150 choses en même temps » et « a besoin

d'être investi dans plein de trucs ». Il semble d'ailleurs assez nettement que bien qu'elle fasse beaucoup d'efforts pour Ashna et la pousse énormément sur le plan scolaire, Mme Patil ait reporté beaucoup de ses attentes sur ses deux frères, qu'elle a investis de deux manières différentes mais opposées à Ashna. Si le premier, « un bisounours », représente l'antithèse d'Ashna par son côté équilibré, sociable et affectueux, le second est aussi son opposé, mais par un effet miroir : il est lui aussi dans « l'anormalité », mais par son côté brillant et « filou ». Il a été diagnostiqué "précoce", ce que Mme Patil relie de façon étonnante au TDA/H, interprétant à sa façon une remarque d'un médecin : « C'est la généticienne qui nous a dit que le TDA/H, l'Asperger, la précocité, tout ça était plus ou moins dans la même sphère neuro, très distinctement par rapport à la trisomie ou des choses comme ça. » Ici aussi le genre semble une variable clef pour comprendre comment se distribuent les caractéristiques symboliques associées aux diagnostics.

L'investissement très fort dans la scolarité des enfants s'explique aussi par le fait que les Patil ont connu une ascension sociale assez nette en héritant de l'entreprise familiale des parents de M. Patil, mais en la développant très fortement à l'international. Ils habitent un appartement moderne et bien entretenu, où transparait leur capital économique. On peut d'ailleurs constater une situation diamétralement opposée à celle que l'on avait observée dans les relations entre les Benoist, qui ont eux vécu un déclassement social, et la génération des grands-parents. Ce sont cette fois ces derniers qui sont taxés de laxisme, fragilisant les relations, sans pour autant les rompre comme dans le cas des Benoist :

« Comme pour eux, il n'y a pas de souci, ils considèrent qu'on est trop stricts, trop durs, pas assez patients. [...] Au début, c'était vraiment très conflictuel, quand on disait non pour quelque chose, eux disaient oui derrière. Quand elle va dormir là-bas, ils me demandent toujours si elle peut prendre une Danette au chocolat, par exemple, mais je préfère pas, sachant que dans l'hyperactivité il y a une addiction au sucre, qu'elle en mangeait tout le temps et dès qu'elle allait là-bas, c'était frites et Coca. À un moment donné, je leur ai dit que ce n'était pas possible. [...] Il n'y a pas de conflit mais il n'y a pas forcément de soutien. »

Il y a donc aussi dans le cas des Patil des formes de rupture, mais qui se font à bas bruit, en préservant une image normale de la famille, au prix d'une dévalorisation d'Ashna, considérée par beaucoup comme ayant « mauvais caractère » ou étant « mal élevée ». La quête

diagnostique autour d'Ashna, qui a été menée de manière très active et sur de nombreuses années, a beaucoup de sens pour ses parents et est utilisée, avec modération, dans le cadre scolaire, mais semble complètement mise entre parenthèses sur d'autres scènes. Confronté aux cas des Favre et des Benoist, ce dernier montre comment la quête diagnostique peut être mise au service d'un parcours qui mêle rupture et continuité, au prix d'un fort cloisonnement entre les différentes scènes sociales fréquentées.

C. Assumer la différence ? Investir les approches psychodynamiques.

Les familles présentées dans cette deuxième section présentent plusieurs points communs avec les précédentes : il s'agit de familles ayant des ressources économiques et culturelles relativement importantes, de parents qui attachent une grande importance à la scolarité de leur enfant et investissent fortement différents soins et prises en charge. En revanche, dans cette offre de soins éclatée dont ils décryptent de manière tout aussi fine que les parents précédents les controverses et les clivages, ils se sont orientés de manière différentes, puisqu'ils ont inscrit durablement leur enfant dans des suivis et prises en charge relevant d'une approche psychodynamique : ces psychothérapies en CMP critiquées par les parents précédents, ces structures de soin qui travaillent avec les enfants en évitant de poser des diagnostics et de prescrire des médicaments. Qu'est-ce qui distingue ces familles des précédentes ? En quoi les parcours de ces enfants se construisent-ils de manière différente ? Nous allons rentrer dans le détail de l'un de ces parcours, celui de Julien et de sa famille, avant de reprendre des traits généraux communs à cet ensemble de parcours.

a. Le parcours de Julien et de sa famille : s'en remettre aux centres de soin dans un contexte privilégié

Julien a dix ans au moment de l'enquête. Il vit avec sa mère et sa sœur de dix-sept ans, Louise, dans un petit appartement à la décoration soignée et épurée, dans un quartier aisé du quatorzième arrondissement. Son père habite dans un quartier proche avec sa nouvelle compagne, Julien le voit deux fois par semaine et dort chez lui chaque week-end. Arrivés depuis vingt ans en France, les parents évoquent souvent leurs découvertes et leur étonnement face aux institutions françaises, l'école, les soins, par contraste avec les contextes très différents dans lesquels ils ont grandi : le Luxembourg et l'Allemagne pour la mère, Justine Crévarec, 50 ans, l'Italie pour le père, Paolo Rivoli, 60 ans. Ils se sont rencontrés à Milan où Mme Crévarec était étudiante, et se sont installés ensemble à Paris lorsque M. Rivoli a monté son agence de design. Mme Crévarec poursuit alors des études de sciences sociales, travaille quelques années dans un institut de sondage, puis fait le secrétariat administratif de l'entreprise de son mari, avant de se mettre au chômage pour écrire. Elle anime des ateliers d'écriture, puis prend la direction d'une école de formation d'enseignants de yoga.

Retraçant le parcours de Julien, Mme Crévarec raconte que rétrospectivement, elle se rend compte que les « problèmes » ont commencé tôt : les puéricultrices de la crèche lui ont souvent signalé que Julien avait tapé ou mordu d'autres enfants. Au moment de l'entrée à l'école en petite section, Julien n'était pas propre, il faut attendre janvier pour qu'il fasse sa rentrée – ses parents consultent alors, de leur propre initiative, une psychologue. Il est scolarisé dans une école privée développant un projet axé sur l'international, école que M. Rivoli et Mme Crévarec avaient déjà choisie pour Laurine (après deux années décevantes dans une école maternelle publique), sur les conseils d'un couple d'amis américains. Mme Crévarec explique que cette école utilisant la méthode Freinet correspond « à la vision qu'elle se fait de l'enfant ». M. Rivoli la décrit comme un lieu privilégié, avec beaucoup d'enfants de couples binationaux, « un peu un ghetto », mais aussi « un contexte un peu protégé quand on ne sait pas manipuler le système scolaire français qui est très implicite ».

En petite section, l'enseignante de Julien signale des difficultés – « une certaine asocialité », se souvient Mme Crévarec – et les oriente vers une psychologue en libéral. Les relations avec les autres enfants sont compliquées, il bouscule souvent, est parfois agressif, M. Rivoli et Mme Crévarec sont régulièrement pris à parti par d'autres parents à la sortie de l'école. C'est en grande section que « l'entonnoir s'est resserré », comme le raconte Mme Crévarec : l'enseignante et la directrice jugent que Julien n'est pas assez mûr pour entrer au CP, mais qu'on ne peut pas le faire redoubler car il est trop grand physiquement. Elles conseillent de prendre rendez-vous dans un CMPP, ce que M. Rivoli et Mme Crévarec font, tout en démarchant d'autres écoles privées. Au CMPP, Julien commence à voir un psychologue psychanalyste. Mme Crévarec se souvient de l'effet « mystérieux et miraculeux » des premières séances. Les choses s'apaisent, parce que Julien fait des progrès mais aussi semble-t-il parce que l'école, rassurée de leur démarche, autorise Julien à passer en CP.

Pendant le CP, aux problèmes de comportement s'ajoutent des difficultés pour l'écriture. Le psychologue du CMPP oriente Julien vers le CATTP Paris Sud. À partir du CE1, Julien a donc chaque semaine une demi-journée au CATTP et un rendez-vous au CMPP avec le psychologue, auquel s'ajoute un peu plus tard une séance de psychomotricité. Les professionnels du CATTP notent comme motif d'admission : « troubles des apprentissages, difficultés à vivre en groupe, agitation psychomotrice, angoisse de séparation. » Au fil des séances, ils notent chez Julien une alternance entre des moments de grande agitation (« rapidement submergé par l'excitation du

groupe, souvent dans un contact physique avec les autres »), des « moments dépressifs », « des moments où il perd le contact, le lien, et où il se jette au sol et s'agite », mais aussi « des moments assez bien secondarisés, où il parle de manière structurée et fait part de connaissances bien retranscrites ». Au sein du CATTP il passe un bilan « logico-maths » qui fait ressortir un « enfant très paradoxal, d'une part plutôt très en avance sur le plan de l'intégration de la logique, d'autre part celle-ci ne fait pas sens pour lui car elle ne permet pas de circonscrire le questionnement qui se traduit quasi invariablement par une irruption de l'imaginaire destructeur ». Les professionnels décrivent Mme Crévarec comme « souvent désemparée » mais « très rassurée » par le suivi au CATTP, M. Rivoli comme « réticent » vis-à-vis des soins. Ils énoncent, comme piste de compréhension des difficultés de Julien, « des difficultés de séparation mère/fils liées aux difficultés du couple ». Aucun traitement médicamenteux n'est mis en place. Ni l'école ni les centres de soin n'évoquent d'AVS ni de dossier MDPH.

Au moment de l'enquête, Julien est en CM1 et il est question de l'orientation pour la sixième. Les différents professionnels et l'école ont indiqué de façon unanime aux parents que le collège public ne serait pas adapté pour Julien, et leur conseillent un collège parisien privé « de réadaptation scolaire » avec des petits effectifs, un fort taux d'encadrement et une équipe médico-psychologique intervenant au sein de l'établissement. M. Rivoli se rallie à cette solution, estimant qu'il n'a pas suffisamment de connaissance du système scolaire français pour mieux se repérer. Mme Crévarec adhère avec confiance : « Quand ils nous ont dit ça, c'est toujours un peu une couleuvre à avaler, ça signe une diversité de l'enfant, et en même temps c'est super rassurant, génial que vous nous ayez dit de quoi il a besoin ! »

Difficile au quotidien, ponctué de nombreuses inquiétudes et marqué par la séparation de ses parents, la trajectoire de Julien s'est cependant déroulée, sur le plan scolaire et sur le plan des soins, d'une manière assez linéaire : pas de changement d'école, adhésion des parents aux prises en charge proposées, dès la première orientation au CMPP, puis lors du renforcement des soins au CATTP, enfin pour l'orientation vers ce collège de réadaptation. Quelles pistes pour analyser ce parcours ?

Il semble important d'abord de revenir sur l'orientation faite dès la grande section vers un CMPP travaillant avec une approche psychanalytique. Cette orientation s'est faite au croisement de différents facteurs, et elle entre en écho avec les dispositions et préférences des parents de Julien. Elle est liée au choix de l'école privée méthode Freinet, qui a l'habitude

d'orienter vers ce CMPP ou vers des psychologues en libéral travaillant avec la même approche (la psychologue conseillée par l'école en moyenne section avait elle-même travaillé au même CMPP). M. Rivoli et Mme Crévarec sentent comme un « réseau », déjà constitué ou en cours de constitution, entre l'école et les différents professionnels qu'ils consultent. Au cours des réunions parents/école/professionnels, Mme Crévarec décrit des enseignantes qui écoutent beaucoup les soignants du CMPP et du CATTP, reconnaissent une forte autorité à la pédopsychiatre du CATTP, apparaissent même en demande d'éclairage et de formation de la part des soignants.

De leur côté, les parents étaient partants et réceptifs aux propositions de l'école, comme l'explique Mme Crévarec :

AB : Ils ont senti que vous étiez prêts à faire une démarche...

Mme Crévarec : Oui, plus que prêts, au contraire. On avait déjà été entretemps voir une autre psy, quand il avait pas réussi à être propre, la pédiatre nous avait conseillé un psy. On avait été quelques séances. La psy : « Ju veut pas se séparer de vous, ou vous voulez pas vous séparer de lui, c'est un problème de séparation. » Donc moi j'avais déjà ça dans la tête. J'ai suivi pendant un certain temps un cours de psychopathologie, qui mettait en lien que dans le cas de l'autisme il y avait peut-être un lien... enfin ils étaient plus radicaux, eux c'était la faute de la mère, moi je serais plus... (*rires*), enfin il y avait quand même l'hypothèse que la mère jouait un rôle, moi ça me faisait pas plaisir mais c'était pas quelque chose qui était complètement... que je rejetais.

M. comme Mme Rivoli se sont depuis longtemps intéressés à la psychologie. Ils ont tous deux suivi des cours de psychologie dans le cadre de leurs études en sciences sociales, et ont eux-mêmes suivi des psychothérapies pour eux, y compris avant d'avoir leurs enfants. Tous deux investissent cependant de manières différentes les suivis mis en place autour de Julien. Mme Crévarec en parle comme d'une sorte de révélation. Elle a rapidement lu le livre écrit par le psychologue psychanalyste que voit Julien au CMPP, essai critique des « nouveaux » diagnostics tels que celui d'hyperactivité, ainsi que des reconnaissances de handicap et des traitements par méthylphénidate. Mme Crévarec se découvre très en accord avec son approche, notamment avec le fait de « ne pas poser de diagnostic ». Au fur et à mesure des suivis de Julien, elle dit découvrir un nouveau langage, une manière de penser les problèmes : « Ça a suscité chez moi une sorte de nécessité d'apprendre, de m'alphabétiser dans la psychologie ». Surtout,

elle découvre la psychanalyse. Lorsque l'école décide de garder Julien en CP, elle « s'autorise à craquer » et commence une psychanalyse, qui reste pour elle « la découverte absolue ».

Vis-à-vis de l'école et des différentes équipes soignantes, Mme Crévarec raconte qu'elle a peu à peu compris et accepté la place et le rôle qu'elle était censée endosser, y compris quand il s'agit de se mettre en retrait et de s'en remettre aux professionnels : ne pas tout savoir, ne pas avoir la main sur les « négociations » qui se jouent entre école et soins, accepter que les difficultés de Julien sont dues en partie à ses propres « fragilités » :

C'est au moment des réunions entre l'école, le CATTP et nous les parents, qu'à mon avis il y a les grandes négociations ! (rires) parce qu'en fait... une des choses les plus marrantes, je trouve dans cette situation, en tous cas en tant que parent, pour moi, je sais jamais très bien, je veux dire c'est normal, je sais jamais... comment dire ? je sais qu'il y a beaucoup de choses que je ne sais pas, de ce qu'ils se disent entre eux, l'école et le CATTP. Donc pour moi c'est une grande nébuleuse, de ce que je suis pas censée savoir. Et je suis toujours à la fois moi-même, et en même temps en train de dire : « d'où ça sort cette chose-là ? qu'est-ce que je dois comprendre dans cette situation ? comment je dois interpréter ? » À un certain moment j'ai eu l'impression que j'étais en train de m'assouplir, de devenir une espèce de poulpe qui essayait de comprendre des messages (...) Comme je sais que je suis partie prenante mais que il y a un certain nombre de choses qui sont dues à mes propres fragilités, je trouve que c'est difficile de naviguer là-dedans en essayant de rester à la bonne place, en laissant la place quand il faut parce que pour l'enfant c'est bien à ce moment-là que la mère se retire (rires) c'est ça un peu le truc, qu'est-ce que je suis censée faire, être présente quand il faut, absente quand il faut (rires) (...) C'est aussi comme ça que j'ai entendu le passage au CATTP aussi : madame, c'est un endroit pour votre enfant, sans vous etc et... donc j'ai pris acte, j'ai accepté, avec le deuil que ça causait chez moi à cause de certaines fragilités.

Cette dimension contraste avec l'expérience des parents évoqués dans la partie précédente, puisqu'à aucun moment Mme Crévarec ne dit avoir souffert d'un regard culpabilisant des professionnels. Elle accepte notamment l'hypothèse principale qui lui semble émaner des soignants, celle d'une difficulté de séparation :

Mme Crévarec : Mais ça m'a obligé à bouger beaucoup.

AB : Sur quels aspects ?

Mme Crévarec : Sur tout ce qui est lié à la séparation, c'était le grand sujet. D'abord le fait que Ju aille en consultation avec Joël Berg, ça a été un moment de séparation pour moi, et ensuite le fait qu'il aille en CATTP. Je peux pas dire que je sente que c'est fini comme question pour moi, mais ça m'a forcé à la regarder, à en prendre acte, et en ça, ça a été grandiose. Je ne sais pas comment... quand je vois l'ampleur des moyens qui ont été mis en place pour que cette séparation ait lieu, je me dis heureusement !

Mme Crévarec a aussi adapté ses manières de faire, et elle décrit ses pratiques éducatives, et ce qu'elle perçoit comme ses limites, en valorisant des aspects qui sont valorisés par les professionnels des lieux de soin fréquentés : le fait de faire parler l'enfant, d'« élaborer » :

J'ai pris le parti, quand ça va pas, je mets les limites, quitte à hurler. J'ai trouvé une manière de cadrer ce qui me dépasse. Comme ça, plus ou moins on arrive... il regardait longtemps la télé, je disais : « tu arrêtes la télé à huit heures », il a fait une crise, je me suis énervée, j'ai crié. Et c'était intéressant parce qu'après il a pu venir me dire : « Maman, quand tu cries, pour moi c'est très déprimant ». Donc on a pu élaborer ça, on a dit : « Ok, c'est déprimant, mais pour moi aussi c'est déprimant, après je ne sais pas combien d'heures de télé ». En plus je sais que certaines situations passent par des crises. J'ai trouvé une manière de me débrouiller, je ne sais pas si pour lui c'est une bonne manière.

Lorsqu'elle parle de ses pratiques éducatives, Mme Crévarec évoque souvent sa difficulté à se positionner en tant que mère, que l'on peut relier au rapport ambivalent à l'éducation très stricte qu'elle a elle-même reçue, de sa mère d'origine ouvrière, secrétaire puis mère au foyer, et de son père issu de la grande bourgeoisie luxembourgeoise, rentier et travaillant dans la finance. Elle rejette cette éducation :

Traditionnelle du 19^{ème} siècle ! la femme travaille pas, se marie, à des enfants. Les enfants se couchent à sept heures, il faut manger certaines choses. J'avais l'impression que mon corps était régulé de l'extérieur. Il y avait des choses qui étaient bonnes mais c'était trop, ça a explosé en vol, j'ai eu des anorexies... j'ai pas su, c'est une éducation qui m'a pas mal cassée.

Mais elle dit aussi qu'elle regrette d'avoir tout rejeté en bloc, de ne pas avoir su faire comme son frère (agent immobilier à Venise et dont la femme est peintre), qui a d'après elle gardé « ce qui était bon » : il sait être « ferme » avec les enfants, attentif à leur bien-être, ses enfants vont dans une école Steiner... tout ceci représente pour Mme Crévarec une sorte d'« idéal » qu'elle se sent incapable d'atteindre. On peut faire l'hypothèse qu'elle a gardé de sa socialisation primaire à la fois l'idée que l'éducation des enfants est très importante (elle s'est arrêtée de travailler en entreprise lors de la naissance de sa fille, sentant qu'elle ne pourrait mener les deux de front) et une difficulté à se positionner par rapport aux méthodes jugées trop strictes de ses parents, à inventer d'autres manières de faire. Elle dit qu'elle n'a jamais réussi à maintenir un cadre à la maison : pas trop d'écran pour les enfants, se coucher à une certaine heure... « Tout s'est passé de manière très différente de ce que je pensais qu'il était censé se passer », résume-t-elle. Elle s'est trouvé mal à l'aise dans son rôle de parent et a rapidement considéré qu'il fallait qu'elle délègue à d'autres personnes :

Cette idée que les parents expliquent des choses, mais j'ai jamais réussi à expliquer quelque chose. Même d'avoir la patience de jouer avec l'enfant, j'ai pas cette patience d'être avec l'enfant, je suis pas pédagogue du tout. Donc j'ai vite compris ça et délégué. Moi j'arrive pas, trouvons les personnes qui puissent le faire. Je pense qu'avec Ju c'est un peu pareil, j'ai vite délégué. Heureusement que des solutions ont été proposées parce que je me sens un peu dépassée par le rôle de parent.

Les suivis proposés par le CMPP et le CATTP s'inscrivent dans ce mouvement de délégation, et Mme Crévarec les accepte d'autant plus qu'elle est portée à penser qu'elle n'a pas su mettre en place elle-même la « bonne » éducation.

Elle pointe aussi de nombreux liens entre les problèmes de Julien, sa découverte de la psychanalyse, les discussions autour des choix de prise en charge et sa séparation d'avec M. Rivoli. Elle replace leur séparation dans la continuité de la mise en place des suivis de Julien et de sa psychanalyse : cela a été un « processus avec de multiples séparations ». Elle raconte les choses ainsi lorsque je lui demande si elle a parfois été en désaccord avec les propositions des centres de soin :

C'est dans le couple que ça s'est joué, cette chose-là. À un certain moment, j'ai choisi mon camp, si je puis dire. J'ai dit : « C'est eux qui détiennent la possibilité pour Ju de

guérir et je l'ai accepté. » Même si pour moi c'est horriblement douloureux pour moi et ça me met face à certains aspects de folie ou je sais pas quoi, je vais accepter parce que j'ai senti que c'est la bonne voie. Et ça, ça a clashé avec le père de Ju, parce que lui il pensait que son fils allait bien. Et peut-être que c'est juste de son point de vue parce que le problème était essentiellement avec moi. (...) Et Ju a été – c'est triste mais c'est comme ça – ma possibilité de me séparer de Paolo parce que tout ça a explosé. (...) CMPP et CATTP ont rendu toutes ces séparations possibles en protégeant le plus possible Ju, c'est ce que je me dis, dans ce bordel ils ont joué un rôle protecteur.

De son côté, le père de Julien est resté plus critique, plus sceptique vis-à-vis des prises en charge proposées, mais aussi vis-à-vis de l'idée que Julien aurait réellement un « problème ». Les deux sont liés : il reproche principalement aux professionnels du CMPP et de CATTP de ne jamais avoir voulu, ou su, lui expliquer, malgré ses questions renouvelées, quel était le « problème » de Julien :

J'étais perturbé par le fait que... c'est pas que je recherchais particulièrement, mais dans toute cette histoire il y a jamais eu de diagnostic. Personne a jamais dit : « Julien a ce type de problème », je tiens pas particulièrement qu'on me dise une étiquette DSM mais voilà quel est son problème et voilà comment on recommande la prise en charge. Ils ont dit des choses assez évidentes comme : « il a une croissance déséquilibrée entre sa croissance, son physique et certains aspects émotionnels ». (...) Des descriptions toujours un peu factuelles : « il a du mal à se séparer, il supporte pas la frustration ». J'ai toujours regardé cette chose là avec un peu de... moi aussi je supporte pas la frustration, et je connais peu d'enfants qui supportent bien la frustration. C'est pas pour nier, parce qu'il y a eu beaucoup de moments où le comportement de Julien était imprévisible et impulsif, ce qui faisait très peur à ses copains, ses copains étaient terrorisés, il était plus grand, c'est classique, à cet âge-là il y a des petites crevettes qui se retrouvaient en larmes, par terre. Ça effectivement, je reconnais. Je dois avouer que en tant qu'Italien élevé dans les années 60, je continue à pas voir une situation si extrême. C'est des enfants, quoi. Je suis resté toujours agnostique.

Lorsqu'en CE2, Julien dit ne plus vouloir aller au CATTP, M. Rivoli le soutient dans son envie d'arrêter cette prise en charge, et regrette que l'équipe du CATTP n'ait pas pris en compte ce

point de vue et aient interprété les réticences de Julien uniquement comme une résistance à l'engagement dans les soins :

Elle (la pédopsychiatre) dit : « Julien ne veut plus venir parce qu'un de ses copains qu'il s'est fait ici est parti, donc il préfère se retirer plutôt que de s'engager dans de nouvelles relations... » Bon, ok. C'est un non dialogue. Un argumentaire sur lequel on n'avait pas de prise.

M. Rivoli regrette également que les soignants ne prennent pas en compte le point de vue des parents, ne partageant pas avec les parents leurs hypothèses diagnostiques et ne prenant pas en compte leurs interprétations et leurs préférences :

Je considère, peut-être à tort, avoir une certaine intelligence et une certaine culture des choses sociales. J'aurais bien aimé avoir un dialogue. C'est comme si le fait d'être le parent m'excluait d'avoir un dialogue paritaire. T'es partie prenante, t'es dans la case parent et tu restes dans la case parent indépendamment de ce que tu es toi. Une sorte de négation de ce que je suis.

Les relations avec les soignants, comme les décisions de prise en charge ont été un « sujet de discussion » entre M. Rivoli et Mme Crévarec, mais M. Rivoli raconte qu'il a « lâché prise » parce qu'il s'est rendu compte à quel point les suivis en psychiatrie étaient importants pour Mme Crévarec : « Elle m'a clairement dit que pour elle le fait que Julien soit suivi lui apportait une réelle réassurance (...) j'ai considéré que si c'était important pour elle, c'était bénéfique pour Julien. »

De manière plus générale, il faut noter que malgré que malgré ces points de désaccords et ce regard critique sur les centres de soins, M. Rivoli a cependant un avis positif sur l'esprit général de ces accompagnements. Il évoque la « qualité » des professionnels, les progrès faits par Julien, notamment sur le plan de la sociabilité : « Dans les premières années d'école primaire, il était très isolé avec une très mauvaise réputation, et aujourd'hui c'est un garçon très populaire, très apprécié, il a un réseau de copains, ils s'invitent les uns les autres ». S'il considère que l'on a collé à son fils une image stigmatisante, un peu exagérée, les soins mis en place ont pour lui un rôle ambivalent. D'un côté, ils signent une différence de Julien, de manière sans doute abusive : M. Rivoli s'est souvent dit qu'en Italie, dans une société qu'il décrit comme très

différente, plus ouverte à la diversité, et avec plus de soutien familial, Julien n'aurait probablement pas été considéré comme « à problème » ni suivi en psychiatrie. D'un autre côté, il apprécie que l'approche des professionnels de ces centres permette justement de lutter contre la stigmatisation à l'école. C'est le cas par exemple en CM1, lorsque les enseignantes expriment des doutes sur le fait de pouvoir emmener Julien dans un séjour aux Etats-Unis en CM2. Suite à une classe verte où le comportement de Julien a été considéré comme particulièrement difficile, une réunion réunit l'école, les parents et la pédopsychiatre du CATTP, qui relativise ces comportements, d'une manière que M. Rivoli (comme Mme Crévarec) apprécie beaucoup :

C'était assez formidable parce que Mme Revel a dit : « C'est quoi le problème, c'est des enfants de dix ans, ils sont en classe verte et ils foutent le bordel dans une chambre. Ça s'appelle des enfants ! » Je pense que Julien a porté à l'école une sorte de réputation qui lui colle à la peau et qui met des biais. De la démesure dans la sanction.

Lors de cette réunion, la pédopsychiatre demande à l'école d'aménager les choses aux Etats-Unis pour que Julien se sente bien : une famille qui parle français et la possibilité d'appeler ses parents 24h sur 24. M. Rivoli est donc sur le fond plutôt en phase avec l'approche des professionnels, même s'il aurait préféré moins de soins et plus de dialogue avec les parents.

Tout ceci explique que M. Rivoli et Mme Crévarec n'aient jamais fait de démarches pour une autre prise en charge ou un autre diagnostic. L'hypothèse d'un autisme Asperger a pourtant croisé leur route lors de la moyenne section, lorsque Mme Crévarec avait recontacté, pour parler de Julien, une psychologue TCC qu'elle avait autrefois consulté pour elle-même : cette psychologue avait dit, sans le rencontrer, que Julien était « sûrement Asperger ». Or, ils ne font aucune démarche pour préciser un tel diagnostic. Mme Crévarec, malgré son inquiétude face à cette hypothèse, dit avoir été convaincue par l'approche psychanalytique qui consiste à ne pas poser de diagnostic et à laisser du « mouvement » et une « possibilité ». M. Rivoli quant à lui dit que cela ne l'a jamais inquiété et que de toute façon il ne souhaitait pas avoir une « étiquette DSM » :

AB : Par rapport au fait que les professionnels vous donnaient pas une description précise du problème ? est-ce que vous avez été voir d'autres professionnels ?

M. Rivoli : Non, parce que je me suis jamais inquiété. J'ai jamais pensé que Ju pouvait avoir un problème grave, une forme d'autisme, Asperger, j'ai jamais pensé ça... j'ai

jamais vraiment beaucoup cherché à tout prix à avoir une étiquette. Aussi parce que j'ai toujours été en confiance avec ces gens-là, si quelque chose avait été détecté ça aurait été dit. M'entendre dire : « Votre garçon est hyper-intelligent », je sais pas quoi, ces conneries-là, je m'en fiche complètement ce genre de choses. Je le vois, très souvent je l'observe, il me semble un garçon parfaitement normal ! Après je vois qu'il y a des choses qui lui sont difficiles, il a aussi d'autres où il a des vrais talents.

M. Rivoli décrit en effet des « talents » de son fils, livrant une description qui pourrait faire penser à une forme de précocité (très intelligent, très créatif, « très sophistiqué » à l'oral, avec un vocabulaire « richissime », une mémoire formidable), sans pour autant s'engager dans une recherche de certification médico-psychologique de ces qualités.

À travers l'expérience de Julien et de ses parents, on voit se dessiner les grands traits d'un mode d'adhésion aux approches psychodynamiques : une adhésion socialement située, reposant sur une proximité sociale avec les soignants de ces centres, sur une proximité de conceptions concernant les valeurs éducatives et le regard posé sur l'enfant. Sur la suite de cette section, en comparant l'histoire de Julien avec d'autres trajectoires proches (celle de Valentin et celle de Sylvain), on peut introduire des nuances, tout en précisant les termes de cette adhésion aux approches psychodynamiques, qui est liée à un certain rapport à l'école : c'est une adhésion non exempte de critiques, mais garantie par des ressources qui permettent à la fois de faire face au mélange avec des familles défavorisées dans ces lieux de soins, et de relativiser l'enjeu d'une scolarité normale, tout en gardant un certain contrôle sur le parcours de l'enfant.

b. Suivre ou devancer les conseils de l'école, s'orienter dans l'offre de soins

De manière générale, ces parents ont tous très tôt initié des suivis psychologiques pour leur enfant, dès les premiers conseils de l'école ou avant même que l'école ne signale des problèmes.

Ainsi, autour de Valentin, les parents et l'école se sont concertés à différents moments pour décider de la mise en place de suivis, et les parents ont à chaque fois recherché eux-mêmes des professionnels, en s'appuyant sur quelques interlocuteurs de confiance (dont leur pédiatre) et sur les conseils d'amis. Valentin a fait tout sa scolarité maternelle et primaire dans l'école publique du quartier, où est également scolarisée sa sœur aînée, Rachel. Dès la petite section,

les enseignantes signalent des difficultés de graphisme, de motricité fine qui prennent de l'importance en grande section pour apprendre à écrire. L'école conseille de la psychomotricité, les parents prennent eux-mêmes contact avec une psychomotricienne. D'autres difficultés s'ajoutent, qui relèvent à la fois d'angoisses et de difficultés de comportement, à l'école comme à la maison. À la maison, sa mère, Béatrice Galaud, parle d'un enfant « désobéissant, chiant », le décrivant ainsi :

« Toujours un boulet. Pas des grosses bêtises. Mais un boulet, toujours à trainer, à pas faire. Il faut toujours répéter, répéter, et quand on lui dit, mets ton pantalon, il va mettre son tee-shirt. (...) Toujours à ne pas faire. Faire autre chose que ce qu'on lui demande, mais sans être dans la confrontation. Dans l'évitement. »

À la fin de la maternelle, Valentin fait beaucoup de cauchemars et ses parents décident de lui faire voir une psychologue, conseillée par la pédiatre. C'est à partir du CE1, et surtout du CE2, que les problèmes de comportement prennent de l'ampleur à l'école. Il refuse de travailler, est envoyé régulièrement chez le directeur. Dans tous les contextes de groupes d'enfants encadrés par des adultes (classes, activités sportives...), Valentin « a du mal avec l'autorité », « ne respecte pas les règles ». Il devient également très difficile de lui faire faire ses devoirs à la maison : Mme Galaud parle de moments « atroces », lorsqu'elle passait des mercredis entiers à essayer de le faire travailler et qu'il ne voulait pas s'y mettre. Les parents discutent régulièrement avec le directeur, avec qui ils ont une très bonne relation et qu'ils décrivent comme « formidable », « conciliant », « dans un dialogue assez direct mais bienveillant vis-à-vis de Valentin. » La psychologue scolaire fait passer à Valentin un bilan dont les parents retiennent qu'il ne montre pas de problème particulier (« QI entre 115 et 124, donc pas de problème, avec des endroits où il était en retard et des endroits où il était en avance, mais rien de précis », se souvient Mme Galaud). Ils demandent aussi à nouveau conseil à leur pédiatre qui les envoie consulter en privé une psychiatre qui est aussi par ailleurs chef de service dans un hôpital situé dans les quartiers Sud de Paris. Les séances hebdomadaires de psychothérapie ne se passent pas bien – après une légère amélioration, le comportement de Valentin se dégrade à nouveau et il ne veut plus y aller. Les parents décident d'arrêter et d'aller faire un bilan à l'hôpital, sur les conseils d'amis : ils se retrouvent en fait dans le service de la même psychiatre rencontrée dans le privé, qui dirige une consultation sur les troubles spécifiques des apprentissages, d'orientation psychodynamique. Il est alors orienté vers des séances de relaxation et vers le CATTP Paris Sud, où il commence une prise en charge en CM1. Le CM1

est une année très difficile à l'école, du point de vue de travail scolaire (« il n'y avait rien dans ses cahiers », raconte Mme Galaud) et du point de vue de ses relations avec les autres élèves, au point que s'élève à la fin de l'année une plainte collective d'une dizaine d'élèves de sa classe contre le comportement de Valentin. Face à ces difficultés et ayant peu de retours du CATTP, les parents recherchent « un deuxième avis » auprès d'une pédopsychiatre d'un CMP d'un autre arrondissement parisien, conseillée par la pédiatre qui « la connaît très bien » et par plusieurs autres personnes. C'est aussi une pédopsychiatre d'orientation psychanalytique, qui leur conseille de poursuivre la prise en charge au CATTP Paris Sud, tout en ouvrant d'autres pistes, notamment celle d'un psychodrame qui sera mis en place à partir de la fin du CM2. Toujours inquiets à propos des questions de graphisme, ses parents, Olivier Steinmetz et Béatrice Galaud, sollicitent aussi un bilan neuro-visuel à l'hôpital Rothschild (conseillé par la pédopsychiatre du CMP), et mettent en place un suivi par une ergothérapeute. Se posant des questions pour l'inscription en sixième, ayant compris que le collège public ne serait pas possible, ils contactent une école privée spécialisée dans les troubles des apprentissages, l'école CERENE – piste qu'ils ne poursuivront pas finalement. C'est sur les conseils de la pédopsychiatre du CMP qu'ils s'orientent vers le collège Saint-Louis, le même collège de réadaptation scolaire envisagé pour Julien. Entre-temps, en CM2, les choses se sont arrangées à l'école, presque d'un coup : Valentin a recommencé à écrire, s'est moins fait sortir de la classe, « s'est pas mal réintégré » avec ses camarades, évolution que ses parents relient principalement au changement d'enseignante (une enseignante qui met en place beaucoup plus d'adaptations pour Valentin) et secondairement à la prise en charge au CATTP, intensifiée, deux fois par semaine. Le parcours de soin de Valentin est donc marqué, comme pour Julien, par une concertation étroite avec l'école, et par un rôle actif des parents, qui sollicitent des professionnels et s'appuient sur leurs conseils et leur réseau pour aller chercher, au besoin, des avis complémentaires. Ils mettent en place des suivis au-delà des premières indications de l'école et du premier centre contacté. Ils cherchent dans plusieurs directions, tout en gardant une inscription principale dans les approches psychodynamiques.

Par rapport à cette trajectoire, et à celle de Julien, qui se sont toutes déroulées en suivant les conseils de l'école, Mme Cavert insiste sur l'inertie de l'école, pour qui Sylvain ne faisait pas partie des cas les plus urgents. Elle raconte qu'elle a repéré dès l'école maternelle que Sylvain était « pas très concentré », avec « un peu d'agitation », « un peu bagarreur », mais aussi « très influençable ». Il n'y avait cependant pas de remarques spontanées des enseignants, c'est Mme Cavert qui a dû susciter le dialogue avec l'école :

J'ai jamais été sollicitée par l'extérieur, et les sonnettes d'alarme, c'est moi qui les ai toujours sonnées.

C'était pas les maîtres ou les maîtresses, c'était vous qui sentiez qu'il y avait un souci ?

Oui. Mais évidemment, du coup, je demandais un rendez-vous et je demandais comment ça se passait et on me confirmait. Ceci dit, dans le public, il y a beaucoup d'enfants, il y a pire aussi, il y a des enfants qui ont beaucoup plus de difficultés que Sylvain, qui sont insolents, qui sont beaucoup plus dissipés, qui ont des problèmes scolaires. Donc c'est vrai que Sylvain était pas le premier dans la classe qui perturbait ou qui était perturbé. Je comprends aussi les instits, je veux dire, il y a des urgences dans une classe.

Il ne faisait pas partie des urgences et des aspects plus compliqués à gérer ?

Non, bien qu'ils m'aient toujours confirmé qu'il y avait des soucis.

Elle raconte qu'elle est allée elle-même dans un CMP pour consulter, puis, comme les séances mises en place dans ce CMP avec une psychologue se passaient mal, qu'elle a « eu l'idée d'aller voir au CATTP Paris Sud ». Constatant des problèmes pour distinguer les couleurs ou lire les chiffres, elle a cherché une orthophoniste en libéral. Mme Cavert est cependant peu convaincue, d'emblée, de la qualité de la prise en charge à l'hôpital, où le pédopsychiatre laisse passer du temps avant de prendre la mesure des problèmes et de la souffrance de Sylvain. Elle a dû insister et brandir la possibilité d'une prise en charge dans le privé :

Il était en souffrance, moi j'ai dit : « De toute façon, il n'était pas question que je laisse mon fils comme ça, donc si vous ne le prenez pas, j'irai dans le privé ». Et ils l'ont tout de suite pris d'ailleurs.

Sur ce point, la trajectoire de Sylvain est un peu différente de celle des autres enfants de ce groupe, car sa mère dit que devant la lenteur des soins, elle serait peut-être allée dans le privé, avant d'être cependant convaincue des bienfaits de la prise en charge au CATTP Paris Sud :

Vous avez parlé tout à l'heure de la comparaison avec ce qui peut se passer dans le privé. Est-ce que ça a pu être une option pour vous à un moment d'un suivi dans le privé qui aurait été plus cher ?

C'est clair que moi, je pouvais pas. Non seulement, j'ai trouvé le groupe thérapeutique, c'est vrai que les séances avec le pédopsy... J'ai vraiment hésité à aller dans le privé parce que je trouvais que ça n'avancait pas. C'est peut-être une impatience de ma part aussi, mais quand même, parce que c'était vraiment très court, c'était pas assez régulier. Je voyais pas que Sylvain allait beaucoup mieux.

C'était les séances au CMP ?

Non, à [l'hôpital]. Le CMP, c'était une fois par mois. De toute façon, cette structure me permettant de faire suivre mon fils sans engagement financier, il y avait pas photo. Et puis c'est vrai que c'était pas loin. Ils ont fait des bilans. C'est vrai qu'il y avait un côté rassurant aussi parce que, à l'hôpital, il y a des pédopsy qui sont compétents. On est donc partis là-dedans et d'ailleurs on y est encore.

L'aspect financier a donc joué davantage pour elle que pour les autres parents de cet ensemble. Elle a eu des problèmes financiers suite à la séparation d'avec son mari et aux problèmes de santé mentale de celui-ci, qui est sous curatelle renforcée. Elle habite avec Sylvain dans un petit logement HLM dans le sud de Paris, et fait des démarches pour obtenir une pièce de plus. Pourtant comme on le verra par la suite, elle a aussi choisi ces services par affinité avec les approches psychodynamiques.

c. Des parents déjà familiers des psychothérapies

Dans tous ces cas, le recours des parents à des psychologues ou psychiatre pour leur enfant s'appuie sur leur connaissance et leur expérience antérieure du monde des psychologues. Ainsi, les deux parents de Valentin, qui disent avoir une « histoire familiale compliqué », ont fait des psychothérapies. Mme Galaud dit que « c'est quelque chose qu'on trouve tout à fait normal », et insiste sur leur absence de gêne vis-à-vis des prises en charge en psychiatrie : « j'ai pas du tout de problème à avoir un fils qui... c'est casse-pied, chiant à gérer au quotidien, mais j'ai pas de... l'hôpital on y allait avant, c'est vert et hyper beau, on y allait faire des pique-nique, c'est pas 'On va à l'hôpital chez les fous' ! »

Au fur et à mesure des suivis mis en place pour Valentin, quelles que soient leurs relations parfois compliquées et distantes avec les professionnels, ils ont d'accord avec les interprétations proposées. Ainsi, Mme Galaud raconte que le bilan fait à l'hôpital indique « une dysharmonie évolutive » et « un risque de dépression et d'effondrement, et aussi un risque de faux self » – elle retient surtout cette idée de dysharmonie évolutive qui lui semble bien correspondre à Valentin :

Des côtés où il était pas du tout développé sur le plan psychologique, alors qu'il pouvait avoir des choses de son âge et même un peu en avance. ça faisait écho parce qu'il y avait des choses qu'il comprenait pas. On a compris qu'il y avait des choses qu'il comprenait pas parce qu'il avait pas le développement psychologique assez mûr, et on a compris que ça lui provoquait des angoisses et des gros trous noirs.

Par la suite, lors des échanges avec l'équipe du CATTP, M. Steinmetz se souvient que les discussions étaient « instructives » et que certaines manières d'analyser les problèmes de Valentin lui ont « parlé » :

Il y a des moments, on a discuté de l'aspect angoissé de Valentin. On a parlé du fait que Valentin avait peur des choses. (...) Je vais prendre un exemple précis, on part en vacances en voiture. Valentin, il est inquiet : est-ce que je vais connaître la route ? est-ce que je vais trouver le chemin ? Et rien ne le rassure. Rien ne le rassure, c'est-à-dire j'ai beau lui dire : « Cet endroit, j'y suis allé 400 fois en voiture, je connais la route par cœur, j'y vais depuis l'âge de 3 ans, j'ai révisé le parcours, j'ai regardé les cartes, j'ai noté ». J'avais beau dire quoi que ce soit ça ne marchait pas. Voilà, il était inquiet. Ce qu'ils m'ont dit qui a opéré, enfin qui a fait sens pour moi, je sais pas si je vais le redire bien, mais c'était sur le fait que Valentin avait un problème à se projeter dans l'avenir, un problème d'image, qui est vraiment un problème d'image, de rapport à son image à lui, et qu'il était incapable de se projeter dans l'avenir. Donc, ce qui se passait dans l'avenir était forcément très inquiétant pour lui. Pour moi, ça a parlé. Autant je voyais qu'il avait peur (...) mais j'arrivais pas à comprendre. (...) Et pourtant j'essayais de comprendre, j'essayais d'échafauder des hypothèses mais je trouvais rien qui colle.

d. Une fraction des classes supérieures surtout caractérisée par le capital culturel

Pour ces parents comme pour ceux de Julien, les lectures psychodynamiques des difficultés de leur enfant représentent une approche valorisée intellectuellement (ils lisent et apprécient des livres s'inscrivant dans cette approche), mais aussi du point de vue des valeurs morales qu'elles véhiculent, du regard sur l'enfant et des valeurs éducatives qu'elles véhiculent. L'adhésion à ces approches et à ces valeurs les opposent d'ailleurs parfois à une partie du groupe familial. M. Steinmetz considère ainsi que les parents de sa femme ne comprennent pas les problèmes de Valentin, et réagissent par des méthodes inadaptées, qui correspondent aussi à des principes éducatifs avec lesquels il est en désaccord :

M. Steinmetz : Ça s'est pas super bien passé ces dernières années. Disons que mon beau-père est quelqu'un qui a élevé la psychorigidité et la maîtrise de soi comme une valeur ultime. Du coup, Valentin c'est pas très compatible !

AB : C'est-à-dire ?

M. Steinmetz : Valentin, il s'en fout. Mon beau-père, il est très dans l'obéissance et puis très dans la maîtrise. Valentin, il maîtrise pas, il maîtrise pas son comportement, il maîtrise pas son attention. Donc ça n'a pas été l'éclate, l'éclate. En même temps, ils sont ravis de les voir. Les enfants sont ravis de voir les grands-parents et les grands-parents sont ravis de voir les enfants. Mais les garder ça a été plus compliqué. (...)

AB : Quel regard ils ont par rapport à ses difficultés ? Comment ils perçoivent ça ? Vous avez l'impression qu'ils comprennent les difficultés ?

M. Steinmetz : Non, on a essayé de leur expliquer. Mais je pense que ça les dépasse, en particulier mon beau-père. Et même ma belle-mère ça la dépasse. Par exemple, on a essayé de leur expliquer en long, en large et en travers que Valentin avait besoin d'être rassuré et lui crier dessus, ça le rassure pas. Donc ça, c'est assez évident mais ça, ils comprennent pas bien. Apparemment mon beau-père, c'est du style, si Valentin a peur du noir pour s'endormir, il ferme toutes les lumières pour lui montrer qu'il se passe rien, parce que si on montre qu'il se passe rien, il s'en rendra compte et il comprendra. Ju non, c'est pas ça !

Mme Galaud explique de son côté qu'elle est dubitative sur ces méthodes de son père, qu'elle a vécues elles-mêmes étant enfant et qu'elle reproduit parfois même si elle essaie d'agir autrement. Mme Galaud et M. Steinmetz sont également critiques de l'attitude de la mère de M. Steinmetz vis-à-vis des enfants, même si celle-ci est surtout ramenée à de l'indifférence, car elle s'en occupe peu (les enfants ne l'intéressent pas).

Il est intéressant de resituer ces différences de valeurs éducatives par rapport aux trajectoires sociales des différentes personnes concernées. Le fait que les deux parents investissent des valeurs éducatives différentes de celles de leur famille d'origine peut être relié à leur déplacement dans l'espace social. Issus tous les deux du pôle économique des classes supérieures, ils ont rejoint une fraction plutôt marquée par le capital culturel. Après avoir fait des études de commerce international, Mme Galaud est gestionnaire dans un laboratoire de recherche. M. Steinmetz a suivi une classe préparatoire scientifique, a été élève à l'école normale supérieure de Cachan et a fait une thèse avant de devenir maître de conférences en informatique. Il est issu d'un milieu que Mme Galaud qualifie de « grande bourgeoisie, Rotary club etc » et la relative rupture sociale dans son parcours se traduit par le fait qu'il a déçu ses parents (cadres dans un cabinet d'assurances) qui avaient d'autres ambitions pour lui :

Mme Galaud : Sachant que mon mari, son père avait des ambitions plus élevés pour lui.

AB : Donc très élevées ?

Mme Galaud : Non, parce que pour vous c'est bien ! mais pour des gens dans le privé c'est pas bien. Comme il a fait maths sup maths spé, il aurait dû faire les arts, ou quelque chose... ingénieur. Plus dans le privé, avec une rémunération plus importante.

À ces différences sociales s'adossent des différences de conception entre matière d'éducation. On le voit également dans le cas de Mme Cavert (dont les parents étaient diplomates, qui a interrompu sa scolarité pour faire une carrière de danseuse mais a repris plus tard des études d'ethnologie) : elle pointe quant à elle une forte différence entre ses propres conceptions éducatives (elle insiste sur la parole, sur la valorisation de l'enfant) et celles de son mari (conseiller en insertion sociale) et des parents de celui-ci (ingénieur et chimiste). Elle explique que son mari, qui a lui-même fait une dépression et connu des hospitalisations en psychiatrie, est « anti-psychologie », « dans le déni » par rapport à la maladie de Valentin. Ses beaux-parents d'après elle ne comprennent rien non plus à la psychologie :

Moi, ce qui est très difficile, c'est que je me dis qu'il y a du gâchis et que ça pourrait aller plus vite. C'est-à-dire que le bien-être de Sylvain pourrait être bien plus important si tout le monde était au taquet. (...) Moi, je n'ai plus mon père ni ma mère, et il n'a plus que sa grand-mère paternelle, mais anti-psychologie : « si tu fous rien à l'école, tu vas être balayeur », on en est encore là. Jamais un petit mot, jamais de prise de conscience qu'il faut le valoriser. Je continue à dire que quand on a une bonne estime de soi, tout se débloque.

Ces approches par la parole et la revalorisation, mais aussi par la méditation et la relaxation, que Mme Cavert relie à son expérience professionnelle de professeur de danse en conservatoire, rencontrent peu d'écho chez Sylvain et elle pointe l'influence néfaste du regard négatif que son père porte sur ces méthodes :

Pour Sylvain, la danse, c'est les petites filles en tutu. C'est vrai que Sylvain, tout ce qui est lié au corps, alors c'est peut-être en opposition avec moi, mais il adore le théâtre, on va voir plein de spectacles et tout. Mais à part les massages, c'est le seul truc qui le calme et ça, je lui en fais le soir, pas le tout le temps mais de temps en temps. (...) Je faisais avec Christophe André, j'avais acheté des trucs en relaxation, Sylvain est hermétique à ça. Mais il copie beaucoup son père en disant « c'est de la psychologie, c'est de la merde ». Donc, c'est beaucoup par ricochet, là encore.

Ces différences font ressortir l'affinité entre un style éducatif s'inspirant des apports de la psychologie et en particulier de la psychanalyse, et le mode de vie de ces parents des classes supérieures intellectuelles et artistes.

e. Une adhésion non exempte de critiques

Aucun de ces récits de parcours n'est cependant exempt de critiques à l'égard des professionnels des centres de soins d'orientation psychodynamique. Certaines de ces critiques portent sur la temporalité des bilans et des concertations entre professionnels, qui s'étirent dans le temps et qui font qu'il peut se passer plusieurs semaines, voire plusieurs mois entre la première consultation et le début d'une prise en charge. Il est cependant intéressant que de noter que la plupart des critiques portent moins sur l'efficacité des prises en charges (rarement mise en

cause, des effets positifs étant toujours reconnus a posteriori) qu'autour du thème, déjà par M. Rivoli, de l'absence de dialogue équilibré, de partage des informations et des hypothèses diagnostiques entre parents et professionnels. Les parents de Valentin établissent des distinctions entre les professionnels rencontrés. Si les relations avec certains sont « simples » et « instructives », d'autres sont plus compliquées, comme avec cette pédopsychiatre qui a l'issue du bilan les reçoit, avec une psychologue, sans toutefois leur donner beaucoup d'éléments de diagnostic ou de compréhension :

M. Steinmetz : L'hôpital, d'une certaine manière, ne nous a jamais rien dit, dans le sens où ils n'ont fait que répondre ou de rebondir sur ce qu'on a dit. On a mis le temps à s'en rendre compte, à le saisir en fait. En plus, dans un bilan de synthèse comme ça, on n'est pas forcément détendus et au top. En fait, c'était à nous d'une certaine manière de parler, de dire comment allait Valentin, qu'est-ce qui s'était passé. En plus, comme c'est au bout de trois mois, donc il se passe des choses. Donc, on dit que Valentin, c'est toujours pas terrible, que ça va pas à l'école. (...) Et donc, on raconte ça et on raconte aussi qu'on a vu entretemps, parce qu'on avait vu deux fois le pédiatre et on avait parlé de ça avec le pédiatre. Et le pédiatre avait dit que, elle, ce qu'elle comprenait de sa discussion avec Valentin et de ce qu'elle avait vu du bilan psychologique qui avait été fait par l'école, ce qu'elle avait vu de lui, que ce serait potentiellement une dysharmonie évolutive. Donc, le fait que son évolution psychologique soit pas équilibrée ou soit pas harmonisée, qu'il y a des choses sur lesquelles il est tout à fait normal, il y a des choses sur lesquelles il peut être un peu en avance, et puis il y a des choses où il est très en retard et, en particulier, c'est très psychologique. Mais elle disait que c'était qu'une hypothèse et que ce serait bien de creuser autour de ça. Une fois qu'on a dit ça à l'hôpital, la réponse du docteur Girard, ça a été : « Votre pédiatre a très bien diagnostiqué Valentin et c'est ça qu'il est ». Mais ça a toujours été dans ce sens-là avec le docteur Girard. Le docteur Girard, le jour où on lui a dit : « Mais nous, ça va pas, la manière dont ça se passe, on est inquiets », elle nous répond : « Je suis inquiète ». J'ai jamais compris mais je crois pas du tout en son incompetence, c'est pas ça. Mais dans son mode de communication, c'est comme si elle pouvait nous dire quelque chose que si on l'avait dit d'abord. Du coup, on avait toujours l'impression d'avoir un écho, mais c'est pas très rassurant quand même.

La mère de Sylvain dit de la même manière avoir dû déployer « beaucoup d'énergie », « dans ces structures qui sont très bien », pour « aller à la pêche aux informations ». Elle s'est également sentie « complètement abandonnée, exclue », de ne pouvoir entrer dans les locaux du CATTP ni savoir ce qui s'y passe.

La tentation d'aller voir « de l'autre côté », du côté des approches « neuro », s'est présentée pour la mère de Sylvain comme pour les parents de Valentin. Ils ont géré les choses de manières différentes, mais dans les deux cas ils ont laissé leur enfant principalement inscrit dans les centres de soins psychodynamiques, tout en convoquant d'autres approches pour compléter ou aménager cette approche principale.

f. Valentin : des recherches modérées et « filtrées » du côté « neuro »

M. Steinmetz et Mme Galaud ont exploré plusieurs pistes, sollicitant des bilans et des suivis plus proches d'une approche neurologique. Pourtant, ce sont à chaque fois des pistes qu'ils délaissent ou relativisent, soit d'eux-mêmes soit en s'appuyant sur le réseau de professionnels qu'ils ont constitués et en qui ils ont confiance du côté des approches psychodynamiques. Leur démarche auprès de l'école CERENE et pour obtenir un bilan neuro-visuel est intéressante de ce point de vue :

Mme Galaud : En CM1, grosse catastrophe, en classe il faisait plus rien. Rien dans ses cahiers. On a rencontré l'équipe du CERENE, une école spécialisée pour les dys. Ils ont vu le bilan de l'hôpital, et ils ont dit : « nous on a besoin d'un truc un peu plus... enfin, un peu plus, c'est trop vague, on ne peut pas travailler avec ça, on a besoin de savoir ce qu'il a ». Ils nous ont dit : « faites un bilan avec un ergothérapeute ». On les a rencontrés en CM1 pour voir si il pourrait intégrer en CM2 ou en 6^{ème}. (...) Ils nous ont dit que ce serait bien de faire un bilan neuropsych à Debré, pour avoir un côté bien défini... et donc on en a parlé à notre médecin qui nous a dit : faites attention, Debré, si vous demandez un bilan, ça va être complètement différent de ce qu'on va vous dire à l'hôpital, parce que eux ils ont une vision très neuro. Dans le Nord de Paris c'est neuro, et dans le Sud c'est plus psychologique donc peut-être c'est peut-être pas une bonne idée. (...) Et aussi, il y avait un truc pas clair pour nous : Valentin il a jamais été considéré comme handicapé. Cependant dans beaucoup d'endroits, dans les écoles qui coûtent hyper cher

etc, ils incitent à aller se déclarer à la MDPH. Et quand on a demandé au docteur Girard : « est-ce que c'est un handicap ? », elle a dit : « non, il est pas handicapé ». Il fallait pas faire de demande MDPH. En même temps, elle disait : « c'est important, c'est grave, ce qu'il a, mais en même temps il est pas handicapé ». On avait du mal à... et en même temps, on se disait : peut-être que ce serait bien qu'il ait de l'aide en classe. Et des gens disaient : il pourrait pas prendre des petites pilules ? on se disait : « ouais, s'il pouvait prendre des pilules, et qu'il se sente mieux, ce serait cool ! » Enfin on partait un peu à se poser des questions dans tous les sens. Donc, la question de est-ce qu'on fait un bilan à Debré, on la pose à notre pédiatre, elle dit : « attendez un peu, il faut peut-être en parler avec Mme Filippi, Mme Filippi, on lui pose la question au début du CM2 et elle dit : « moi je suis pas trop pour. Nous on est plus psycho et eux c'est neuro ». Mais par contre comme l'ergothérapeute a décelé des problèmes neuro-visuels, il met hyper longtemps à retrouver des trucs dans la feuille, il y a des trucs, c'est pas bon, il a des retards, il est handicapé, il est en dessous, quoi, plus que limite : Mme Filippi nous a conseillé de faire un bilan à Rothchild. C'est un truc neuro-visuel, un institut spécialisé. Et Mme Filippi nous a dit : « eux, ils ont les deux côtés, ils vont vous dire ce qu'il y a sans être complètement orientés neuro, ni psy ».

Dans ce récit, il est intéressant de voir comment leur recherche d'un bilan « plus défini » (à la demande de l'école CERENE) est guidée, comme « filtrée », à la fois par leur pédiatre et par la pédopsychiatre de l'hôpital, pour être orientée vers un centre dont l'approche est compatible avec les approches psychodynamiques. Valentin fait donc ce bilan à Rothschild, qui révèle des problèmes d'attention, mais d'origine psychologique :

Le bilan dit que Valentin a des déficits neurovisuels, et qu'a priori, au niveau problèmes d'attentions, le gros truc c'est psychologique. L'ergothérapeute avait souligné le problème d'attention, et celle qui lui a fait passer le bilan a dit : oui, on peut trouver qu'il y a des problèmes d'attention, mais il y a des moments où il est avec moi, dans une relation, et il fait, et il y a zéro problèmes d'attention. Donc ça peut être considéré comme un truc de réaction. On a rempli plein plein de questionnaires, sur des trucs que dit la maitresse, où a priori on pourrait penser qu'il est atteint du syndrome de TDA...DH, là, je sais plus... trouble déficit d'attention. Mais a priori c'est un truc qui est réactionnel et qui est psy. Le problème de base c'est a priori quand même psy.

Après ces recherches prudentes du côté des approches « neuro », M. Steinmetz et Mme Galaud n'insistent pas, ni pour le dossier MDPH, pourtant conseillé par l'ergothérapeute qui parle de l'utilisation d'un ordinateur en classe (Mme Galaud explique : « ce qu'on comprend nous, ce que dit Mme Revel, c'est qu'il vaut mieux qu'il soit comme les autres, qu'il soit considéré comme les autres. On n'a pas forcé dans ce sens-là »), ni pour l'école CERENE sur laquelle ils adoptent un discours critique (« non, eux ils sont vraiment à aider les enfants qui ont des handicap, Valentin comme c'est plutôt psychologique... eux ils étaient vachement, il faut aller à la MDPH, dites-nous des problèmes bien techniques, et on apportera des solutions », dit Mme Galaud), ni pour la recherche d'autres bilans. S'il a été question à Rothschild d'une éventuelle dyslexie à explorer, M. Steinmetz et Mme Galaud préfèrent attendre pour ne pas submerger Valentin de rendez-vous médicaux, et pour donner la priorité à ses autres prises en charge : « on se dit que si Valentin se sent mieux, si ça progresse psychologiquement, on va aussi l'aider dans ses problèmes neuro-visuels mais a priori c'est annexe. »

g. Sylvain : tirer les soignants psychodynamiques vers un diagnostic et une reconnaissance MDPH

Par rapport à cette construction du parcours de Valentin, où les parents ont été très actifs mais se sont beaucoup appuyés sur les professionnels des centres psychodynamiques, la mère de Sylvain raconte un rapport plus conflictuels aux professionnels, et raconte avoir dû aller chercher elle-même d'autres informations, d'autres approches, et avoir du fortement insister auprès du centre de soins pour que ces approches soient intégrées dans la prise en charge de Sylvain. Ayant repéré des problèmes de lecture, elle échange avec l'institutrice et contacte elle-même une orthophoniste privée, qui confirme ses inquiétudes et identifie une dyslexie. Elle cherche également du côté des problèmes d'attention et découvre le diagnostic de TDA/H sur internet :

Moi j'étais tout le temps en quête de diagnostic. C'est pas suffisant de dire : « votre enfant est agité », « mais oui, mais quoi ? » Et ce n'est que l'année dernière, donc ça fait long... (...) Evidemment, il y a peut-être des parents qui lâchent, mais moi je lâche pas. Donc, des recherches sur Internet et j'ai tout de suite compris qu'il était TDA, qu'il avait un déficit de l'attention, qu'il était pas hyperactif mais qu'il était TDA. Et là (...) je demande au Docteur Frulin : est-ce que vous considérez qu'il est TDA ? », « non mais

mettez pas d'étiquette, oui il a des problèmes d'attention ». Toujours à contourner les mots et ça a le don de m'énerver, parce que, nous, on est en quête de quelque chose. Quand on sait les choses, d'abord, les parents cessent aussi de chercher. C'est comme si on a une angine, et on vous dit : « mais non, mais prenez ça par contre, ça va vous soigner l'angine », mais sans vous dire que vous avez une angine. (...) Comme si c'était tabou. Et c'est ce que je leur ai dit : « mais attendez, un diagnostic, c'est pas tabou, il est TDA, il est TDA, point ».

Cependant, si elle arrache au pédopsychiatre (qui parlait jusqu'alors surtout de « déprime ») la confirmation que Sylvain a des problèmes d'attention de l'ordre d'un TDA, elle reste complètement convaincue que ces problèmes sont un « symptôme », dont les causes sont « multiples » :

Sylvain a malheureusement eu une arrivée au monde qui a provoqué une dépression chez son père. Ça suffit déjà. Moi, je faisais une psychothérapie et déjà, je disais à mon psychiatre qu'il y avait une culpabilité énorme pour moi d'offrir une famille éclatée à la naissance de mon fils, donc, c'était un échec total à mes yeux. Et Sylvain, inconsciemment, portait la culpabilité de sa venue provoquant l'éclatement de la famille. Mais c'est une vue personnelle.

C'est comme ça que vous faites le lien ?

Voilà, et maintenant ça a été confirmé, bien sûr, par la suite. C'est évident que Sylvain a porté et porte des fardeaux qui ne sont pas à lui. Donc, cette culpabilité, elle est là et elle est encore là.

Lorsque le père de Sylvain a fait une dépression et a été interné en psychiatrie, Sylvain a des « maux de tête phénoménaux » et des « vomissements » pendant un an, ainsi que de nombreux tics. Mme Cavert fait le lien entre les problèmes d'attention de Sylvain et le manque d'attention de son père :

Et c'est vrai que son père manquait totalement d'attention. Donc le manque d'attention de papa, est-ce qu'il est en rapport avec le manque d'attention de Sylvain, qui fait tout pour attirer l'attention de son père ? Ça a été confirmé aussi.

À chaque fois, Mme Cavert soumet ses interprétations au pédopsychiatre de l'hôpital, à son propre psychiatre, et trouve confirmation, tout en ayant le sentiment de déployer des efforts considérables pour faire reconnaître ses interprétations : « j'étais un peu le petit soldat au front quand même », résume-t-elle.

Elle est également très opposée à la prescription de Ritaline[®], suggérée lors d'une consultation par le pédopsychiatre de l'hôpital :

Je l'ai clairement dit, qu'il était absolument pas question de donner un médicament parce qu'il n'est pas du tout hyperactif, et que je préfère mon fils bien vivant, très vivant et un peu agité. Parce que moi ce que ce qui m'intéresse, c'est les causes, parce que les symptômes ils s'en vont quand on a réglé les causes. (...) Peut-être qu'il serait plus calme pendant les devoirs aussi, mais enfin bon, je ne cherche pas à endormir mon fils.

Pour vous, c'est pas la priorité ?

Non, c'est pas du tout une priorité parce que ce n'est pas du tout mon état d'esprit. Je cherche pas à calmer mon fils, sauf à l'envoyer à la psy et à lui faire prendre conscience de sa respiration tout simplement, ou des choses comme ça. Mais c'est certainement pas la chimie qui va régler les choses.

En revanche, elle se mobilise pour obtenir une demande de AVS et obtenir une reconnaissance MDPH pour convaincre les enseignants d'adapter leurs pratiques. Elle raconte qu'elle a dû s'informer elle-même de ces possibilités car les professionnels de l'hôpital y étaient réticents (« chaque année il était question d'avoir des AVS, et puis à chaque fois non parce que ça stigmatisait trop et que c'était pas archi-utile »). Elle a d'ailleurs découvert qu'elle pourrait avoir droit à une allocation, qui ce n'est pas négligeable pour elle. Elle s'appuie sur l'avis de l'orthophoniste et sur les retours de l'école pour convaincre l'hôpital de faire finalement cette demande :

À l'hôpital, il a fallu que je me batte en plus pour l'avoir. L'ortho disait : « non, il faut qu'il reste à la MDPH, de toute façon il a droit à un tiers temps, il est dyslexique ». (...) Le prof de maths lui a foutu trente fois à recopier une phrase qu'il a absolument pas

imprimée, bien sûr. J'en ai parlé à Frulin qui a dit : « Là, c'est pas possible ». Ma sœur qui me dit : « tu sais, t'es en droit de refuser une punition », je dis : « non, mais là, c'est pas possible, c'est pas constructif en plus, il vaut mieux qu'il passe du temps à apprendre sa leçon plutôt qu'à recopier bêtement une phrase ». Donc là, ça a été entendu.

h. Adhérer au risque du mélange social

Plusieurs de ces parents de milieu favorisé, ayant inscrit leur enfant dans ces prises en charge psychodynamiques dans des centres de soin publics, ont évoqué un sentiment de malaise lié au fait de voir leur enfant mélangé avec des enfants très différents qui fréquentent les mêmes centres et les mêmes groupes thérapeutiques. Très différents du point de vue de la gravité des problèmes, comme l'explique Mme Cavert à propos du CATTP :

Il y a des enfants qui sont tellement mais tellement perturbés que c'est sûr que j'avais l'impression qu'il était avec des enfants qui avaient des problèmes psychiatriques et qu'il était pas à sa place. Là, il s'est retrouvé avec des gosses qui hurlaient, qui jetaient, qui restaient coincés dans les portes, qui étaient violents. (...) Moi, j'ai eu très peur de tout ça, enfin j'ai été très impressionnée, à chaque fois que je laissais Sylvain au CATTP de voir... C'est ce que je leur ai dit, je leur ai dit : « mais il y a quand même un niveau ». C'est comme si, nous, on allait en HP pour une dépression et qu'on est en face de quelqu'un qui est schizophrène. (...) Il y avait vraiment des enfants et je me disais : 'Est-ce que Sylvain a sa place, comme il est très poreux, est-ce que ça va pas justement... ?' En effet, c'est ce qui s'est passé, ça a libéré complètement l'agitation de Sylvain, en se disant : de toute façon, au CATTP, on a le droit de faire, on prend les chaises, on les balance, etc. Quand on sait pas vraiment comment c'est géré, on se dit : 'Qu'est-ce qui se passe vraiment là-bas ?'

Ces « autres enfants » du groupe, très différents par leur comportement, sont aussi des enfants de classes populaires, issus de l'immigration principalement d'origine africaine, socialement très éloignés de Julien, Sylvain, Valentin et leur famille. La mère de Mme Galaud aborde directement cette distance sociale, et les questions qu'elle se pose, en fin d'entretien lorsque nous parlons du déroulement de notre enquête au CATTP :

Mme Galaud : Vous savez un peu, parce que au CATTP, niveau socio-culturel, Valentin c'était le seul en catégorie plus. Vous avez vu les autres enfants ?

AB : J'ai vu le groupe qui semble mixte. J'ai rencontré aussi des enfants de famille plutôt intellectuelle. Vous voyez pas forcément les enfants du CATTP ?

Mme Galaud : Non mais j'en vois quelques-uns, les enfants que je vois, les parents ils sont bizarres. ça a pas l'air d'être des milieux favorisés, les parents qui passent leur temps sur leur téléphone, alors qu'il y a les enfants à côté, c'est des trucs, c'est dur de voir ça, ça fait pitié... j'ai pas vu tous les enfants.

AB : Vous par rapport à ça pour Valentin, ça vous... ça vous fait peur ?

Mme Galaud : Non, mais c'est bizarre, la question de savoir : « qu'est-ce qu'on n'a pas réussi, ou qu'est-ce qu'on a fait de pas bien pour que Valentin n'arrive pas à se développer psychologiquement, est-ce que c'est de notre faute ? » et purée, avec ce qu'on a comme bagage, comment ça se fait que... que ça se passe dans des milieux où... j'assiste à des scènes avec des parents qui sont complètement maltraitants sans vouloir l'être, mais qui font des choses qu'il faut pas faire. Qu'est-ce qu'on a fait alors qu'on n'est pas censés faire les choses mal pour que Valentin... si les enfants qui sont traités pour ça, c'est des enfants qui sont habituellement dans des milieux défavorisés, qu'est-ce qu'on a fait ? Il y a ça, et puis il y a la vision positive : se dire que s'il y en a un qui s'en sort, ce sera Valentin, parce qu'il est accompagné. Valentin, on est là, il a de la chance de nous avoir.

Mme Galaud a du mal à donner sens au fait que son fils ait besoin des mêmes soins que ces enfants dont les parents dysfonctionnent de manière si évidente à ses yeux. Ces interrogations font peut-être écho au trouble qu'elle ressent devant le fait que Valentin, qui est un garçon mince, d'apparence frêle, blond avec un petit visage fin, soit fasciné par les muscles, la force physique, les valeurs viriles. Il dessine des supers héros, des corps qui n'ont rien à voir avec le sien, il est attiré par des enfants différents de lui. « Ce n'est pas du tout dans nos valeurs », dit Mme Galaud, « c'est en décalage avec nos goûts, notre mode de vie ». M. Steinmetz en parle aussi, lui qui est peu sportif, qui porte les cheveux longs et s'exprime d'un ton posé. Ces dissonances corps / caractère sont troublantes pour les parents, qui cependant oscillent entre cette idée que leur enfant est différent d'eux-mêmes, que sa personnalité est différente et qu'il faut l'accepter, et l'idée que ce sont des goûts, plus transitoires, qui peuvent changer, que c'est une phase de construction de l'enfant. Ce trouble est aussi lié au fait que ces goûts, ces

comportements sont à la fois des particularités d'un enfant et des traits signifiants en termes d'identité, de positionnement social. Les deux aspects font écho et renforcent le malaise pour les parents : ils voient leur enfant qui, dans les prises en charge, est mélangé avec des enfants de milieux très différents ; ils voient aussi un enfant qui dans ses manières d'être, dans ses goûts, fait signe vers d'autres univers sociaux, remet en question les positionnements sociaux relatifs.

Cependant – et c'est un point important qui contraste avec l'expérience d'autres familles – le mélange reste supportable, sans doute parce que la différence sociale est suffisamment marquée pour éviter les risques de confusion, pour que les parents puissent insister, par contraste, sur leurs chances et leurs ressources, qui permettront à l'enfant de s'en sortir, comme le souligne Mme Galaud : s'il y en a un qui s'en sort, ce sera Valentin, parce qu'il a la chance de nous avoir. Tout se passe comme si ces parents avaient les ressources sociales nécessaires pour supporter le mélange et le risque de dévalorisation sociale.

i. Relativiser les enjeux scolaires tout en gardant le contrôle

Ce sont d'ailleurs aussi des parents qui, par rapport à ceux évoqués en première partie, sont relativement moins effrayés par les risques de dévalorisation scolaire. Ils disent avoir fortement réduit leurs exigences scolaires (qui étaient fortes au départ, vu leur parcours, et au prix d'une différence de traitement avec les aînées), et avoir mis les devoirs et le travail scolaire au second plan par rapport à la prise en charge psychologique :

Mme Galaud : Il y a eu un moment où on s'est dit ça sert à rien de lui hurler dessus, pour les devoirs on a lâché prise, on s'est dit : « c'est pas qu'il veut pas, c'est qu'il va pas bien ». (...) Là on essaie de se chronométrer sur les devoirs et si ça prend trop de temps on arrête.

Est-ce que vous avez eu des conseils des professionnels ?

C'est plus ce qu'on a compris de ce qu'ils disaient, que l'important c'est qu'il puisse se construire. Et aussi avec la maîtresse, qui était bienveillante, on a compris que s'il faisait pas, tant pis. Que s'il est mieux, on sera tous mieux et il pourra mieux travailler.

Mme Galaud évoque ainsi une révision des priorités, un apprentissage au contact des professionnels. Mais M. Steinmetz explique qu'ils ont pris d'autant plus facilement cette orientation que leur propre parcours les a amenés à prendre des distances avec les attentes scolaires, au moins sur le court terme, à savoir que sur le plan de la réussite scolaire et sociale, ce n'est au niveau des stricts résultats scolaires à l'école primaire, ni même au collège ou au lycée, que l'essentiel se joue. M. Steinmetz raconte ainsi comment il a pu réussir en classe préparatoire et être admis à l'école normale supérieure, après avoir été un élève moyen, préoccupé par d'autres centres d'intérêt que l'école :

M. Steinmetz : C'est sûr que oui, par rapport à Valentin, on a adapté quand même. Moi, mon rapport à l'école, c'est que je suis pas non plus... Je sais pas comment décrire ça. Je pense que le collège, jusqu'au collège, je vais pas dire que c'est pas important parce que les notions qui sont acquises sont importantes, mais la pression, même une partie du lycée, je suis assez contre l'aspect pression scolaire à mort, faut qu'il ait 18 de moyenne, qu'on aille à l'Ecole Alsacienne, etc. Ça, ça m'intéresse absolument pas. Je suis pas très content que mon fils aille dans le privé, mais c'est la vie en même temps, j'avais pas d'autres solutions. Donc, je suis pas de cet ordre-là. Après, oui, je m'attendais à ce que Valentin marche mieux à l'école. (...) Mais après sur les attentes scolaires, je pense que j'ai un peu baissé un peu mes attentes. Mais c'est pas grave, en fait.

C'était pas non plus un enjeu très important ?

Non, non. Enfin au stade où on en était arrivés, il était malheureux parce qu'il y a quand même un petit côté dépressif chez Valentin parfois. Du coup, on s'en fout. (...) De toute façon ça peut évoluer. (...) Je reste persuadé que jusqu'au collège, on n'a pas besoin d'être le premier de la classe, et même après. En tout cas, moi je trouve ça dommage de mettre la pression trop tôt sur les enfants alors qu'il y a quand même une forme d'insouciance. Moi, le souvenir que je garde de l'école, c'est que j'aimais y aller mais j'avais pas des résultats incroyables. Et c'est pas grave, j'ai survécu.

Justement, vous, l'expérience que vous avez eue de l'école, c'était à Paris ?

C'était à Paris, dans le 11^{ème} arrondissement. J'ai fait l'école... Moi, c'était bien l'école. J'aimais bien. J'étais pas spécialement bon, j'étais pas mauvais non plus. Je veux dire, un élève sympathique, moyen.

Il y a pas eu de choses pénibles ?

Non, non, l'école, le collège, le lycée, ça s'est bien passé. Lycée un peu moins vers la fin, mais c'est juste que j'étais pas très efficace et j'étais amoureux. Mais sinon rien de grave !

Mme Cavert a un discours proche, qu'elle relie également à son parcours atypique, l'interruption de sa scolarité qui ne l'a pas empêchée de reprendre des études par la suite :

Pour moi, le lien social c'était hyper important. Quand on peut avoir des relations sociales, c'est gagné. Le fait de ne pas être scolaire, c'est pas grave ça. Moi, j'ai repassé mon bac à 30 ans, je suis retournée à la fac à 30 ans, et j'avais arrêté l'école en seconde. Il y avait la danse, l'opéra, tout ça, mais j'ai un parcours complètement atypique. Donc, c'est pas grave, moi je m'en fous.

Ces parents racontent comment le bien-être psychologique de leur enfant est passé devant les objectifs scolaires :

M. Steinmetz : On savait par Rachel, qui le savait par sa copine, que Valentin était insupportable, qu'il y en avait plein qui le supportaient pas. Ça, c'était vraiment pas cool parce que, à la fois, il se rendait compte qu'il était d'une certaine manière à part, mis au bac, d'autre part qu'il était incapable de sortir de ce fonctionnement qui était : j'en fais le maximum pour me rendre intéressant et faire rire mes camarades, sans se rendre compte qu'il commençait à avoir une grosse partie de ses camarades qui rigolaient plus. (...) Il était assez malheureux, il dormait mal, enfin tout. Stressé, très stressé, très tendu et malheureux. (...) On aurait pu être des parents ultras exigeants sur la qualité du travail scolaire, mais là, on n'en était plus là. (...) faire les devoirs avec lui, c'était une torture, pour lui et pour nous. C'était horrible, et je pense pour tout le monde. C'était insupportable. On s'engueulait, on s'engueulait avec lui, lui s'engueulait avec nous, nous, on s'engueulait entre nous. (...) Donc, on a écouté un peu ce que nous disait... On en a discuté avec le directeur, on a discuté avec l'hôpital aussi. Il y en a qui disaient : « pourquoi pas une autre scolarité, très bien ». Donc après, on a regardé ce qu'il y avait comme pédagogie un peu plus cool que l'Éducation Nationale, même si c'est mon employeur, il est pas réputé pour être le plus cool possible et le plus adaptable.

Si le bien-être psychologique de l'enfant est mis au premier plan et si les exigences scolaires sont relativisées, la recherche d'établissements alternatifs se fait cependant de manière sélective et exigeante. Par exemple, au moment où la poursuite de Julien en CP dans son école est remise en question, Mme Crévarec se souvient d'avoir écarté la seule école Montessori parisienne qui leur offrait une place, parce qu'elle avait « très mauvaise réputation ».

L'orientation vers le collège Saint-Louis, qui est le choix fait pour la sixième par les parents de Julien et de Valentin, représente bien cette tension. Ces parents acceptent l'orientation vers un collège « de réadaptation scolaire » pour enfants ayant des difficultés. Ils se font à l'avance une idée relativement floue de ce collège, ils disent qu'il y a beaucoup d'inconnu. Ils le perçoivent comme un établissement avec beaucoup d'adaptations, des soins, qui s'écarte nettement du collège ordinaire. Et en même temps cette orientation leur permet d'éviter des filières vues comme dévalorisées (comme par exemple les SEGPA), ils ont le sentiment d'inscrire leur enfant dans un milieu protecteur, laissant les choses ouvertes pour l'avenir.

Autre version de cette dévalorisation « contrôlée » : Mme Cavert – qui financièrement ne peut probablement pas aller vers un établissement privé – ne voit pas d'inconvénient à ce que Sylvain redouble une classe, en revanche elle refuse l'orientation vers une filière professionnelle, filière sur laquelle elle a un discours ambivalent :

L'année dernière, c'est vrai que le gros quiproquo avec Frulin, c'est qu'il nous a dit qu'il allait peut-être redoubler la 6^{ème} : « maman, j'aurais plus mes copains », mais de redoubler, je lui ai dit : « c'est pas grave, nous, on a toutes redoublé ». Ma sœur est agrégée de lettres, elle a redoublé sa seconde, on a toutes redoublé, c'est pas un souci. On n'a jamais eu de très bons résultats scolaires, mais on a toutes fait des études, ça n'empêche pas. Donc, pour la suite de sa scolarité, tout de suite, c'est 4^{ème} pro. L'année dernière, j'étais complètement angoissée. Alors 4^{ème} pro, quand le gamin veut absolument faire de l'informatique ou électricien, très bien, il aura du boulot. Même si je pense que Sylvain est un faux intellectuel et qu'en effet, il n'est pas scolaire, il n'est pas intellectuel, mais il n'est pas manuel du tout, il n'est pas du tout intéressé par le manuel. Demander à un gamin de 12 ans de toute façon ce qu'il veut faire, au secours. Quand je vois que parfois, c'est à 30 ans ou à 60 ans qu'on décide. Moi, je voulais être ethnologue, je serai peut-être ethnologue à ma retraite, c'est pas un souci. (...) La prof de français, qui est géniale d'ailleurs, me dit que de toute façon Sylvain restera en

général, vu son niveau de culture générale et vu ses intérêts pour la vie, on ne va pas le mettre en 4^{ème} pro sauf si, bien sûr, il avait un désir qui correspond à une 4^{ème} pro. Et il n'y a pas de souci là-dessus. Moi, je ne fais pas du tout de blocage avec les 4^{èmes} pro, bien que je préférerais qu'il soit en général parce que ça l'ouvrira.

Comme le père de Julien, Mme Cavert insiste aussi sur l'intelligence de Sylvain, qui « sauve » la situation et facilite le dialogue avec les enseignants :

Les devoirs, c'est une pression terrible pour Sylvain. L'école, il est pas scolaire. Il est très intelligent, pour tous les bilans, il a un QI un peu supérieur, ce qui sauve évidemment la donne, et tous les profs que je vois, en 6^{ème} et 5^{ème}, me disent : « bon, ce qui sauve, c'est que justement la compréhension, il y a aucun souci, qu'il est hyper intéressé, hyper curieux, qu'il est pertinent ». Donc, ça en fait un enfant qui peut être évidemment sauvé, mais pas forcément, parce que le fait qu'il soit pas dans le moule, c'est une souffrance pour lui. Comme m'a dit la prof de français : « De toute façon, il va souffrir toute sa scolarité », mais ça passera.

Ces parents prennent donc des distances avec les objectifs scolaires immédiats, tout en définissant les limites d'une scolarité acceptable et en veillant à choisir des filières qui selon eux ne ferment pas les possibilités pour l'avenir, d'autant plus qu'ils considèrent que leurs enfants sont pour l'instant avant tout entravés par des difficultés psychologiques, mais ont une « culture », des capacités, des potentialités importantes.

Les trois sections suivantes s'intéressent aux parcours d'enfants et de familles moins favorisés, ayant moins de ressources financières, moins dotés en capitaux économiques, sociaux et culturels. Ces parcours diffèrent, à de nombreux points de vue, de ceux des familles plus favorisées qui ont été évoquées plus haut. Cet ensemble est cependant tout aussi hétérogène que le premier. Nous essayons de donner une idée de cette diversité de positionnements à travers les sections 3 et 4. Ces deux sections présentent deux pôles qui s'opposent principalement sur le rapport à l'école et les enjeux qui apparaissent au premier plan pour les parents vis-à-vis de l'école : d'un côté « calmer l'école », faire en sorte qu'on laisse l'enfant (et ses parents) tranquilles (section 3), de l'autre prendre en main la scolarité de son enfant, accéder aux meilleures filières possibles, faire valoir les droits de son enfant (section 4). Si globalement les

familles du premier pôle se tiennent plus à distance des soins, souvent perçus comme une stigmatisation supplémentaire, alors que celles du deuxième sont en quête de reconnaissance et d'alliance avec des professionnels du soin, des nuances apparaissent et ces deux grandes postures vis-à-vis de l'école s'accompagnent de rapports différenciés à la psychiatrie.

D. Calmer l'école, éviter la stigmatisation. Des formes de coopération distancées avec les soins.

Pour un ensemble de parents, rencontrés surtout par l'intermédiaire des centres de soins psychodynamiques et du Centre médico-scolaire³⁰, les entretiens ont fait ressortir comme enjeu central la difficulté de faire face aux plaintes de l'école, de gérer les mots dans le cahier, les appels renouvelés des enseignants ou des directeurs signalant des problèmes de comportement, des retards, des absences de leur enfant. Beaucoup de parents ont insisté sur le caractère envahissant de ces retours négatifs de l'école dans leur vie quotidienne, d'autant plus qu'ils se sentent impuissants, ne sachant souvent comment répondre ou comment réagir à ces plaintes. Comme nous les avons rencontrés par le biais des structures de soin, ces enfants sont tous plus ou moins engagés dans des suivis – et pourtant les parents ont des rapports différenciés aux professionnels de ces structures. Nous évoquerons d'abord le cas de parents rencontrés au moment où les soins apparaissent comme un appui possible pour « calmer l'école », puis le cas de parents qui se montrent plus distants et critiques avec les soins que leur enfant ont suivis, exprimant le souhait que non seulement l'école mais aussi les différents professionnels laissent tranquille leur enfant, qu'on *les* laisse tranquille de manière générale.

Ces parents sont en général critiques vis-à-vis de l'école, qui selon eux devrait gérer les problèmes plutôt que de les renvoyer sur eux. S'ils souhaitent que l'école arrête d'appeler, c'est aussi pour que cesse ce qu'ils perçoivent comme une stigmatisation, un étiquetage de leur enfant, dont ils constatent qu'il n'est pas le seul à perturber mais souvent le seul à être puni. Ils expriment un sentiment d'injustice, évoquant moins la question des résultats scolaires que celle des sanctions, de la manière dont leur enfant est considéré à l'école, dont ses comportements sont pointés. Ce positionnement vis-à-vis de l'école s'adosse le plus souvent à une forte distance entre ces parents, faiblement diplômés, et le monde scolaire. Certains parlent d'une distance « culturelle », évoquant le monde qui sépare l'école française actuelle et l'expérience du monde scolaire qu'ils ont eue dans leur pays d'origine. Ils font souvent peu de distinction entre les différentes filières et sections scolaires – un moyen de calmer l'école peut alors être d'accepter une orientation vers des filières professionnelles, une SEGPA, un ITEP, où la pression sera

³⁰ Une structure située dans les quartiers Sud de Paris destinée à accueillir de manière temporaire de jeunes enfants en difficultés relationnelles à l'école pour éviter qu'ils ne s'enfoncent dans de véritables troubles du comportement. Ils bénéficient sur place, plusieurs demi-journées par semaine, d'une enseignante spécialisée, de prises en charge en groupe et d'un suivi médico-psychologique. Elle est portée par un partenariat entre un CMP et l'Éducation Nationale.

moindre, où le regard porté sur l'enfant sera moins négatif. Le dernier cas évoqué se penchera sur le moment d'une orientation en ITEP, sur les négociations qui se jouent à ce moment-là entre sa mère, le centre de soins et l'école.

a. S'appuyer sur la psychiatrie pour calmer l'école ?

Kadidja, six ans, est scolarisée au CP dans l'école de son quartier. Nous l'avons rencontrée au sein du Centre médico-scolaire. Kadidja s'est rendue dans cette structure deux demi-journées par semaine à partir de la grande section et jusqu'au premier trimestre du CP. Nos premiers contacts avec la mère de Kadidja, Mme Fall, sont révélateurs des relations qu'elle entretient avec les différents professionnels qui gravitent autour de son enfant au Centre médico-scolaire. La pédopsychiatre responsable de la structure lui avait parlé de ma recherche lors d'une consultation et m'avait transmis ses coordonnées. Lorsque je la contacte par téléphone, Mme Fall est apparait d'abord distante, elle réagit peu à ma présentation de la recherche et refuse dans un premier temps de me rencontrer. Je propose de lui réexpliquer le sens de ma démarche : j'insiste alors sur le fait que c'est une recherche indépendante du Centre médico-scolaire, que je suis à l'université, le but n'est pas de lui proposer un suivi, mais au contraire de savoir ce qu'elle pense des différents suivis. Elle se dit finalement d'accord pour me rencontrer. Je l'invite à choisir le lieu et l'heure qui l'arrange pour notre rendez-vous, elle propose que nous nous rencontrions au Centre médico-scolaire, un jour où elle accompagnera Kadidja. Quelques jours après, l'enseignante du Centre médico-scolaire, Audrey, me prévient que la mère de Kadidja s'est plainte que l'on ait transmis son numéro et qu'elle a dû la rassurer à mon sujet. Voici comment Audrey me raconte cet épisode, le jour où je viens pour le rendez-vous avec Mme Fall dans la structure :

La mère de Kadidja avait le visage complètement fermé jeudi, elle me dit : « Je veux vous parler ». Je me suis dit : « qu'est ce qui se passe ? », j'ai retrouvé la mère de Kadidja du début, complètement fermée. « Est-ce que vous avez donné mon numéro à une jeune fille ? » « Oui, je l'ai peut-être donné à Célia ou Jocelyne [*les auxiliaires de vie scolaire de la structure*] pour vous contacter s'il y avait un problème. » « Non, une autre. » Elle ne se souvenait pas du tout que Roxanne [*la pédopsychiatre*] lui avait parlé de la recherche. Je me dis, parfois, entre ce que dit Roxanne en consultation et ce que les parents comprennent... J'ai expliqué que c'était une recherche et qu'on avait tous répondu, qu'Aude allait aussi contacter les écoles. Que ce qui lui manquait c'était le

point de vue des parents. Je lui ai dit que vous vous étiez rencontrés à un café des parents, que c'était une fille avec des longs cheveux noirs. Là elle s'est souvenu, je me suis dit : « Ouf ! merci le café des parents ! », sinon je ne savais plus quoi faire.

Alors que nous attendons ensemble la mère de Kadidja, celle-ci appelle Audrey pour prévenir qu'elle arrivera en retard à notre rendez-vous – Audrey raccroche et commente d'un ton soulagé : « Elle est souriante ! » Je m'étonne : « Tu l'as senti au téléphone ? » « Oui, cette maman, elle est très claire ! » Audrey m'explique qu'en plus elle est censée prévenir aujourd'hui la mère de Kadidja que le suivi au Centre médico-scolaire va bientôt s'arrêter – le calendrier tombe mal, comme je la vois ce matin, elle lui en parlera plutôt jeudi.

Le récit de cette prise de contact dit bien tous les efforts que les professionnels du Centre médico-scolaire déploient pour établir et maintenir des liens avec les parents des enfants accueillis. Des liens qu'ils construisent et entretiennent au jour le jour, en s'appuyant sur les moments de discussion informelle quand les parents viennent conduire ou rechercher leur enfant, sur les moments de convivialité (« les cafés des parents ») qui sont organisés pour mettre les parents plus à l'aise et leur donner la possibilité de discuter entre eux et avec les professionnels. Des liens fragiles : les parents sont souvent, au départ, en partie réticents, peu désireux de voir leur enfant fréquenter la structure. Les professionnels travaillent à désamorcer la méfiance initiale des parents – mais ils sentent que cette méfiance est toujours susceptible de revenir d'un coup, à l'occasion d'un événement imprévu ou d'une maladresse. En même temps, on voit aussi que la mère de Kadidja a nettement investi certains aspects du Centre médico-scolaire, en particulier elle a noué une bonne relation avec l'enseignante, Audrey. C'est un scénario qu'on retrouve pour beaucoup de parents d'enfants suivis dans ce lieu : ils font peu à peu confiance, non pas à la structure dans son ensemble, à une institution, mais à une personne avec qui ils sont relation de manière directe et régulière, et dont ils deviennent plus familiers. Ce n'est pas un hasard, pour la mère de Kadidja comme pour beaucoup de parents, que cette personne soit l'enseignante. Entretien souvent des rapports compliqués avec l'école de leur enfant, ils apprécient la relation plus personnelle que cherche à instaurer Audrey, le regard plus positif qu'elle porte sur l'enfant dans le cadre de sa classe à effectifs très réduits et le rôle d'intermédiaire qu'elle endosse entre les parents et l'école. Pour ces parents qui ont été orientés par l'école vers le Centre médico-scolaire parce que l'école a considéré qu'ils n'étaient pas « prêts » à consulter au CMP, parce qu'ils refusent de voir un psychologue ou de mettre en

place des soins, l'enseignante est la personne la plus accessible. La relation avec la pédopsychiatre et les autres soignants de l'équipe sont souvent plus distantes.

Lors de l'entretien que nous faisons ce jour-là avec Mme Fall dans un bureau du Centre médico-scolaire, elle refuse d'être enregistrée, mais livre volontiers le parcours de Kadidja, faisant remonter les difficultés à l'entrée à l'école : « Ça a commencé à la maternelle... »

Mme Fall évoque d'emblée une divergence de point de vue avec l'école, lorsque la maitresse dès la petite section lui signale que Kadidja « n'écoute pas », « fait n'importe quoi », « dit des gros mots », « tape sur la table », « pousse des cris », portrait dans lequel Mme Fall ne reconnaît pas sa fille :

Je savais qu'à la maison elle ne dit pas de gros mots, parce que je la cadre, que ça ne venait pas d'elle. Elle punissait toujours Kadidja alors que je sais bien que ça venait des autres. Tout retombait sur Kadidja. Kadidja se laisse faire. Je connais ma fille.

À travers les retours des enseignantes et de Kadidja, et à travers ce qu'elle peut voir de la cour de récréation, Mme Fall souffre de sentir sa fille mise à l'écart, tenir le rôle de bouc émissaire, alors que d'après elle Kadidja n'est pas à l'origine des problèmes :

Les enfants n'allaient pas vers Kadidja. S'il y avait un problème ou une bêtise, ils disaient que ça venait d'elle. Elle n'avait pas de copine. Elle me disait : je n'ai pas de copines. C'est dur d'entendre ça. Pour moi, si elle va à l'école c'est pour s'intégrer, pour avoir des copines.

Au fur et à mesure de l'année de grande section, la situation devient plus difficile et les retours de la maitresse se font plus fréquents : « La maitresse voulait toujours me parler, j'avais peur de venir à l'école », se souvient Mme Fall. Elle décide alors, à certaines périodes, de ne plus parler à la maitresse parce que « c'était trop dur ». Pour éviter de croiser le directeur, la maitresse ou les animateurs périscolaires, elle demande régulièrement à une voisine d'aller chercher Kadidja à l'école en même temps que son fils.

Mme Fall semble démunie face aux retours de l'école, partagée entre le fait de les prendre en compte et d'y répondre en punissant sa fille à la maison, y compris physiquement, et la résistance contre ces remarques récurrentes qui lui semblaient en partie injustes.

Une fois l'année dernière la maitresse a dit que ça n'allait pas du tout, qu'elle ne savait pas ce qu'elle allait faire avec Kadidja, que si ça continue elle ne pourrait pas continuer avec elle. Le soir je l'ai tapée. Ça ne sert à rien de nous dire toujours que ça ne va pas, je ne vais pas taper Kadidja tous les soirs.

Elle résiste alors en renvoyant les enseignants et les éducateurs à leurs responsabilités dans le cadre de l'école, leur signifiant que par ces remarques ils renvoient la faute sur elle et que cela n'a pas d'utilité : « Une des animatrices m'avait fait des remarques : 'Kadidja a fait ça, Kadidja a fait ça', la semaine dernière je lui ai dit : « Ça suffit, je ne punis plus Kadidja ! » Mme Fall considère que ces remarques dénotent surtout l'incompétence et les méthodes de ces professionnels qui ne savent pas gérer la situation au sein de l'école et « harcèlent » les parents quand ils ne savent pas s'y prendre. À propos de l'une des deux maitresses actuelles de Kadidja, elle dit au contraire que cette maitresse « est bien », parce qu'« elle ne parle pas trop aux parents, elle gère ».

Ces relations tendues, ces divergences de points de vue et cet évitement de l'école ne signifient pas que Mme Fall désinvestisse complètement le parcours scolaire de sa fille. Elle accorde du prix à la réussite de ses enfants et essaie de tenir bon pour continuer à faire faire ses devoirs à Kadidja, alors même que cela prend beaucoup de temps le soir, que Kadidja ne travaille pas à l'école (ses cahiers sont vides), et alors que le père de Kadidja (dont Mme Fall est séparée depuis quelques années), a visiblement lâché prise sur ce point :

Je raconte à son père au téléphone, il me dit : « C'est une enfant, il faut attendre. » Lui, il est pire que moi. Il est né en France et il a été à l'école ici, mais il se décourage plus vite que moi. S'il n'y arrive pas, il se décourage. Quand elle va chez lui, ils ne font pas les devoirs. Quand elle est chez moi, il reste tous les devoirs à faire.

En revanche, Mme Fall insiste beaucoup sur le rôle potentiellement négatif de l'école pour sa fille. L'école est le lieu où s'expriment le plus les comportements problématiques de Kadidja (les descriptions que donnent les maitresses ne correspondent pas à ce qui se passe à la maison),

voire un lieu qui produit ou exacerbe ces comportements. Les relations avec les adultes de l'école sont sources de stress pour Kadidja. Par exemple, la maitresse que Kadidja a le plus souvent est d'après Mme Fall trop sévère et au point de se montrer menaçante pour Kadidja :

L'autre soir, un copain de Kadidja est venu à la maison, il a dit : « Aujourd'hui, la maitresse a dit qu'elle allait donner une gifle à Kadidja ». J'ai dit à Kadidja : « C'est vrai ? Pourquoi tu ne m'avais pas dit ? Si elle te donne une gifle tu me le dis, parce que c'est moi qui vais aller la voir et lui donner une gifle. On ira ensemble au commissariat ! » (...) Kadidja a peur à l'école, je ne sais pas de quoi. Elle a peur que je parle à la maitresse parce qu'après la maitresse va la punir. Elle a peur que la maitresse me parle et que je la punisse à la maison.

Elle décrit sa fille comme ayant des difficultés à faire confiance aux adultes de l'école, ce qui peut expliquer le fait qu'elle ne les écoute pas et ne respecte pas leur autorité :

Elle ne va pas vers les adultes quand on ne va pas vers elle. Si on va vers elle et qu'on la met en confiance elle peut communiquer. Avec une des animatrices, elle a vu le regard de l'animatrice, elle ne la calcule pas. Elle ne la calcule pas. Elle ne lui fait pas confiance.

S'il y a des difficultés à la maison, Mme Fall les relie surtout à la fatigue et l'énerverment produits par les journées d'école. D'ailleurs, si elle trouve que le Centre médico-scolaire a permis une amélioration, elle dit qu'elle ne la ressent pas à la maison car il reste la fatigue des heures passées à l'école : « Je ne vois pas la différence à la maison parce que elle va toujours à l'école soit avant, soit après. »

Mais Mme Fall insiste beaucoup plus sur les apprentissages que sur le comportement, et à ce titre développe l'idée que l'école « va trop vite » pour sa fille, ne sait pas aller au rythme des enfants, se calquant sur le rythme des enfants plus rapides :

Le CP, ça va trop vite, la maitresse donne beaucoup de devoirs. La grande section et le CP, ça devrait être pareil parce qu'ils sont encore petits. Ça ne devrait pas être tout de suite très rapide. Ils apprennent à lire et à écrire en même temps, moi je lui fais faire ses devoirs, mais je ne peux pas. Depuis deux semaines il faut écrire avec un Bic qui ne s'efface pas. C'est trop dur, ce sont des enfants, ils n'ont même pas dix ans ! C'est trop

rapide. La maitresse est trop sévère. Une fois Kadidja a oublié son cahier et du coup on n'a pas pu faire les devoirs, la maitresse a tout de suite mis dans le cahier : « Ne fait pas les devoirs », j'ai répondu en expliquant par écrit qu'elle avait oublié son cahier, elle a mis « vu ». Il ne faut pas se laisser faire ! (...) La maitresse va trop vite, il faut laisser les enfants apprendre chacun à leur rythme, elle se base sur le rythme de ceux qui vont le plus vite, ça ne va pas. Les enfants n'apprennent pas tous pareil.

Elle insiste sur le fait que Kadidja « n'est qu'une enfant », qu'elle va « évoluer » si on lui en laisse le temps : « Kadidja, on ne peut pas dire si elle est bête ou intelligente. Si elle ne peut pas apprendre ou si elle fait exprès. Il faut voir comment elle évolue. On ne peut pas le dire tout de suite, il faut voir comment elle évolue. Je sais qu'elle va évoluer. » C'est pour cela également qu'elle est résolue à refuser le redoublement s'il est proposé pour Kadidja, se référant à l'exemple du fils d'une amie, qui en CP faisait les lettres à l'envers, et qu'on a voulu faire redoubler : « La maman ne voulait pas, elle a tenu bon, et en CE2 il y arrivait très bien, il était le premier de la classe. »

Le regard que porte Mme Fall sur l'école est lié au fait qu'elle a découvert l'école française à travers la scolarisation de ses six enfants, elle qui a été à l'école au Mali et qui est arrivée au début de l'âge adulte (où elle a lui suivi une formation d'aide-soignante – elle a ensuite travaillé à l'hôpital et est actuellement en congé parental). Pourtant, ses critiques adressées à l'école française n'érigent pas l'école qu'elle a connue en Afrique comme modèle – elle évoque un fonctionnement incomparable, non transposable, et pas souhaitable, même si cette discipline rigide évitait sans doute les difficultés que Kadidja connaît aujourd'hui :

Comment vous étiez vous à l'école ? Moi j'étais ni bête ni intelligente, j'étais au milieu. Pas comme Kadidja. J'étais au Mali, là-bas c'était très différent, on tapait les enfants, on était obligé d'apprendre. Ici, ce qui est bien c'est qu'on laisse faire, on ne les tape pas.

L'accent est donc beaucoup mis sur l'environnement de l'école, en partie inadapté pour Kadidja, mais aussi pour beaucoup d'autres enfants. Car c'est bien l'école qui va trop vite, qui crée un contexte stressant pour Kadidja, et non Kadidja elle-même qui a un problème ou qui serait différente. Mme Fall n'évoque qu'avec prudence l'idée que Kadidja aurait des

« difficultés », ou la nécessité que les enseignants « s'adaptent » au cas de Kadidja – elle ajoute toujours après que « tous les enfants sont comme ça », « c'est comme ça pour tous les enfants ».

Cependant (et de plus en plus au fur et à mesure de notre entretien), Mme Fall est partagée entre cette idée que l'école produit en grande partie les comportements qu'elle reproche à Kadidja, et le constat de difficultés spécifiques de Kadidja, même à la maison. Ces difficultés, elle en parle finalement, décrivant les mouvements difficiles à contrôler de Kadidja, qui « ne tient pas en place » : « Des fois elle est assise là, et puis tout de suite après là-bas (montre l'autre bout de la pièce) ». Elle évoque une enfant qui n'écoute pas ce qu'on lui dit, qui « a la tête dure ». Kadidja ne se comporte pas comme ses grands frères et déroge aux comportements attendus d'un enfant : « Je me demandais : est-ce que c'est une enfant ou une adulte que j'ai là ? »

Peu avant le début de la prise en charge au Centre médico-scolaire, la situation avait empiré, à la fois parce que le comportement de Kadidja se durcissait à la maison et parce que les plaintes de l'école devenaient plus fréquentes :

« C'était très dur. Elle allait devenir folle et moi aussi. Je ne sais pas ce que j'aurais fait s'il n'y avait pas le Centre médico-scolaire. Je ne l'aurais plus mise à l'école tout le temps. Je ne sais vraiment pas ce que j'aurais fait. J'étais trop mal. »

Mais lorsque l'enseignante et le directeur de l'école lui parlent du Centre médico-scolaire, Mme Fall est réticente à envoyer sa fille dans une structure où il y a des psychologues et des psychomotriciennes – elle a l'expérience de ces professionnels pour son fils ayant une déficience motrice et intellectuelle, et considère que le cas de Kadidja ne relève pas de ces prises en charge :

Au début je ne voulais pas entendre parler du Centre médico-scolaire, je ne voulais pas entendre même le mot « Centre médico-scolaire », dans la bouche de Kadidja. Parce que c'était un endroit trop médicalisé. Parce que j'ai entendu toute l'équipe. J'ai pensé qu'ils pensaient que Kadidja a eu des problèmes de santé. Parce que son frère a des problèmes de santé, il est suivi au CAMSP, il ne peut pas aller à l'école. Il est suivi par des psychologues et des psychomotriciennes. Ce n'est pas pour Kadidja, elle n'a pas de problèmes de santé.

Elle se laisse cependant convaincre d'essayer, et apprécie finalement ce qu'elle perçoit de ces demi-journées de sa fille au Centre médico-scolaire : elle observe que les professionnels ont un regard plus positif que l'école sur Kadidja, s'adressent directement à elle de manière à ce qu'elle comprenne, respectent son rythme. Mme Fall apprécie particulièrement l'enseignante de la structure : « J'aime beaucoup Audrey. Kadidja l'aime bien. Quand Audrey m'a téléphoné pour me dire : Kadidja arrive à faire cela, ça se passe comme ça, je me suis sentie mieux. Mon copain a dit : c'est bon. » Elle estime qu'« Audrey explique bien les choses aux enfants », les félicite, leur « donne confiance », les amène à « s'entraider ». Attachée à la personne d'« Audrey », elle précise que lors du changement d'année scolaire, si l'enseignante avait changé, elle n'aurait pas accepté de poursuivre la prise en charge au Centre médico-scolaire.

Elle note que Kadidja a fait des progrès, surtout visibles lorsqu'elle est au Centre médico-scolaire : elle « s'ouvre plus », va plus vers les autres, parle de ses « copines », commence à dire les prénoms des enfants, sa voix « sort mieux ». À la maison, l'amélioration n'est pas si sensible, parce que d'après Mme Fall les journées d'école restent pénibles : Kadidja dit « qu'elle n'aime pas aller à l'école et qu'elle aime aller au Centre médico-scolaire. » Mais les relations se sont améliorées avec la maîtresse de Kadidja : (« L'enseignante ne nous dit plus rien. Elle nous laisse tranquille. »), ce qui est en partie lié au fait qu'« Audrey s'est mise en contact avec l'enseignante pour s'informer du comportement de Kadidja à l'école et la tenir au courant du déroulement des séances au Centre médico-scolaire.

Pour Mme Fall, le Centre médico-scolaire apparaît donc comme un lieu où Kadidja se sent mieux et développe certaines capacités notamment relationnelles. C'est aussi un lieu où Kadidja a envie d'aller, ce qui allège la semaine d'école habituelle. Les professionnels de la structure portent un regard plus positif sur Kadidja et jouent le rôle d'intermédiaire vis-à-vis de l'école, ce qui permet à Mme Fall de ne pas être seul pour recevoir les plaintes de l'école, qui d'ailleurs se sont faites plus rares, parce que le comportement de Kadidja s'est amélioré ou parce que la possibilité d'échanger avec le Centre médico-scolaire a fait que l'enseignante s'est tournée moins systématiquement vers Mme Fall. Mais la confiance de Mme Fall s'est concentrée sur l'enseignante, et la relation fonctionne parce que Mme Fall voit peu les soignants de la structure, ceux dont le métier commence par « psycho », psychologue, psychomotricienne, dont elle ne veut pas entendre parler pour Kadidja. Quand approche la fin du suivi (deux périodes de trois mois), l'enjeu pour les soignants est pourtant de proposer à Mme Fall d'engager des soins, de débiter une prise en charge au CMP pour Kadidja. Mme Fall y est peu

réceptive. Un échange en réunion d'équipe peu après la sortie de Kadidja du dispositif porte sur la difficulté de « faire venir » la mère de Kadidja « vers les soins ». La psychologue de la structure suggère de proposer que Kadidja vienne au CMP pour un bilan d'orthophonie. La pédopsychiatre soupire : « J'ai déjà fait le coup. »

Cette situation montre bien le rapport complexe qu'entretiennent ces familles avec les professionnels de la psychiatrie, partagées entre la possibilité de s'appuyer sur leur regard et leurs interventions pour calmer l'école et la crainte de faire entrer leur enfant dans des prises en charge qu'ils associent aux « problèmes de santé », aux cas plus lourds, à la folie. Lors de la même enquête, nous avons pu retracer le parcours de Romain, qui est également passé par une prise en charge au Centre médico-scolaire, et qui depuis se rend régulièrement au CMP pour des consultations avec la pédopsychiatre. Sa mère accepte de se rendre à ces consultations, elle reste cependant réticente vis-à-vis d'autres soins que pourraient proposer le centre. Si elle continue à venir, c'est qu'elle est surtout demandeuse d'orthophonie. Il est intéressant de revenir sur la situation de ces familles qui restent au seuil de soins, s'investissent en pointillé, méfiantes vis-à-vis de l'idée de maladie et de handicap, mais demandeuses de soutien pour améliorer la situation à l'école, faire face aux difficultés scolaires de leur enfant. Dans beaucoup de ces situations, les professionnels de l'école puis des CMP se saisissent du souci des parents pour les difficultés d'ordre scolaire, de la demande d'orthophonie pour convaincre ces parents de l'intérêt de consulter, de commencer un suivi pour leur enfant. La demande d'orthophonie sert alors de point de départ, de levier pour « accrocher » ces parents souvent réticents par ailleurs aux prises en charge dans les structures de soin.

Romain a 11 ans, il est le dernier enfant d'une fratrie de cinq. Il vit avec ses deux parents et ses quatre grandes sœurs âgées de 21 à 15 ans, dans un appartement en HLM du Sud de Paris. Mme Konaté, la mère, est née au Mali, est arrivée en France à l'âge de 12 ans où elle a été au collège et s'est orientée vers un BEP informatique, qu'elle n'a pas fini (« j'ai pas pu continuer, j'ai négligé quoi »). Elle a ensuite repris des études, a passé son CAP et le concours d'ATSEM. Elle souhaite que ses enfants ne fassent pas la même « erreur » qu'elle, elle leur répète qu'il « faut étudier » pour avoir « un bon boulot ». C'est avec sa tante qu'elle est venue en France, tandis que sa mère et tous ses frères et sœurs sont restés au Mali : « Ils sont tous là-bas, il n'y a que moi qui suis ici », d'ailleurs. Elle retourne régulièrement au Mali et le contexte malien est très présent à son esprit, elle pense à ses sœurs qui y élèvent leurs enfants et établit beaucoup de comparaisons entre la France et « l'Afrique ». Son mari, M. Konaté, le père de Romain, est

venu du Mali également, comme étudiant. Tous deux se sont rencontrés en France. M. Konaté a travaillé dans la confection pendant 28 ans, il est au chômage depuis peu. Mme Konaté travaille dans une école élémentaire comme ATSEM, elle vient d'avoir le concours après avoir travaillé 8 ans comme contractuelle : « Je vois les enfants, c'est pas facile, il y a des écoles difficiles ! Il y a des enfants qui te donnent des coups même, en élémentaire, il y a des enfants violents ! »

Mme Konaté parle du « problème » de Romain en insistant sur le fait qu'il « s'énerve » :

Mme Konaté : Romain, quand il n'arrive pas, il s'énerve, il veut faire quelque chose vite fait, sinon il commence à s'énerver. C'est pas facile. Son problème c'est ça, il s'énerve. après il revient : excuse moi... voilà... il s'énerve vite fait quand il arrive pas quelque chose.

AB : À la maison aussi ?

Mme Konaté : À la maison quand il commence à se bagarrer avec ses sœurs. Il veut faire tout vite fait. Tranquille. On dit : « Romain, prend le temps ». Chaque chose en son temps. Il y a le moment de jouer, d'étudier, de rigoler. C'est ça que son papa dit, il faut différencier. Des fois ça va. Tous les matins on lui dit : « Romain, tu te calmes, pas d'histoires, quelqu'un t'agresse, ou le maitre, il faut pas t'énerver, calme toi ». C'est ça, c'est pas facile.

Comme Mme Fall, Mme Konaté insiste sur le fait que les problèmes de comportement à l'école ne viennent pas forcément de son fils mais des autres, des copains qui le provoquent, parce qu'ils savent qu'il va réagir :

Romain, comme on sait qu'il s'énerve vite, donc les copains profitent de cette occasion, c'est son point faible, ils le provoquent. Romain ! Il veut pas qu'on touche ses affaires. Je lui dis : « Romain, tes copains de classe ils savent que tu t'énerves trop vite, donc ils profitent de l'occasion. Ou alors ils cherchent ! »

Mme Konaté qualifie donc le problème de Romain d'abord comme un trait de caractère, cette tendance à s'énerver rapidement, exacerbée dans le cadre des interactions avec les autres garçons, le groupe de copains qui habitent dans la même cité qu'eux et que Romain retrouve dans la cour de l'école. Romain est d'ailleurs le seul fils de la fratrie et Mme Konaté souligne

sur le fait que c'est le seul qui a eu des soucis, qu'elle n'a « jamais eu de problème avec ses filles » : « C'est Romain qui m'a fait ça. Les filles, jamais ! Personne ne m'a connue dans l'école Frémont. C'est Romain. » La sœur aînée a eu son bac et commence cette année un emploi de vendeuse, la seconde prépare un bac général, et la troisième rencontre des soucis à l'école mais qui posent moins de problèmes perturbants pour l'école : « Elle est super gentille, mais des fois elle est absente à l'école, elle n'est pas trop concentrée », raconte Mme Konaté.

Comme pour Kadidja, c'est à l'école que le comportement de Romain a commencé à poser problème. À l'école maternelle, sa mère se souvient qu'il « se comportait comme un bébé en classe » et avait besoin de l'attention exclusive de l'adulte. C'est en grande section que la situation se détériore et qu'ils sont orientés vers le Centre médico-scolaire. Mme Fall se souvient que la proposition venait de l'école et était centrée sur les difficultés pour écrire : « c'est l'école qui a proposé, parce qu'il avait des difficultés pour écrire, il écrit beaucoup sur les lignes ». Romain fréquente le Centre médico-scolaire deux fois par semaine pendant deux ans, au CP et au CE1. Mme Konaté raconte que « ça se passait très bien » avec la maîtresse du Centre médico-scolaire. Romain a « beaucoup aimé y aller », et son écriture s'est « beaucoup améliorée ». À l'issue du suivi au Centre médico-scolaire, ils continuent à voir régulièrement la pédopsychiatre de la structure, mais cette fois en consultation au CMP.

Romain est actuellement en CM2. Au niveau du comportement, les retours de l'école sont fluctuants selon les périodes, Mme Konaté les décrit comme très liés à la classe dans laquelle se trouve Romain, à l'enseignant. Par exemple, les choses se sont à nouveau dégradées récemment, du fait de changements de professionnels : la maîtresse a été remplacée par un jeune maître que Mme Konaté décrit comme inexpérimenté ; le directeur de l'école, avec qui Romain s'entendait bien, a été remplacé par un nouveau directeur moins patient qui les appelle très fréquemment.

Scolairement, Mme Konaté explique certaines choses ne posent pas de problème à Romain, en particulier quand il faut apprendre par cœur (mathématiques, poésie). Elle est soucieuse que Romain fasse des devoirs, mais se sent peu à l'aise pour le faire travailler elle-même : elle demande à ses filles aînées de le faire travailler, et à son mari de les surveiller, pendant qu'elle prépare les repas à la cuisine. C'est surtout l'écriture qui reste difficile. Mme Konaté souhaiterait de l'orthophonie pour Romain et en parle régulièrement à la pédopsychiatre du CMP, mais sa demande est en attente, devant le peu de places en orthophonie au CMP.

En regard de l'histoire de Kadidja et de sa mère, le cas de Romain permet de préciser les formes de la configuration relationnelle particulière qui s'établit entre ces familles, l'école – dont elles supportent les retours tout en la critiquant – et les centres de soins – avec lesquelles elles coopèrent de manière minimale sans adhérer complètement.

Mme Konaté met beaucoup l'accent, comme Mme Fall, sur l'influence négative qu'a pu avoir l'école à certains moments du parcours de son enfant. Elle est convaincue que ce parcours aurait été plus facile si la maitresse de grande section n'avait repéré, étiqueté Romain :

Mme Konaté : Romain faisait le bébé, se comportait comme un bébé en classe. On ne s'occupe que de lui seul en classe. C'est pas facile. Il y a des maitresses qui sont compréhensives, comme il y en a qui ne sont pas compréhensives. Ça se comprend, car 24, 25 en classe, on ne peut pas s'occuper de tous à la fois.

AB : Les maitresses compréhensives...

Mme Konaté : En petite section, c'était vraiment très bien. (...) Mais en grande section c'était pas facile. Ca n'allait pas, Romain, avec elle. Moi je dis : « c'est elle qui a gâté le dossier de Romain, car elle n'était pas bien du tout ». Parce que ça commence et ça te suit partout quoi.

AB : Quand vous dites qu'elle a gâté son dossier...

Mme Konaté : Elle dit : il est comme ça, comme ça... je ne sais pas. on dit : étiquette, quoi !

Cette maîtresse était une enseignante proche de la retraite, avec des méthodes « à l'ancienne », et Mme Konaté pense que ces méthodes trop sévères ne conviennent pas à Romain, comme à beaucoup des enfants d'aujourd'hui :

C'était très dur, il est tombé sur une maitresse un peu âgée. Elle va aller à la retraite. Tu sais, avant les maitresses, la génération avant, c'est pas pareil comme maintenant. elle est dure comme ça, elle était très très très sévère. C'est normal, la génération c'est pas la même chose. Elle avait une mentalité... mais les enfants maintenant c'est pas facile. Il y a des enfants ça marche, d'autres non.

Le nouveau directeur en CM2 est également jugé trop sévère : « Il n'a pas trop de patience, il est tout le temps à téléphoner, s'énerver », ce qui pour Mme Konaté montre à la fois un manque de connaissance du rythme des enfants, et un manque de respect de la vie des parents, supposés pouvoir répondre au téléphone à tout moment de la journée :

L'autre jour, le directeur m'a appelé. Tout le temps, tout le temps... On connaît le comportement de l'enfant, il faut aller doucement. Pour les parents aussi c'est pas bon, au boulot, ça prend la tête, tout le temps interrompus, l'enfant il a fait ça, il a fait ça. Il faut aller doucement, c'est pas comme un adulte...

De façon plus générale, Mme Konaté est critique des méthodes éducatives française, en particulier de l'interdiction légale de corriger son enfant ou ceux des autres, qui s'accompagne d'une absence de surveillance collective des enfants, qu'elle peut voir à l'œuvre par exemple au Mali :

AB : Je me demandais : vous, vous avez été à l'école enfant ?

Mme Konaté : C'est pas pareil ! Au pays, nous on nous fouettait ! Ah oui ! En Afrique c'est pas la même chose ! Au Mali, j'ai fait primaire et collège là bas. Ici, on dit que les enfants il faut pas taper. Il y a des enfants, il faut corriger un peu. Mais ici la loi... vraiment moi je trouve c'est pas bien. Parce que ton propre enfant tu peux pas le corriger comme tu veux. Voyez ! Ici les enfants ont trop d'autorité. Vraiment, moi je trouve cette loi là est vraiment... il faut pas taper l'enfant, il faut pas... mais il faut corriger l'enfant aussi ! Nous en Afrique on... même d'autres mamans qui te voient faire des bêtises, elles te tapent. Et si tu le dis à ta mère, elle va te taper aussi. Donc ça t'évite de faire des bêtises. Tout le monde a un œil sur toi en Afrique. Par exemple si d'autres mamans elles te voient faire des bêtises, elles te corrigent ! Et puis on peut même pas oser dire à ta mère. Mais ici c'est pas ça, c'est chacun pour soi.

Par comparaison avec ses sœurs vivant au Mali, Mme Konaté trouve particulièrement difficile d'élever des enfants en France (« ici, les enfants, c'est pas pareil comme au pays »), dans un contexte marqué par ce qu'elle considère comme une forme d'individualisme (on ne s'occupe pas des enfants des autres, c'est « chacun pour soi »), avec l'interdiction d'utiliser les punitions corporelles qu'elle trouve justifiées et efficaces, et de plus dans un contexte où l'école révèle

ou exacerbe, sans les régler, des problèmes de comportement, particulièrement pour les garçons (Coutant and Eideliman, 2015).

Cela ne signifie pas qu'elle souhaiterait que l'école soit plus sévère et rétablissent des punitions corporelles. Son rapport aux méthodes de l'école est plus ambivalent. Elle constate la très grande différence entre l'école française et le modèle « africain » qu'elle semble voir de manière assez positive. En même temps, comme on l'a vu, elle constate que la scolarité de son fils est toujours plus difficile quand il est avec les enseignants les plus sévères. Elle considère que les enfants ne sont pas les mêmes, que le contexte général est différent et que les enseignants ne pourraient pas faire « comme avant », de même qu'il ne pourrait pas faire comme « en Afrique ». Le contexte général est tellement différent que ce n'est pas transposable : « ce n'est pas la même chose », répète-t-elle quand lui demande de comparer.

Mme Konaté : Même ici, avant on tapait les enfants, mon voisin me l'a dit. Même à l'école. C'est ça, le CP de Romain, c'est ça que je voulais dire. C'est une dame assez vieille, et elle a fait ses études, elle a connu cette époque, elle veut continuer comme ça... avec la nouvelle génération, ça peut pas marcher. Moi j'ai fait mes études, c'est comme ça qu'on nous corrigeait à l'école.

AB : Ca vous semblerait mieux que les enseignants puissent avoir cette possibilité ?

Mme Konaté : C'est pas la même chose.

Vis-à-vis des professionnels entourant l'école et en particulier des centres de soin, le regard de Mme Konaté est également ambivalent. Elle se dit preneuse de tout ce qui peut « aider » Romain et permettre d'apaiser les relations avec l'école. En revanche, si elle évoque des problèmes de comportement et des difficultés d'écriture, et si elle demande de l'orthophonie, elle ne souhaite pas d'autres prises en charge et réagit vivement à l'idée que l'on pourra considérer son fils comme « malade » ou « handicapé ». C'est ce qui apparaît lorsque je lui demande s'il a été question qu'il soit accompagné en classe par une AVS. Pour elle qui travaille dans le milieu, l'AVS évoque le handicap, sans point commun avec les problèmes de Romain qu'elle évoque alors en termes d'autonomie et de maturité. Cela lui semble logique qu'il voit une éducatrice, mais pas qu'il soit suivi par une AVS :

AB : Et au niveau de l'école, il y a l'éducatrice ?

Mme Konaté : Oui, une fois par semaine à l'école, depuis un an.

AB : Ca vous semblait utile ? Qu'est-ce qui vous semblerait utile pour lui ?

Mme Konaté : C'est bien, moi je demande de l'aide pour Romain pour qu'il s'en sorte de ses difficultés. Ca me dérange pas du tout. Pour qu'il soit mûr dans sa tête, pour qu'il ne soit plus bébé. Voilà ! La dame lui parle, il faut maintenant que tu sois autonome de toi-même, il faut qu'il soit mûr dans sa tête.

AB : Quand vous dites qu'il est bébé...

Mme Konaté : Depuis le CP, le maitre doit s'occuper que de lui dans la classe. Dans sa tête, il est tout seul en classe. Le maitre dit : tu n'es pas tout seul.

AB : Est-ce qu'il y avait eu proposition d'une AVS ?

Mme Konaté : Non. Mais c'est pas un enfant « handicap ». Non, il est pas handicapé ! Non, il a pas besoin de ça. Il y a des enfants, ils veulent que le maitre s'occupe que d'eux. Il a besoin de comprendre que le maitre doit s'occuper des autres, d'être plus patient... Oui, c'est ça ! il n'est pas malade, il n'a pas...

Etant donnée cette réticence à l'idée de maladie, cette frontière nette placée entre les éducateurs et les AVS, on pourra s'attendre à ce que Mme Konaté accorde de l'importance à la distinction entre les professionnels du soin et les autres, entre les différents secteurs professionnels par exemple le secteur sanitaire et l'éducation nationale. Pourtant, elle ne semble pas se repérer si clairement. Elle semble entretenir un rapport globalement distant à des institutions toujours susceptibles de « l'appeler », de la « convoquer », des institutions dont on peut craindre des récriminations, des regards négatifs ou stigmatisant, mais dont on peut aussi parfois espérer des aides. Le jour où nous nous sommes rencontrées pour notre entretien, Mme Konaté avait d'ailleurs apporté une lettre qu'elle avait reçue et qu'elle ne comprenait pas. Elle me l'avait apportée pour que je puisse lui expliquer, ne sachant comment non plus précisément comme me situer et imaginant que je puisse lui apporter une aide comparable à celle d'une assistante sociale. La lettre avait été envoyée par le service social de l'école, indiquant qu'une information avait été transmise à propos de Romain à la protection de l'enfance. Un rendez-vous avec le directeur était proposé. Mme Konaté ne savait comment interpréter cette lettre, elle supposait au premier abord que celle-ci concernant sa demande d'orthophonie faite auprès de la pédopsychiatre du CMP.

L'expérience de ces deux familles, rencontrées par le biais du Centre médico-scolaire, est marquée par une grande distance, à la fois vis-à-vis de l'école et vis-à-vis des soins. Ces deux cas se situent en début de parcours scolaire de l'enfant : ils approfondissent ce moment où les

enfants et leurs parents découvrent l'univers des centres de soin, cherchent à s'en tenir à distance tout en utilisant le soutien qu'ils offrent vis-à-vis de l'école. On propose maintenant d'adopter un point de vue complémentaire en s'intéressant à des familles comparables mais ayant des enfants plus âgés, plus avancés dans leur parcours scolaire et de soins. Il s'agit des parents rencontrés par le biais de l'Unité A après la fin de la prise en charge de leur enfant dans cette structure. Il est intéressant de constater des regards rétrospectifs très différents sur cette structure de soin, et des évolutions différentes de ces parents dans leur rapport à l'école et aux centres de soin.

b. Qu'on le / qu'on nous laisse tranquille. À distance de l'école et de la psychiatrie

Certains parents posent un regard globalement critique sur les suivis en psychiatrie, dont ils ont essayé de se détacher, envisageant ou recourant à d'autres moyens de calmer l'école. Il ne s'agit plus seulement pour eux que l'école laisse tranquille leur enfant, mais que les professionnels et les suivis de tout type le laissent tranquille, ou plutôt « nous » laissent tranquille, puisque ces parents se décrivent souvent eux-mêmes comme « à bout », ayant beaucoup donné pour satisfaire aux demandes de l'école et des centres de soins, sans avoir constaté finalement de résultats positifs.

Le père de Coly est de ceux-là, et il le fait d'ailleurs sentir à l'enquêteur qui le contacte par l'intermédiaire de l'Unité A. L'enquêteur a dû l'appeler plusieurs fois, M. Diallo a commencé par refuser l'entretien, il trouvait que cela ne servait à rien, et a fini par accepter parce que l'enquêteur a insisté et proposé de se déplacer à son domicile. M. Diallo le répète en début d'entretien : il n'a pas grand-chose à dire, son fils a fait sept ans à l'Unité A, « c'est fini », il ne veut plus en entendre parler. Il refuse l'enregistrement et répond de manière succincte aux questions qui lui sont posées. Après l'entretien, il refuse de mettre l'enquêteur en relation avec son épouse, la mère de Coly : il dit qu'elle connaît moins le sujet parce qu'elle s'est rendu un peu au CMPP mais jamais à l'Unité A, et peu à l'école – « elle va dire la même chose que moi », explique-t-il.

Coly est actuellement en quatrième SEGPA. En CP, il avait été adressé par l'école à un CMPP, qui l'avait adressé ensuite pour une prise en charge à l'Unité A. Son père, M. Diallo, travaille

dans le bâtiment, il a monté une entreprise d'évacuation et de démolition, qui rencontre des difficultés dernièrement. M. Diallo est au chômage depuis six mois et retourne fréquemment au Sénégal, son pays d'origine, où il espère monter une filiale de son entreprise. Mme Diallo travaille dans le nettoyage à l'hôpital. Tous deux ont souvent fait des horaires de nuit, quittant leur appartement à quatre heures du matin. Ils ont six enfants, trois garçons et trois filles.

Au cours de l'entretien, M. Diallo raconte que « ça va mieux maintenant », que Coly au collège « se comporte bien », même s'il y a toujours des périodes où l'école se remet à appeler pour des retards ou des absences, particulièrement lorsque M. Diallo est en déplacement au Sénégal. Mais le plus dur est passé, insiste M. Diallo, et il évoque par petites touches cette longue période au cours de laquelle Coly leur a causé des soucis (« il a fait des bêtises, on a été convoqués à la police plusieurs fois »), et au cours de laquelle ils ont dû répondre aux coups de fils et convocations incessantes de l'école et des centres de soins. M. Diallo dit qu'il « en a marre des convocations », qu'il les a faites pendant dix ans et ne veut plus continuer : « j'ai fait des efforts pendant dix ans ! j'ai dit que c'était fini ! Je prends plus de rendez-vous avec personne. Si l'école me convoque j'y vais, mais sinon c'est fini ! ». Il évoque le caractère usant de ces appels téléphoniques, mais aussi leur impact négatif sur son travail (« C'était dur pour moi. Des fois je savais pas quoi faire. Pendant les rendez-vous avec les clients, c'était dur. ») et la difficulté de répondre aux convocations entrant en conflit avec son emploi du temps professionnel (« je laisse pas mon boulot pour des convocations »).

Il a également refusé de reconduire la prise en charge de son fils à l'Unité A, contre l'avis du pédopsychiatre responsable de la structure : « le Docteur Rialto a dit que c'était obligatoire, mais c'est moi qui décide. C'est mon fils ou c'est votre fils ? » Le suivi au CMPP a été arrêté, ainsi que le dossier MDPH.

Après l'orientation en SEGPA, l'année de sixième a été difficile, mais les choses se sont améliorées et Coly s'est finalement retrouvé parmi les meilleurs de sa classe. M. Diallo relativise d'ailleurs le rôle de l'école et envisage d'autres portes de sortie, si à nouveau la scolarité de Coly se passait mal. D'abord, il fait remarquer qu'il ne veut plus assurer les relations avec les centres de soins et leurs convocations, et que Coly retourna au pays si l'école signale à nouveau des problèmes : « Soit tu travailles, soit je t'envoie au pays. » L'autre possibilité est d'arrêter l'école, maintenant que Coly a atteint l'âge de travailler : « S'il faut qu'il arrête l'école,

il arrête, il travaille ! » Coly a déjà fait des stages dans des commerces (boulangerie, petite surface) et pourrait travailler d'après son père dans ce domaine.

Ayant fait ainsi un ensemble de choix pour s'éloigner des soins, et ayant accepté une orientation en SEGPA où Coly trouve un environnement scolaire moins exigeant, M. Diallo prend aussi des distances avec l'idée que Coly présenterait des problèmes de comportement. Il insiste sur le caractère contextuel du comportement de Coly : l'école peut se plaindre et les convoquer, c'est sans doute qu'il y a des raisons, mais à la maison il n'y a pas de problème. M. Diallo s'appuie d'ailleurs sur les propos du CMPP, où il a été question de comportements « bizarres », de « difficultés scolaires », mais pas de problèmes de comportement. Cela a été confirmé par un bilan fait auprès d'une psychologue, qui a relevé des difficultés pour lire, pour calculer, mais pas de difficultés au niveau du comportement.

Mme Sy³¹, la mère de Samba actuellement en CM2, se positionne d'une manière comparable vis-à-vis de l'enquêteur et adopte un discours proche sur l'école et sur l'Unité A. Avec l'école où était son fils jusqu'en CM1, les relations étaient très mauvaises. Certes, elle dit que l'attitude de Samba est susceptible de perturber la classe (« Il supporte pas quand il y a plein d'enfants en classe, il se lève, il bouge, au lieu de faire ce que la maitresse fait au tableau, lui il bouge, il a du mal à s'asseoir tout seul. ») Mais considère surtout que l'école n'était pas suffisamment tolérante et appelait pour de trop petites choses, si bien qu'elle « n'en pouvait plus » et a fini par mettre Samba dans une autre école :

Les écoles aussi supportent pas, parce qu'à chaque fois qu'il y a un petit truc ils appellent les parents, au lieu de gérer ils nous appellent tout le temps. Je trouve que l'école ici, ils exagèrent trop. Un petit truc de rien du tout, il faut qu'ils appellent. Ils me harcèlent à chaque fois alors moi j'en ai marre. Je l'ai enlevé. Depuis dans sa nouvelle école, j'ai pas de souci, on m'appelle.

Dans sa nouvelle école, cette année, « ça se passe très bien ». Mme Sy décrit une enseignante « très très gentille », qui « sait comment il faut le prendre », comment « lui expliquer les choses. Samba a cependant gardé dans cette nouvelle école une AVS, aide qu'il a depuis le CE2. Du côté des soins, Mme Sy a également fait rupture. Coly était suivi depuis le CP dans un CMP,

³¹ Mme Sy n'a pas fait d'études et a actuellement un emploi de nettoyage dans des bureaux. Son mari, qui travaille dans la sécurité, est actuellement au chômage. Mme Sy est originaire du Niger, et elle de Côte d'Ivoire.

qui l'a adressé l'an dernier à l'Unité A, mais Samba a mal supporté ce lieu et Mme Sy a été effrayée par les autres enfants qui le fréquentent. Elle n'y a laissé son fils que quelques mois avant de l'en retirer :

Mon fils il supporte pas l'Unité A. Parce que d'après lui il dit que là bas ils donnent des médicaments aux enfants. Moi j'ai dit : « Non, non, non. Il faut pas prendre ! » J'ai dit : « Tu prends pas de médicaments ! » Parce qu'il y a des enfants, c'est pas le même système que mon fils. J'y ai été, j'ai vu, il y a des enfants, c'est pas le même comportement que mon fils. Toutes ses sœurs, quand je les envoie chercher mon fils, elles m'ont dit : « Mais maman pourquoi tu l'as mis là-bas ? » Samba il n'est pas dans ce comportement-là. C'est pas de son niveau ici.

Là-bas ils étaient plus agités ?

Voilà. Mon fils il a dit : moi je vais pas là-bas. Donc mon fils veut pas y aller, moi j'ai vu comment ça se passe, comment ils sont les enfants là-bas, ça n'a rien à voir avec mon fils, donc je l'ai enlevé là-bas, j'ai arrêté l'Unité A.

Il y a combien de temps ?

Il a fait trois, quatre mois.(...) Les enfants ils se bagarrent, ils les séparent pas. Il y a tout ça qui se passe ! du coup il a eu plus peur encore. Et moi je suis d'accord avec mon fils, parce que je suis pas d'accord avec : ils surveillent pas, ils se maltraitent, et il y en a qui sont plus grands que mon fils. Du coup j'ai dit « c'est pas la peine ». Donc j'ai enlevé mon fils.

Suite à cette rupture, avec le CMP et avec l'Unité A, la médecin scolaire conseille cependant à Mme Sy de s'adresser à un CMPP, et de consulter à l'hôpital pour un bilan. Mme Sy apprécie ce bilan dont elle retient que Samba n'a « rien de grave », à part la crainte de ne pas arriver à faire ses devoirs :

La semaine dernière ils ont fait plein des analyses pour voir qu'est-ce qui va pas, quel côté qui va pas, donc on est partis, on a le compte rendu, tout tout. Elle a dit : « Non non, votre fils il a rien, il est très intelligent, c'est un enfant qui est très intelligent. » Elle voit pas de difficulté, la seule difficulté qu'il a, c'est quand il arrive pas à faire quelque chose, il recule. Les devoirs qu'on lui donne, quand il arrive pas, au lieu de foncer, il a peur, il recule. Ils ont dit : il a peur de quoi ? c'est ça on ne sait pas. Sinon il a rien. C'est un enfant qui veut qu'on le protège. Il y a rien de grave.

Dans cet hôpital, Samba voit depuis plusieurs mois une psychomotricienne et il est question de l'orienter vers un petit groupe thérapeutique. Mme Sy estime pour l'instant que cela se passe très bien.

Tout au long de ce parcours, les parents de Samba ont donc cherché à échapper aux récriminations de l'école, sans rester captifs de lieux de soins qui leur semblaient inadaptés. Changement d'école pour un établissement qui pour l'instant « gère » sans les appeler, changement de lieu de soins. L'accent est mis sur l'environnement, responsable des difficultés de Samba. Les bilans à l'hôpital, qui écartent l'hypothèse d'une déficience intellectuelle et insistent sur les difficultés psychologiques créés par des difficultés d'ordre scolaire, sont d'autant plus investis par Mme Sy qu'ils autorisent à penser que dans ce nouvel environnement scolaire plus tolérant, les choses vont rentrer dans l'ordre.

Dans les récits où ils racontent leurs prises de distances avec les centres de soins et leurs stratégies pour que l'école les laisse en paix, ces parents insistent peu sur des comportements problématiques de l'enfant, sur l'agitation. Ils mettent l'accent sur l'environnement, qu'il s'agisse de l'environnement scolaire – trop exigeant ou trop tolérant, qui décuple les problèmes de comportement ou fait une montagne d'un rien – ou de l'environnement du centre de soins – qui par le mélange avec d'autres enfants beaucoup agités ou dans des cas plus graves, risquent de nuire à l'enfant. Ce regard posé en particulier sur l'Unité A, un centre de soins où les professionnels adoptent des méthodes inspirées de la psychanalyse et en phase avec la psychothérapie institutionnelle³², s'explique aussi par la forte distance sociale entre ces parents et les soignants de l'Unité A, et par les décalages entre leurs conceptions éducatives : ces parents critiquent les soignants qui « ne font rien », ne réagissent pas aux violences des enfants autrement que par la parole.

c. Investir la psychiatrie

D'autres parents ont au contraire, au cours du parcours de leur enfant, investi ces approches dont ils étaient souvent éloignés au départ, ces thérapies et ces prises en charge qui reposent en

³² Voir Partie II, D.

grande partie sur la parole. C'est le cas de la mère de Félix, Mme Ndiaye, qui souligne qu'elle est en décalage avec beaucoup de personnes de son entourage, extrêmement méfiantes vis-à-vis de la psychiatrie.

Mme Ndiaye est originaire du Sénégal, elle est venue en France il y a trente ans, à l'âge de 16 ans, avec des voisins qui « avaient les moyens », et qui l'ont emmenée avec elle comme garde d'enfant et femme de ménage. Elle a d'abord travaillé pour eux en vivant chez eux sans papiers, puis a connu une période très difficile quand elle a dû partir de chez eux parce qu'ils n'avaient plus les moyens de la payer. Elle a alors été hébergée par sa tante. Puis elle a eu Félix et a vécu dans plusieurs foyers, avant de trouver un logement social. Elle a enchaîné les ménages et les gardes d'enfant au domicile des parents, faisant des journées de onze à douze heures, y compris lorsque Félix était tout petit. Elle rencontre son mari actuel (qui est employé dans les surgelés) lorsque Félix a cinq ans, et ils ont ensemble deux filles qui ont aujourd'hui huit ans et trois ans. Elle s'est mise en congé parental et cherche actuellement à reprendre des gardes d'enfants mais préférerait trouver dans le cadre d'une crèche à 35 ou 40 heures pour avoir plus de temps pour ses enfants.

Félix a aujourd'hui 16 ans. Retraçant son parcours à la demande de l'enquêteur qui l'a contactée par le biais de l'Unité A et s'est rendu chez elle pour un entretien, sa mère raconte que des questions ont commencé à se poser à son sujet à partir de l'âge de deux ans. Elle emploie d'elle-même, tout de suite, le registre de l'agitation :

À l'âge de 2 ans, c'est les gens de la crèche, c'est les auxiliaires qui ont remarqué qu'il est agité. Elles m'ont parlé de ça, on est allés voir le pédopsychiatre, et c'est là qu'on a commencé à aller voir des spécialistes pour son agitement. Parce qu'il tapait tout le monde, à deux ans il tapait les auxiliaires, les enfants, il écoutait pas, il cassait tout, il balançait tout, les jouets à la crèche.

Elle se souvient qu'elle avait remarqué également à la maison qu'il était « têtu », mais sans que son comportement soit aussi problématique qu'à la crèche. À l'entrée de Félix à l'école maternelle publique du quartier, ils continuent le suivi en CMPP, et l'assistante sociale de l'école leur parle de l'Unité A, où Félix commence rapidement un suivi. À partir du CP, un suivi en orthophonie est mis en place et une AVS accompagne Félix à l'école à plein temps. L'école conseille également un bilan à l'hôpital, au Kremlin-Bicêtre, qui repère une dyspraxie

et un conseil en suivi en ergothérapie en libéral et un suivi en psychomotricité. C'est sur l'initiative et avec l'aide de l'Unité A que le dossier MDPH est monté. Mme Ndiaye se souvient que ce n'était pas si facile d'accepter de faire ces dossiers, mais qu'ils n'avaient pas le choix : « S'il faut payer, j'ai pas les moyens c'est obligé. Et puis il faut des matériels que la MDPH prête. »

À l'école, les années se succèdent sans se ressembler : pour la mère de Félix, tout dépend beaucoup de l'enseignant. Avec certains – la maîtresse de CP qui avait un enfant handicapé et qui « comprenait », le maître de CE1 qui « s'y connaît », qui « a l'habitude des cas comme ça », cela se passe bien. Avec d'autres, c'est beaucoup plus compliqué, par exemple l'année de CE2, « ils l'ont mis dans la classe où il fallait pas, une jeune maîtresse, ça s'est très mal passé, il ne travaillait pratiquement pas, tout le temps sa maîtresse le mettait à côté. » Mme Ndiaye se rend compte qu'à l'école « c'est dur », Félix peut être imprévisible : « On comprend pas son comportement. Il peut être gentil, après il tape tout, il devient méchant, il tape tout. »

Le suivi à l'Unité A continue pendant toute l'école élémentaire. Mme Ndiaye considère que cette prise en charge les a beaucoup aidés : « Parce qu'au début c'était dur, et il a commencé l'Unité A, ça a été bien. Les gens se plaignaient moins à l'école, la maîtresse, tout ça. » Elle n'est pas critique des pratiques des professionnels dans ce lieu, ni effrayé par les autres enfants du groupe comme peuvent l'être d'autres parents : « J'ai eu l'impression qu'ils étaient tous pareils », ils avaient tous des problèmes ». Cette prise en charge à l'Unité A n'est arrêtée qu'en sixième ULIS, sur l'indication du collège qui conseille d'arrêter « pour voir ce que ça donne » avec simplement un suivi au CMPP. Mme Ndiaye s'en remet à cette décision de l'école (« comme il passe beaucoup de temps à l'école, c'est eux qui voient ça plus que moi, ses difficultés, son comportement. »), même si elle ne voit pas de changement de l'arrêt de l'Unité A : Félix est d'après elle toujours « agité », il fait toujours « des bêtises ». Il est actuellement en troisième ULIS et cela ne se passe pas très bien : « il n'aime pas étudier », dit sa mère. Il ne fait pas ses devoirs, ses parents doivent « le forcer tout le temps ». De plus, il ne se trouve pas à sa place en ULIS :

Et là au collège il est en ULIS. Il aime pas, mais bon... parce qu'il y a des cas. Et lui ça le gêne. Je dis : c'est comme ça, ils mettent tout le monde ensemble, il faut te dire que t'es là que provisoirement, tu n'as pas le choix, tu as un handicap. Ton cas est moins grave que pour d'autres mais tu as un handicap. Mais il supporte pas, il aime pas la

différence. Il veut pas qu'ils s'approchent de lui, qu'ils jouent avec lui. Être ami avec eux. Même un tout petit bonjour de leur part ça l'énerve.

Comme on le voit dans cet extrait d'entretien, Mme Ndiaye a quant à elle adopté l'idée que Félix a un handicap, qu'il est « différent ». Elle considère qu'il faut que son fils accepte qu'il a des difficultés. Et si le collègue se plaint beaucoup, elle estime que c'est justifié : « il n'est pas normal, il n'écoute pas. Il est toujours dans la désobéissance ». Pour la suite, il est prévu que Félix aille au lycée professionnel en filière logistique : « C'est la responsable de l'ULIS qui lui a conseillé ça, vu ses capacités, elle dit que c'est ça qui est bien pour lui », et Félix est content de cette perspective.

Mme Ndiaye trouve difficile de comprendre quel est vraiment « le problème » de Félix, « ce qu'il a exactement », « pourquoi il est agité ». Le bilan à l'hôpital et le diagnostic de dyspraxie lui semblent éclairants : « Comme il sait pas écrire, les autres savent et lui il sait pas, ça l'énerve. Donc ça nous a aidé à savoir vraiment c'est quoi son problème et comment faire pour l'aider ». Elle sait que l'Unité A ne partage pas l'avis de ces « spécialistes » qui mettent l'accent sur le rôle de la dyspraxie : « Eux ils l'ont pas accepté... eux ils ont vu son agitement, ses difficultés de comportement ». Mme Ndiaye se demande quant à elle si ce n'est pas héréditaire, un problème venant peut-être du côté de son mari. Parfois elle pense au contraire qu'elle n'a pas su l'élever correctement : « Peut-être que je me suis mal occupée de lui, un premier bébé c'est pas facile ». Et pourtant elle se souvient qu'il était agité même quand il était dans son ventre : « dDns mon ventre il bougeait beaucoup, même par rapport à d'autres enfants que j'ai eus. » Les deux petites sœurs de Félix ne posent pas de souci : Isabelle, huit ans, est « gentille comme tout », « calme », et « travaille bien à l'école ». Et pour la dernière, Sidonie, « il y a rien à dire pour l'instant car elle est toute petite, elle est un peu agitée mais pas comme Félix. »

Il n'est pas facile pour Mme Ndiaye de discuter de ce sujet avec son mari, le père de ses deux filles cadettes, qui vit avec elle depuis que Félix a cinq ans. Elle considère qu'il est comme beaucoup « d'Africains », qui ne voient pas l'intérêt d'aller voir des « spécialistes », même s'il l'a laissée poursuivre tous les suivis qui étaient lancés pour Félix quand ils se sont rencontrés :

C'est pas facile, parce qu'il y a des Africains, ils voient pas ça comme nous. Nous on va voir des spécialistes, pour eux c'est du blabla. Il n'est pas avec tout ça. (...) Il voit

pas ça comme ça. Déjà pour eux, aller voir des psys... pour eux il doit pouvoir s'en sortir sans tout ça. Bon bref...

Vous, vous étiez pas d'accord avec ça ?

Non. J'ai dit : on va voir des spécialistes, parce qu'ici le système c'est comme ça, c'est pas comme en Afrique. Là vraiment on éduque les enfants à la dure. Ici on fait comme ça avec les enfants pour les aider. Donc on va avec le système. Si ça aide, c'est l'essentiel.

Mme Ndiaye explique sa propre adhésion aux aides et aux soins en psychiatrie pour deux principales raisons. D'une part, par la différence de contexte entre « ici » et « l'Afrique ». Son compagnon aurait préféré « éduquer à la dure, comme en Afrique » : « les enfants agités, on les laisse comme ça et ils se calment tout seuls. » Mais elle considère quant à elle que ça ne marcherait pas ici, « nous ne sommes pas en Afrique ». D'autre part, Mme Ndiaye a vu elle-même des psychologues pour elle et a constaté que ça l'a aidée. Elle a commencé quand Félix était en maternelle, puis a arrêté, repris, à nouveau arrêté, et envisage de reprendre une nouvelle fois. C'est à l'occasion des suivis de Félix qu'elle a trouvé des professionnels en qui elle a eu confiance : « Je vais au CMPP, comme ça le secret est gardé. Je vais voir les psys. Parce que avec les Africains, après il y a pas de secret ils vont tout divulguer. Je préfère... » Ce n'est pas bien vu dans son entourage, et elle sait que si certains consultent des psychologues, il n'est pas facile d'en parler :

Ils disent qu'ils vont pas voir les psys parce qu'ils sont forts, ils sont forts dans la tête. C'est bien, ils ont de la chance ! (...) Pourtant, il y a beaucoup d'Africains qui vont quand même. J'en ai croisé... peut-être ils veulent pas le dire. Ils disent qu'ils sont forts dans la tête, qu'ils n'ont pas des soucis à ce point-là, ils vont jamais se suicider... parce qu'ils sont forts dans la tête. Ceux qui se suicident, qui vont voir les psys, ils sont faibles dans la tête.

Dans le parcours de Mme Ndiaye, différentes circonstances ont sans doute fait qu'elle a pris ses distances avec ce rapport méfiant à la psychiatrie. On peut faire l'hypothèse que ses difficultés liées à l'arrivée en France, l'isolement qu'elle a connu pendant plusieurs années suite au départ de chez ses employeurs et à la naissance de Félix, ont fait qu'elle a commencé à investir les soutiens professionnels, notamment les assistantes sociales, au moment où elle était hébergée en foyer et où elle recherchait un logement HLM. Les démarches conseillées par

l'école maternelle pour Félix se situent, d'une certaine manière, dans la continuité de ces autres aides auxquelles elle a déjà eu recours pour elle. Elle met en place toute seule les suivis pour Félix et s'ouvre à ce moment-là à la possibilité de consulter un psychologue pour elle dans le même centre.

Ainsi, on peut décrire un ensemble de parents ayant des caractéristiques sociales assez proches et partageant des points communs concernant le rapport à l'école : une école qu'ils ont eux-mêmes peu ou pas fréquentée et dont ils doivent rapidement subir les plaintes et les retours négatifs concernant leur enfant, dès l'école maternelle. Il n'est pas forcément évident de suivre les conseils de l'école qui adresse vers des soins, même si les suivis dans les centres de soin apportent la possibilité d'apaiser les relations avec l'école. Dans ce cadre et sur ce fonds commun, il est cependant intéressant de se pencher sur les nuances, et en particulier sur les rapports différenciés à la psychiatrie qui se construisent au cours de ces parcours. La comparaison entre le cas de Coly et de Samba d'une part, et le cas de Félix d'autre part, suggère qu'il est nécessaire, pour comprendre ces rapports différenciés aux soins, de reconstituer le parcours des parents : parcours résidentiel et social, parcours familial, pour resituer les recours aux centres de soin dans la construction plus générale du rapport aux aides et aux institutions (services sociaux, médecins, psychologues...).

Au-delà de ces différences, tous les cas rassemblés ici partagent également, en lien avec un rapport similaire à l'école, des choix d'orientation semblables pour leur enfant. Les conseils d'orientation donnés par l'école et les centres de soins sont rarement contestés. Le souci est souvent d'encourager ou de pousser les enfants à poursuivre leur scolarité jusqu'à obtenir un diplôme, ou du moins jusqu'à l'âge où l'on peut travailler. Mais ces parents n'évoquent pas de stratégie pour choisir un établissement, pour maintenir leurs enfants vers des filières plus valorisées ou plus sélective. Au contraire, dans une logique de « calmer l'école » ou d'« avoir la paix », ou du moins pour que les choses se passent mieux, pour que l'enfant soit moins pointé du doigt ou moins mis à l'écart dans l'école, des sorties du cursus général, des orientations vers des filières moins valorisées sont souvent acceptées sans réticence. La dernière situation évoquée dans cette section, celle de Marvin, permet de revenir sur ce rapport particulier à l'école et sur cette question de l'orientation. On a choisi ici d'éclairer cette question d'un jour différent : ce moment de la trajectoire de Marvin est reconstitué non pas à partir d'un entretien avec sa mère, mais à partir d'observations dans le centre de soins où il est pris en charge, et lors de réunions à l'école. Ce récit permet de saisir la manière dont s'articulent le regard et les

interventions des professionnels, le rôle de l'école et celui de la mère de Marvin, pour faire apparaître comme une solution souhaitable une orientation en ITEP.

d. « Pour lui, il faudrait autre chose » : de l'incertitude diagnostique aux décisions sur la prise en charge et la scolarité d'un enfant « remuant »

Nous proposons ici d'illustrer les enjeux travaillés dans ce rapport par une étude de cas : l'analyse du parcours d'un enfant, Marvin, pris en charge dans un groupe séquentiel d'un secteur de pédopsychiatrie parisien. Le parcours de Marvin, désigné comme « très remuant » par les professionnels du secteur, montre combien ses inscriptions familiales, médicales et scolaires s'articulent d'une façon particulière autour des différentes modalités de réponses apportées au problème par les adultes engagés dans son éducation – sa mère, la pédopsychiatre qui le suit, son éducatrice référente, sa maîtresse, son AVS, la directrice de l'école, etc. L'histoire familiale de cet enfant, les incertitudes diagnostiques et thérapeutiques, les spécificités du lieu de soin où il est suivi, les comportements de Marvin face à certaines situations, sont autant d'éléments qui jouent mutuellement et contribuent à dessiner un devenir particulier pour lui.

L'enfant dont il sera question ici a été rencontré via un secteur de pédopsychiatrie d'un arrondissement parisien qui regroupe une population pouvant rencontrer des difficultés d'ordre socio-économiques importantes (chômage plus élevé que dans les autres arrondissements, difficultés de logement, parcours migratoires antérieurs, etc.). À côté de ces familles en situation de vulnérabilité sociale, des familles plus aisées, concentrées dans certains quartiers spécifiques de l'arrondissement, peuvent également côtoyer les services sectorisés.

Le secteur de pédopsychiatrie enquêté regroupe un ensemble de structures (trois centres médico- psychologiques, un hôpital de jour, un jardin d'enfants thérapeutique et un espace adolescent) visant la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants âgés de 0 à 18 ans. C'est dans le cadre d'observations réalisées au sein de l'hôpital de jour (HDJ) de ce secteur, et plus particulièrement du groupe séquentiel accueillant deux fois par semaine des enfants présentant des difficultés de comportement, que j'ai rencontré Marvin.

Présentation du parcours antérieur de Marvin

Marvin est âgé de 7 ans lorsque je le rencontre. Il a été désigné par l'équipe de l'hôpital de jour en question, comme «un enfant pouvant particulièrement (vous) intéresser... il est très, comment dire... remuant » (Alexandra, pédopsychiatre responsable de l'HDJ). Il fréquente le groupe séquentiel de l'HDJ depuis six mois environ et participe chaque mardis et mercredis après-midis aux activités du groupe avec trois autres enfants, Pierre, Jérémy et Paul, qui ont également des difficultés de comportement.

Sa mère n'est pas d'accord avec la description du comportement de son enfant et ne le trouve « pas particulièrement agité à la maison ». Néanmoins, les plaintes récurrentes de l'école la conduisent à prendre rendez-vous au CMP, sur conseil de la psychologue scolaire. Voici les propos recueillis par la secrétaire lorsque la mère de Marvin appelle : « Il est souvent à quatre pattes dans la classe. Il parle bien. Il n'écoute pas les consignes. À la maison, ça va bien. ». La secrétaire ajoutera à cette description : « La maman a une petite fille de 10 mois. Le 5 février 2013, appel du médecin scolaire qui alerte sur la situation. ». Mes observations au sein de l'HDJ montrent que Marvin ne peut effectivement rester assis longtemps sans bouger, sans se lever ou sans manipuler un objet. Il peut partir en courant et se jeter à terre sans raison apparente au beau milieu d'une activité. La plupart des activités se terminent d'ailleurs généralement sous la table ou debout sur une chaise. À côté de cette agitation physique, Marvin peut également avoir des moments de grande concentration comme pour l'activité roller qu'il suit généralement du début à la fin, ou pour des activités comme le dessin qui le tiennent concentré et assis parfois assez longtemps.

Sur le plan familial, Marvin a connu un parcours migratoire. Il est né dans un DOM et est arrivé en métropole à l'âge de 5 ans avec sa mère, après la séparation de ses parents. Son parcours familial s'est donc également trouvé bouleversé par cette séparation et le fait qu'avec son départ pour la métropole, il ne verra désormais son père et sa grand-mère paternelle qu'une fois par an, tout au plus.

Marvin a un grand frère de deux ans son aîné et une sœur qui a 4 ans de moins que lui. Les raisons de la venue de sa mère sur le territoire français demeurent un mystère pour les professionnels du secteur : il semblerait qu'elle soit venue sans raison apparente, familiale, amicale, sentimentale... et sans travail, ce qui met à mal les références des professionnelles sur

les raisons qui pourraient expliquer cette migration. Lorsqu'il vivait encore aux Antilles, Marvin résidait avec son père et sa mère, son frère et sa sœur, mais également avec sa grand-mère paternelle qui est décrite par Alexandra comme « ayant beaucoup participé à son éducation » et une « figure importante dans la vie de Marvin ».

Depuis qu'ils sont arrivés en métropole, Marvin et sa famille sont hébergés en hôtel social, ils vivent à quatre dans une seule pièce. Il règne un mystère autour de l'activité professionnelle actuelle de la mère qui « ne travaille pas officiellement », paraît quand même avoir des ressources financières et dont l'apparence physique suscite également chez les professionnels de l'HDJ, ce qu'Alexandra qualifiera de « fantasmes de prostitution ».

Lorsque je le rencontre, Marvin a jusqu'alors suivi une scolarité « classique ». Il a d'abord fait la petite et la moyenne section de maternelle aux Antilles et intègre la grande section de maternelle lorsqu'il arrive en métropole. Il change d'école au cours de sa première année de CP, surtout à la demande de la mère qui n'en peut plus d'entendre des reproches sur son fils. Il intègre alors une nouvelle école primaire dans laquelle il va redoubler son CP, davantage en raison de ses difficultés de comportement que pour des difficultés d'apprentissage. Il est décrit par tous les adultes comme « un enfant intelligent », ayant de bonnes capacités de compréhension et d'apprentissage, sachant lire dès le mois de décembre de sa première année de CP. Dans le groupe séquentiel, il est d'ailleurs le seul enfant à être scolarisé dans une classe dite « normale », et dans le système scolaire classique (les autres sont soit en CLIS, soit en ULIS). Par contre, il bénéficie de l'aide d'une AVS et d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) qui a été mis en place en même temps que sa prise en charge par le secteur.

L'entrée dans les soins de Marvin intervient l'année de son arrivée en métropole, en fin de grande section de maternelle, alors qu'il va rentrer au CP. La mère de Marvin est reçue quelques mois après sa première demande. Pendant une année environ, le travail entrepris est un travail décrit comme peu soutenu, de type « thérapie familiale ». Ce n'est qu'à la rentrée scolaire 2014, au moment où Marvin redouble son année de CP, que la décision est prise de l'orienter vers le groupe séquentiel de l'HDJ. Trois raisons ont motivé cette orientation :

- Son agitation semble s'exprimer dans les situations de vie collective, en particulier en classe, ce qui constitue une indication privilégiée pour ce type d'orientation. En effet, le groupe séquentiel de l'HDJ « a été pensé pour apprendre à ces enfants à vivre en

groupe... c'est un peu le dénominateur commun des enfants qui sont ici, c'est des enfants qui ont un peu du mal avec les règles, avec le collectif, voilà... » (Nathalie, infirmière de l'HDJ). Le travail visé est un travail de type éducatif, tournant plutôt autour de l'apprentissage du respect des autres, du respect des consignes, des règles collectives, etc.

- Il règne une incertitude diagnostique pour cet enfant qui est décrit par Alexandra comme présentant, à côté de l'agitation, un ensemble de troubles qui demandent également à être observés. Elle le trouve notamment très triste et s'interroge sur son apparence physique (lorsque Marvin arrive au CMP la première fois, les professionnels, se trouvent dans l'incapacité de dire s'il s'agit d'une fille ou d'un garçon). Cette orientation a donc également pour objectif d'offrir un espace d'observation en vue de préciser l'origine et la nature du problème chez Marvin.
- La première année de CP de Marvin s'est très mal passée. L'école n'en peut plus et demande que de la Ritaline[®] soit prescrite à Marvin. Alexandra ne s'oppose pas à cette demande, et se dit prête à y répondre favorablement si cela peut permettre de « calmer un peu l'école ». La mère refuse la prescription car elle ne comprend pas ce qui est reproché à son fils. L'enfant décrit par les professionnels de l'école ne ressemble pas, selon elle, à ce qu'elle connaît de son fil. Dans ce contexte, il devient urgent de proposer d'autres solutions à l'école qui ne veut plus prendre Marvin en charge à temps plein. Le groupe séquentiel de l'HDJ apparaît ainsi comme un espace permettant de « soulager l'école une demi-journée par semaine » (l'autre demi-journée a lieu le mercredi après-midi).

Lorsque je le rencontre, Marvin y est donc pris en charge deux demi-journées par semaine. Le travail réalisé est de nature éducative. Il bénéficie également de séances d'orthophonie une fois par semaine (sur le temps scolaire) pour un problème de prononciation.

Reconfigurations des parcours de Marvin

De janvier à septembre 2015, le parcours de Marvin a connu d'importants changements – la présence de la sociologue sur le terrain n'étant certainement pas totalement étrangère à cette « activation » autour de sa prise en charge. Ces changements se sont opérés principalement sur deux plans : sur le plan scolaire et sur le plan des soins. Les orientations prises dans ces deux

domaines peuvent être analysées à la fois à partir des éléments « déclencheurs » pouvant les expliquer, et à partir des échanges et des négociations entre les acteurs de l'école, ceux de la psychiatrie et la mère de Marvin.

La prise en charge thérapeutique de Marvin semble être traversée par de nombreuses incertitudes de la part des professionnels. Ces incertitudes révèlent les tensions que l'on peut observer plus généralement dans le secteur, entre les approches d'inspiration psychanalytique et les approches issues des neurosciences cognitives. Dans l'HDJ, la psychanalyse demeure une référence centrale chez la plupart des professionnels rencontrés – Alexandra se définit d'elle-même comme « une psychiatre d'obédience psychanalytique » –, mais on constate une ouverture à d'autres types d'approches (plus corporelles ou plus comportementales), aussi bien qu'un référentiel s'appuyant davantage sur les neurosciences (recrutement d'une psychologue qui a fait sa thèse sur la catégorie diagnostique TDA/H, des prescriptions de plus en plus courantes de méthylphénidate).

Dans le cas de Marvin, les tensions entre ces deux référentiels se donnent à voir à travers plusieurs incertitudes palpables dans le travail réalisé avec lui :

- Des incertitudes autour de la qualification de son trouble ;
- Des incertitudes et des interrogations autour de l'histoire de Marvin ;
- Des incertitudes autour du traitement associé aux difficultés de Marvin.

Comme on l'a vu, Marvin m'a été présenté comme un enfant « entrant dans le cadre de cette recherche sur l'agitation », il est adressé au secteur pour un problème d'agitation, c'est même finalement la seule difficulté que l'école rencontre avec lui. Pourtant, cette agitation est très peu abordée par les professionnels sur le terrain : ils n'en parlent jamais, ils ne prononcent jamais le terme – ils l'évitent, même dans la façon de me présenter Marvin, puisqu'ils en parlent comme d'un enfant « remuant » – et n'ont jamais évoqué le TDA/H qui paraît totalement étranger à leur « système référentiel ». L'agitation n'opère donc pas comme une catégorie pertinente pour qualifier les problèmes de Marvin et encore moins poser un diagnostic. Pour autant, elle n'est pas absente puisque c'est le vocable de prédilection des acteurs de l'école. Ce sont sans doute moins des incertitudes dont il s'agit au final qu'un « jeu » entre des mondes sociaux différents où chacun doit à la fois de poser son identité et sa pratique et faciliter le dialogue avec l'autre institution. Le vocabulaire de l'agitation peut fonctionner pour les acteurs

de l'école comme un moyen de marquer la connivence et l'alliance dans l'adresse au médico-psychologique, alors que les pédopsychiatres, eux, font de la distance à ce vocable un trait de leur pratique clinique. Mais ils s'en emparent dès lors qu'ils entendent faire le lien et maintenir une sorte d'équilibre avec l'institution scolaire.

Alexandra s'interroge, au sujet de Marvin, sur l'origine familiale – essentiellement maternelle – de ses troubles. Elle dispose d'un récit familial sur la place de la grand-mère dans la famille, sur le désir de la mère d'avoir une fille et non des garçons, récit qu'elle a recueilli auprès de la mère et du père de Marvin, venu en métropole en 2014. Elle s'appuie également sur l'observation du comportement de la mère, en particulier avec sa petite fille. Elle la décrit comme « une mère présente mais froide, se montrant peu affectueuse avec ses enfants » et « un peu persécutée ». Pourtant, si tous ces éléments semblent faire sens pour Alexandra, participer directement de ce référentiel psychanalytique, ils ne sont jamais avancés ou évoqués clairement pour expliquer la nature de la symptomatologie de l'enfant.

Ce qui reste par contre très marqué dans le discours d'Alexandra, c'est la distinction qu'elle fait en permanence entre névrose et psychose. Elle se réfère systématiquement à ces concepts pour proposer une relecture, au moment des réunions de fin de journée, des comportements des enfants pris en charge dans l'HDJ. Les éducateurs et infirmiers du centre tentent plus ou moins difficilement de se raccrocher à cette sémantique pour donner du sens à ce qu'ils font. Pour Alexandra, Marvin présente un ensemble de signes la laissant penser qu'il aurait « plutôt une structure de type psychotique. En tout cas, pour le moment, je dirais qu'il est un peu « état limite », en tout cas, il n'est pas clairement névrosé... Pas clairement psychotique non plus, comme Erwan par exemple, (un autre enfant de l'HDJ), mais il y a des signes un peu inquiétants, c'est un enfant qui est un peu persécuté quand même, tout comme sa mère d'ailleurs... et il va falloir voir comment ça évolue... ». Il dessine en particulier des personnages un peu « étranges, morcelés ». Le fait que Marvin ne se comporte pas de la même manière à l'école et à la maison est un autre élément qui semble confirmer une forme de clivage chez lui, et donc l'hypothèse d'un fonctionnement psychique de type psychotique.

C'est sur ce point que se donnent à voir le plus clairement les tensions entre référentiel psychanalytique et référentiel neurobiologique. Compte tenu de ce référentiel psychanalytique fort chez Alexandra, on peut être surpris qu'elle ne se soit pas opposée à la demande de méthylphénidate de la part de l'école. Mais on le comprend dès lors qu'on examine la double

signification de « calmer l'école » : d'une part dire à l'institution « qu'on ne fait pas rien », montrer qu'on agit, ce qui est une condition pour permettre à Marvin de rester dans un système scolaire « classique » ; d'autre part, face aux incertitudes diagnostiques qui règnent autour du cas de Marvin, le traitement peut permettre de confirmer – s'il est efficace – ou d'infirmer un éventuel diagnostic de TDA/H. Alexandra me dira : « La mère a refusé, c'est peut-être pas plus mal, je ne suis pas convaincue que c'était nécessaire et que ça aurait marché. »

Les changements survenus dans le parcours de soin de Marvin s'opèrent donc dans ce climat d'incertitudes et de contradictions autour du diagnostic et des traitements possibles. Au mois de mai 2015, un événement va apparaître déterminant pour que soit décidé de mettre un terme à la prise en charge de Marvin au sein du groupe séquentiel, et de l'orienter vers une prise en charge en psychothérapie individuelle au sein de l'un des CMP du secteur.

Au cours d'un des groupes séquentiel, Marvin est exclu par l'animateur sportif du groupe de roller parce qu'il refuse de faire un exercice donné. Le mardi suivant, Elodie, sa référente au sein de l'HDJ, décide qu'il restera au centre pendant que les autres enfants vont en sortie, pour discuter avec lui de ce qui s'est passé la semaine précédente et aborder la question de l'école, où les choses se passent à nouveau mal depuis le mois de février (il y avait eu une période « d'accalmie » entre les mois de novembre 2014 et de février 2015). Depuis le mois de février, Marvin se montre à nouveau très agité à l'école. Dans cette situation de tête-à-tête avec Alexandra et Elodie, il est cependant très calme et posé, ce qui est rarement le cas les autres jours, et il parvient à expliquer les raisons de son comportement à l'école depuis le mois de février. Il établit notamment un lien entre ce changement de comportement et le récent départ de son AVS. Dans cet épisode, plusieurs « indices » semblent à la fois être le signe qu'il va mieux et permettent à Alexandra de dire que, finalement, « pour lui, il faudrait autre chose ». Marvin conforte la pertinence d'une approche davantage valorisée dans le secteur, du moins par Alexandra : le calme dont il fait preuve ce jour-là lui laisse penser qu'il se sent bien avec les adultes et peut s'engager dans des échanges personnels. Alexandra s'aperçoit à cette occasion que Marvin a été capable d'investir son AVS, et suppose qu'il pourra en faire de même dans le cadre d'une prise en charge avec un psychothérapeute référent. Enfin, Marvin s'est montré capable d'exprimer ses émotions, ce qui apparaît non seulement comme quelque chose de nouveau chez lui, mais également comme un élément laissant espérer une évolution positive.

Les décisions d'orientations pour la scolarité de Marvin sont prises dans le cadre du dernier PPS organisé au mois de juin 2015 suite à un événement grave survenu dans l'école : l'un des instituteurs s'est montré violent avec lui. La mère n'est pas au courant de ce qui s'est passé. Le médecin et la psychologue scolaire sont intervenus et ont contacté Alexandra pour lui faire part de l'événement et de leurs inquiétudes sur le climat de tensions grandissant à l'école (violence physique, mais aussi verbale vis-à-vis de l'enfant et de sa mère). Si la directrice de l'école, de son côté, ne demande pas explicitement à ce que Marvin change d'école, elle souhaite évoquer la possibilité d'un aménagement de sa scolarité pour la rentrée prochaine, notamment des temps de présence de Marvin dans l'établissement et la mise en place d'un système de cours à domicile. [11] Comme pour l'orientation de la prise en charge thérapeutique, un événement va apparaître déterminant, ce jour-là, pour le choix de l'orientation.

Lorsque nous arrivons pour la réunion de PPS fixée à 9h00, tout le monde constate que Marvin n'est pas en classe avec sa maîtresse. Dès que la réunion commence, la mère demande à prendre la parole en s'adressant à la directrice de l'école : « Où est Marvin ? ». Elle regarde sa montre, puis reprend : « Il est seulement 9h00 et ce que je vois, c'est qu'il n'est pas en classe. ». La directrice lui répond : « Je vais vous expliquer... quand il est arrivé, Marvin a jeté son cartable dans le hall et il est parti en courant. Donc là, Emilie (son AVS) est en train de lui courir après, on ne sait pas où il est, il est quelque part dans l'école... ». La mère est furieuse : « C'est pas normal, ça sert à quoi qu'il aille à l'école ? Pour le moment, ce que je vois, c'est que ça ne sert à rien. Donc moi, je veux qu'il change d'école, parce qu'ici, ça lui sert à rien. Il apprend quoi pendant ce temps-là, il n'apprend rien. Moi, à la maison, il n'est pas comme ça Marvin. » Le reste de la réunion sera consacré à la recherche d'une autre solution de scolarité pour la rentrée prochaine. La solution retenue est l'orientation vers un ITEP.

Cet événement apparaît comme un véritable déclencheur de la prise de décision d'orientation scolaire de Marvin. Sans mesurer les conséquences de sa demande, sa mère a en quelque sorte donné le feu vert à l'ensemble des professionnels présents pour qu'une sortie du système scolaire « classique » soit décidée. Plusieurs éléments doivent être soulignés pour comprendre le rôle qu'elle joue sur les décisions prises vis-à-vis de son fils :

- Tout d'abord, elle est un acteur central et actif dans ces négociations : ses demandes sont prises en compte, aussi bien par les acteurs du soin que par l'école. Son refus d'administrer à son fils la Ritaline®, par exemple, ou encore sa demande d'orientation

vers une autre école lors du PPS sont entendus. Toutes ces demandes sont déterminantes pour le parcours de Marvin.

- Son positionnement concernant le problème d'agitation de son fils est également déterminant. Elle le dit plusieurs fois : « à la maison, il n'est pas comme ça » et elle propose une autre interprétation du comportement de son fils. Pour elle, « c'est normal que Marvin il soit comme ça, tout-le-monde est toujours sur son dos ! », signifiant par-là, que c'est la stigmatisation que son fils subit qui contribue à entretenir cette agitation chez lui. La demande de changement d'école qu'elle formule au cours du PPS est surtout motivée par son désir de voir son fils intégrer un espace où elle pense qu'il pourrait « repartir à zéro ». Elle le formule assez clairement lorsqu'elle renouvelle sa requête au cours du PPS, disant « moi, tout ce que je demande, c'est que Marvin on le laisse un peu tranquille, voilà ! Il change d'école, personne ne le connaît, et il recommence ailleurs... ». Alexandra et la directrice s'associeront pour expliquer à la mère que le problème risque de se reproduire dans une autre école.

Si la demande de la mère de Marvin est principalement motivée par sa volonté « d'ôter » l'étiquette négative attachée à son fils, elle ne dispose pas nécessairement des codes qui lui permettent de saisir les conséquences de l'orientation finalement décidée pour lui.

Du côté de l'école, deux éléments peuvent être soulignés : tout d'abord, à aucun moment, la directrice ou l'institutrice de Marvin ne proposent d'interprétation de ses comportements à partir de connaissances – même vagues – de nature psychopathologique. Ses comportements sont uniquement vus comme des formes de provocation à l'égard des adultes. Il en résulte des attentes et des demandes très fortes vis-à-vis de la psychiatrie, ces demandes portant sur un éventuel diagnostic, l'obtention d'outils de compréhension de l'attitude de Marvin – ou d'un médicament susceptible de l'apaiser. La psychiatrie répond toujours de façon très floue, évoquant le fait que « ça avance (...) un travail de thérapie individuelle a été mis en route ». On peut s'interroger sur la question de savoir si une réponse plus précise de la part d'Alexandra, la référence à un diagnostic précis par exemple, aurait pu contribuer au maintien de Marvin dans le système scolaire « classique ».

Dans les décisions relatives au parcours scolaire de Marvin, ses capacités cognitives ne sont jamais discutées ou prises en compte pour décider d'une orientation. Si l'institutrice de Marvin peut parfois tenir des propos durs vis-à-vis de Marvin, elle dit aussi qu'il n'a aucun problème

d'apprentissage : « Il sait écrire, il sait lire et il comprend ce qu'il lit, ce qui n'est pas le cas de tous les enfants en fin de CP ». Plus encore, au moment de redoublement, elle demande à ce qu'il soit affecté à sa classe l'année suivante.

Enfin, du côté du soin, on voit qu'Alexandra opte pour une position de neutralité et de compromis. Elle est prête à prescrire de la Ritaline® même si cela va à l'encontre de ses convictions, elle ne remet jamais en question ni le discours de la mère, ni celui de l'école.

C'est l'ensemble de ces acteurs et de ces logiques qui contribuent à dessiner le parcours de Marvin, logiques tantôt concordantes, tantôt discordantes sur l'appréciation du problème, sa qualification et le type de réponse apportée. On voit, dans le cas de Marvin, que s'articulent autour de la thématique de l'agitation des demandes et des objectifs différents – du côté de la mère, du côté de l'école, du côté du soin. Si l'issue n'est jamais prévisible, des opportunités et des retournements pouvant jouer un rôle aussi central qu'inattendu. On voit aussi que le parcours implique la participation active des trois acteurs (ou institutions) mais avec des effets qui peuvent être paradoxaux ou non voulus : sans que cet objectif ait jamais été envisagé comme prioritaire initialement, tous trois concourent au final au changement d'orientation – et donc de trajectoire – scolaire de Marvin.

E. Faire valoir ses droits. Des familles en quête d'alliances

À travers un exemple qui sera approfondi, celui de Sydney, cette partie aborde l'expérience d'un autre ensemble de familles, qui diffèrent de l'ensemble précédent à plusieurs titres. Ce sont des familles dont la situation sociale générale est assez proche des précédentes, mais qui ont un rapport différent au parcours de leur enfant. Ils se sont mobilisés pour négocier avec l'école les orientations. Ils accordent de l'importance au maintien dans l'école ordinaire. Ils ont également investi activement les soins et l'idée de handicap.

Ces familles ont obtenu des descriptions médicales différentes des problèmes de leur enfant : il a été question d'autisme ou de troubles envahissants du développement. Ces situations médicales sans doute différentes produisent vraisemblablement pour ces parents des enjeux différents : devant des difficultés de comportement aux manifestations plus précoces et plus lourdes, les soins et les reconnaissances de handicap sont apparus plus vite et de manière plus inévitable, et l'enjeu vis-à-vis de l'école est rapidement devenu de rester dans l'école ordinaire et d'éviter le secteur spécialisé. Les difficultés de leur enfant ont amené ces parents à composer avec les soins et à découvrir le domaine du handicap. Cependant, il est intéressant de constater que les diagnostics obtenus ne les inscrivent pas dans l'autisme de manière forte et évidente : Sydney avait aussi été qualifié d'« hyperactif » auparavant, avant que la mère n'obtienne le diagnostic d'« autisme » en CM2, qui est apparu pour elle comme « le » véritable diagnostic de son enfant. Dans d'autres cas, il a été question de « spectre autistique » ou de « troubles envahissants du développement ». Ces situations font ressortir au premier plan la manière dont les parents se sont repérés dans cette frange intermédiaire, aux marges du spectre autistique, et sur la façon dont ils ont choisi ou utilisé certains diagnostics. On peut faire l'hypothèse que ce sont aussi en partie des parents qui, en raison des certaines circonstances ou caractéristiques qui les distinguent de ceux de la section précédente, ont trouvé et retenu des hypothèses diagnostiques différentes des précédents, et se sont positionné différemment vis-à-vis de l'école.

Les deux hypothèses (celle d'enfants différents aux troubles plus massifs, celle de parents différents plus engagés dans les recherches diagnostiques et dans les négociations avec l'école) sont donc sans doute valables toutes les deux et se conjuguent pour expliquer ces parcours différents, qui correspondent à la fois à des qualifications différentes des troubles et à des

caractéristiques sociales et familiales différentes, dont nous allons restituer ici les logiques et la cohérence dans le cas de Sydney.

a. Les différentes étapes du parcours de Sydney

Sydney est un garçon âgé de dix ans. Il vit avec sa mère, son frère et sa sœur qui sont respectivement en terminale et en seconde. Sa mère, Irène Kaluba, a répondu positivement à la proposition d'entretien envoyée par l'intermédiaire de la MDPH. Mme Kaluba est née et a grandi au Cameroun. Elle a été à l'école jusqu'en première et a dû s'arrêter pour s'occuper de ses frères et sœurs cadets. Elle parle de l'éducation « très dure » qu'elle a reçue de ses parents. Elle est venue en France après la naissance de ses deux aînés. En arrivant, elle a travaillé comme assistante maternelle à domicile, avant d'avoir Sydney. Elle s'est séparée ensuite du père de Sydney et a commencé un travail d'aide à domicile auprès des personnes âgées, dans un organisme privé. Lors de la naissance de Sydney et jusqu'aux quatre ans de celui-ci, ils vivent en logement social dans le 18^{ème} arrondissement de Paris.

Mme Kaluba commence ainsi sa présentation du parcours de Kaluba, en insistant sur les difficultés de langage :

Il a commencé parler à partir de trois ans, et même avant il a fallu qu'il passe par une orthophoniste. Il montrait avec la main, il essayait mais ça sortait pas. Avant d'entrer à l'école c'était que « papa, maman ».

Elle se souvient que ces difficultés lui ont semblé évidentes (« à un an et demi on s'inquiétait un petit peu »), par comparaison avec les deux aînés qui avaient « commencé à parler à un an et demi ». Dès la première année d'école, pour elle « y'avait déjà une différence », elle sentait que « quelque chose n'allait pas », qu'il était « dans son monde ». C'est l'enseignante de première année de maternelle qui a conseillé une orthophoniste, et Mme Kaluba a contacté elle-même une orthophoniste proche de son domicile.

Lors de la visite des trois ans remboursée par la Sécurité sociale, le médecin repère des difficultés et adresse Sydney à un CMP, où est mise en place une thérapie avec un psychologue. Pendant la deuxième année de maternelle, Sydney et sa famille sont relogés dans un logement

social plus grand, dans le 16^{ème} arrondissement. La nouvelle école les adresse vers le CMP du quartier, qui lance une série de bilans médicaux. Un dossier MDPH est constitué, notamment pour demander une AVS. Sydney redouble le CP. Avant que la demande d'AVS ne soit traitée par la MDPH, une place en hôpital de jour se libère. Sydney est pris en charge d'abord uniquement en hôpital de jour, puis est scolarisé à temps partiel en ULIS, quatre matinées par semaine. Les soignants parlent d'hyperactivité, un traitement par Quasym[®] est introduit à l'âge de 9 ans. Sydney est actuellement en CM1, toujours en partie en hôpital de jour et en partie ULIS, avec très peu d'inclusion. Pour la première fois cette année, le terme d'autisme a été prononcé devant Mme Kaluba par le pédopsychiatre du CMP.

Mme Kaluba attache une grande importance au fait que son fils puisse suivre une scolarité la plus proche possible de la « normalité ». Le cursus scolaire ordinaire reste une jauge : elle regrette que Sydney ait été pris en charge trop tard et ait dû de ce fait redoubler, alors qu'il aurait pu entrer plus tôt en ULIS. La question de l'orientation pour le collège se pose, et elle espère que son fils puisse être orienté vers le collège. Moi je lui dis : « Pour le collège, il faut travailler ».

Vis-à-vis de la famille élargie, Mme Kaluba reste discrète sur les problèmes de son fils et insiste sur les difficultés d'apprentissage : « Je leur dis qu'il a des troubles de langage et que ça le retarde dans son apprentissage. », « J'aime pas trop, pour pas que l'enfant ça le mette mal à l'aise. C'est pas quelque chose que je dois trop dévoiler. Moi je reste un peu superficielle, c'est pas en profondeur. » Elle considère que les difficultés de son fils ne se voient pas et ne posent pas problème en famille, ce qui fait qu'elle n'a pas forcément besoin d'en parler : « De toute façon, si on vous explique pas, vous pouvez pas savoir que mon fils a des difficultés. »

Mme Kaluba travaille toujours dans un organisme privé d'aide à domicile, elle arrive à négocier des horaires qui lui permettent de s'occuper de son fils (notamment pour le préparer le matin), mais s'attache à ne pas parler de ses problèmes au travail : « Je vais pas dire : j'ai un enfant autiste, je peux pas commencer à 8h, finir à 20h... moi je dis : on va m'enlever mes enfants, si je finis à 20h, on va m'enlever mes enfants ! vous n'allez pas m'aider à les reprendre. Je l'ai dit : il y a d'autres employées. » Elle envisage de passer à 80%, car elle ressent plus de « pression » dernièrement. Elle aimerait faire une formation mais se voit « bloquée » pour le moment par la prise en charge de son fils : « Oui, mais je voulais évoluer dans le métier, faire une formation d'aide-soignante ou d'AMP. Mais je suis un peu bloquée. J'espère que mon fils

va un peu grandir et qu'il pourra se préparer tout seul. La formation, c'est 9 mois et il faut parfois partir tôt. Quand c'est le moment des stages, on sait pas si on t'envoie de ce côté, il faut parfois sortir à 6h30. » Elle aurait souhaité poursuivre des études plus longtemps, pour être infirmière. Elle pense qu'elle aurait été douée pour cela, qu'elle serait capable de reprendre des études si elle en avait la possibilité matérielle.

b. Un parcours reconfiguré par le relogement. « Tomber » sur des professionnels « sérieux »

En relatant ce parcours, Mme Kaluba insiste sur le tournant, au moment du déménagement, et sur le rôle du médecin du 16^{ème} qui a « déclenché les choses ». En voyant tout ce qui est mis en place dans le 16^{ème}, elle considère rétrospectivement (même si elle ne s'en était pas rendu compte sur le moment) que la prise en charge dans le CMP du 18^{ème} arrondissement était insuffisante :

Non, non, j'ai beaucoup galéré. Il y avait le psychologue, c'était tout.

Pour vous c'était pas suffisant...

C'était pas suffisant, comment j'ai su que c'était pas suffisant ? c'était le médecin du 16^{ème} qui a déclenché les choses. C'est là où j'ai compris que si mon fils était resté là bas, je sais pas ce qu'il serait devenu. Il y avait une grosse différence de suivi. Est-ce que c'est pas aussi de l'inconscience des professionnels ?

Ils mesuraient pas...

Ils mesuraient pas l'ampleur des difficultés ! et même en tant que professionnel, on va pas prendre un cas à la légère. Moi, ce que je leur reproche, ils ont pris ce cas à la légère.

Si mon fils était resté là-bas, qu'est-ce qu'il serait devenu.

Comparant avec les autres enfants croisés par la suite à l'hôpital de jour où à l'ULIS, Irène Kaluba regrette ce retard initial dans la mise en place des soins : « Il a été pris en charge tard. C'est ça qui me fait un peu mal. » Relisant ce parcours, elle considère qu'elle a été victime de l'inconscience des professionnels du CMP du 18^{ème}. Elle s'appuie d'ailleurs sur la réaction des professionnels du 16^{ème} pour insister sur cette inconscience ou de cette absence de sérieux :

Le CMP a demandé le dossier de mon fils. Je suis allée le récupérer en main propre. Et quand je suis arrivée, elle me dit : « C'est pas possible, ils n'ont rien fait ! » il n'y a rien dans le dossier ! elle était stupéfaite ! elle a repris tout à zéro.

Elle estime que ce centre « devrait fermer », et si elle a répondu à notre demande d'entretien, c'est sûrement en partie pour témoigner de ce qu'elle considère comme un dysfonctionnement : « Mon plus mauvais souvenir c'est le CMP du 18^{ème}. J'en ai la chair de poule. Ils devraient fermer ! franchement, écrivez à la MDPH de fermer le centre de XXX. Là-bas c'est spécial. (rires) »

Pour Mme Kaluba, c'était une évidence de s'en remettre au système de soin public – il n'y avait d'ailleurs pas d'autre option, financièrement – et elle mesure sa chance rétrospectivement en réalisant qu'elle a failli être captive d'un centre qui d'après elle « ne faisait rien ». Dans ce cas, c'est le parcours résidentiel dans le logement social qui produit des changements de scolarité et des changements de centres de soins, amenant Sydney vers des diagnostics et des prises en charges différentes que sa mère juge meilleures, même si elle ne les avait pas recherchés et qu'ils les ont obtenus « par hasard », à la faveur du quartier dans lequel ils ont été relogés. Ce parcours nourrit le sentiment de Mme Kaluba d'une injustice liée aux disparités entre quartiers, selon que l'on a la chance de « tomber » sur des professionnels sérieux ou non.

Est-ce que c'est la première fois que vous avez rencontré un psychologue, un psychiatre ?

Non, c'était la première fois. Je connaissais pas le rôle du psychanalyste, du psychiatre. Je comprenais pas le rôle de chacun. Je disais ok, mon fils a des difficultés, il va voir le psy, pourquoi ? C'est dans la tête ? c'était autant de questions... mais je leur disais : je vais les voir, mais est-ce que ça fait changer mon fils. Peut-être qu'il a besoin de soins adaptés et spécifiques. C'est ce que je me disais quand je les voyais travailler avec mon fils. C'était un peu léger. Contrairement au CMP qui ont mis vraiment des batteries en marche. Au CMP du 18^{ème}, pendant deux ans, mon fils était en difficulté et on ne m'a rien proposé, pas des examens supplémentaires. Dans le 16^{ème}, toute une batterie d'exams qui a abouti sur ça.

Il est intéressant de resituer ce parcours dans la structure de l'offre professionnelle de soins et de ses clivages. Les professionnels du premier CMP dans lequel Sydney a été pris en charge

était sans doute, certes, surchargés, mais manifestement ils étaient aussi moins enclins à orienter les patients vers des bilans et à poser des diagnostics d'hyperactivité ou d'autisme. En changeant de quartier et de CMP, Sydney est aussi passé d'un type d'approche (plutôt psychodynamique) à un autre type d'approche (plus tourné vers les diagnostics neurologiques et vers la médication). Mme Kaluba est critique du CMP d'orientation psychodynamique, ce qui la rapproche des parents évoquées dans la deuxième section de cette partie, ceux qui se sont tournés vers le diagnostic d'hyperactivité et ont été contactés par l'association HyperSupers. Mais elle n'a pas choisi le deuxième centre elle-même en s'orientant en fonction de leur approche. D'ailleurs, les termes de sa critique ne sont pas les mêmes. Elle ne perçoit pas de clivage au sein du champ professionnel, ce qui est sans doute liée à la distance sociale qui la sépare de ce monde professionnel³³. Elle ne distingue pas les deux centres en fonction de leur orientation ou de leur type d'approche, ni même de leur compétence, mais en fonction de leur sérieux, de leur « conscience professionnelle », du soin qu'ils mettent à « creuser les problèmes ».

Les gens du 18^{ème} ont pas voulu le faire. C'est pas qu'ils sont incapables, mais ils font pas grand-chose. Vous amenez un enfant, ils se disent pas : ok, il faudrait qu'on pousse un peu loin le bouchon pour voir ce qu'il se passe. Non, ce que j'ai remarqué, ils vont se focaliser sur la même chose, ils vont pas chercher très loin. Ok, il parle pas, il va parler. C'est tout. (...) Ils vont pas élargir les recherches.

Tout au long du parcours de son fils, Mme Kaluba a toujours suivi les conseils qui étaient donnés, par l'école puis par les centres de soins. Lorsqu'ils sont arrivés dans le 16^{ème} arrondissement, elle a dû s'arrêter de travailler pendant un an, pour faire face à toutes les démarches et examens de qualité. Elle considère qu'elle s'investit dans les soins et les institutions et qu'en retour il est normal de pouvoir accéder à des soins de bonne qualité.

³³ Comme l'on montré Jeanine Barbot et Nicolas Dodier (2005) en analysant la manière dont patients décryptent la pluralité des approches au sein du monde professionnel.

c. Une autre figure du parent « battant »

Son rapport au soins peut être resitué de manière plus large dans son rapport aux institutions : elle considère qu'il est normal d'accéder à des soins de bonne qualité, de même qu'il est normal d'attendre des autres institutions (sécurité sociale, logement social) les aides auxquelles on a droit.

Du point de vue des parents HyperSupers qui retracent leur « parcours du combattant » en insistant sur la capacité qu'ils ont eue à rechercher les bonnes informations, à devenir « spécialistes » du problème de leur enfant, à décrypter les différences d'approches professionnelles, à aller chercher les bons diagnostics (y compris en sortant du circuit classique des centres publics), Mme Kaluba pourrait être considérée comme peu active. Elle s'en est remise aux centres de soins vers lesquels elle était orientées, elle a fait preuve d'une grande compliance vis-à-vis des démarches proposées. Elle attend des professionnels des conseils, y compris sur des domaines que d'autres parents pourraient considérer comme plus personnels, relevant plus des goûts des familles, du caractère de l'enfant (par exemple, sur le type d'activités de loisir qu'il peut pratiquer). On pourrait dire qu'elle attend des centres de soin une véritable « prise en charge » de la vie de son enfant, au-delà de ce que d'autres parents attendraient du soin. Par ailleurs, elle dit avoir peu cherché d'informations sur internet, n'avoir pas pensé à se renseigner sur des associations de parents, même si elle se dit intéressée de le faire, lorsque l'enquêtrice lui en parle au cours de l'entretien.

En revanche, elle se décrit comme une mère très active, pour mettre en place les suivis nécessaires pour son enfant et obtenir toutes les aides nécessaires. Elle se présente comme particulièrement combative et tenace pour demander, relancer, faire valoir ses droits. Elle décrit ensemble les différentes démarches administratives auxquelles elle doit faire face (se faisant parfois aider par une assistante sociale), pour son fils (MDPH) mais aussi pour ses demandes d'allocation. Elle traverse régulièrement des périodes de difficultés financière. Au moment de l'entretien, elle vient d'avoir un mois et demi d'arrêt maladie pour une entorse et vient de reprendre le travail : « la reprise est tellement timide que je sais même pas si j'aurais 200 euros le mois prochain. » Elle a demandé une allocation compensatrice à la CAF, qui ne l'a pas versée, et s'apprête à se déplacer pour leur réclamer et demander les arriérés. Elle demande aussi, en raison du handicap de son fils, à obtenir un logement HLM plus grand et à Paris :

Oui. Là j'ai demandé à changer, pour mon fils qui n'a pas espace. J'ai des choses à acheter pour son handicap, je n'ai pas d'espace. Chaque fois, comme il est hyperactif, il se cogne. J'ai demandé à changer, je les appellerai demain.

En raison de son handicap, il faudrait avoir plus d'espace ?

Oui. C'est passé, je n'avais pas encore la MDPH. Je suis sur un trois pièces, deux chambres. J'ai demandé un changement de logement chez mon bailleur. (...) Je vais les appeler demain pour savoir. Ils me proposaient d'aller en banlieue, j'ai dit : attendez, la situation de mon fils ne me permet pas d'aller en banlieue. Vous savez pas ce que c'est qu'être parent d'enfant handicapé ! si je vais en banlieue, il va quitter la banlieue pour aller à l'ULIS. Il y a son suivi qui est en place ici. Ce serait trop lourd de refaire. Je sais ce que c'est, non. J'ai donné mes raisons, je peux pas.

Loin de la figure d'un parent « perdu » qui pourrait se dessiner en creux des représentations et pratiques des parents des classes supérieures, Mme Kaluba représente donc une autre figure de parent « battant », identifiant ses droits et faisant valoir la situation de son fils et la sienne pour accéder aux aides disponibles.

d. Un enfant « sérieux ». L'hyperactivité désinvestie au profit de l'autisme, le repoussoir des problèmes de comportement

En lien avec ce parcours, Mme Kaluba s'appuie également sur les termes des professionnels pour décrire les problèmes rencontrés par son fils, pour qualifier son état de santé. Elle cite en premier les problèmes de langage : ce sont les premiers qui ont été remarqués dans le parcours de Sydney, mais aussi sans doute les plus faciles à dire.

Elle évoque ensuite rapidement ce qu'elle considère comme « le » diagnostic de son fils, l'autisme, qu'elle n'a appris que récemment et dont elle pense que les professionnels lui ont longtemps caché pour la protéger :

On vous avait donné un diagnostic ?

C'est vrai qu'au départ ils cachent un petit peu. Ils disent pas trop aux parents. Moi on m'a beaucoup caché.

C'est-à-dire, comment...

On dit : non, il a que des troubles de langage, c'est rien, ça va passer... non, mais attendez, je vois quelque chose, j'ai eu deux enfants, je vois qu'il est complètement différent des autres ! et on me dit : il est autiste... voilà !

Quand est-ce que vous avez eu le mot autiste ?

Cette année !

À dix ans ?

Mais je savais, parce que mon fils a intégré une structure... mais on ne voulait pas me donner le nom exact. Ils avaient peur peut-être que je prenne mal et tout.

Pendant tout ce temps on vous a parlé plutôt de troubles du langage ?

Oui, les difficultés... on m'a parlé surtout des difficultés ! on m'a pas donné le nom. Ils m'ont dit : c'est l'âge, chaque enfant a sa façon de réagir.

Vous pensez qu'ils ont posé un diagnostic plus tôt et ne l'ont pas dit ?

Oui. Parce que j'étais très inquiète. Et très fragile. Mais même quand ils me l'ont dit. J'étais déjà préparée. Le nom tombe dessus, voilà.

Mme Kaluba raconte qu'elle a ensuite été rassurée par la pédopsychiatre qui lui a expliqué que l'autisme recouvre un large éventail de situation. Elle sait que son fils est « dans ce cadre », mais qu'il y a une multitude de cas différents et que son fils n'est pas dans les cas les plus grave. Elle le distingue des enfants qui sont « vraiment autistes », « dans leur bulle » :

Dans la classe de mon fils, vous allez trouver un enfant... il me raconte tout... vous allez trouver un enfant qui était vraiment autiste, sa façon de réagir, de parler. C'est la seule classe dans l'école, donc vous allez trouver toutes les catégories d'autisme. Des profils différents. Vous allez trouver un enfant qui a des problèmes de langage et des difficultés comme mon fils. Un autre qui a une fragilité... son copain, le maître l'a pris de force, il faut être solide. Ils s'entendaient très bien avec mon fils. Mon fils me raconte, il me dit le handicap de chacun. C'est pas un seul profil. Si l'autisme c'est de un à dix, vous allez trouver dix difficultés différentes.

Elle dit ensuite, en décrivant le quotidien de Sydney à la maison, qu'il « bouge tout le temps », qu'il a du même à se concentrer, qu'il est « hyperactif », que ce terme a d'ailleurs été employé par les professionnels avant celui d'autisme, mais ce terme ne semble pas correspondre pour elle au même statut de handicap ou de maladie que l'autisme.

Si vous deviez décrire ses difficultés, quotidiennement ?

Il joue à des jeux très longtemps, on m'a demandé de réduire. Et il est hyperactif aussi à la maison. Il va s'asseoir. Il va bouger, il a toujours besoin de bouger. Mais il prend du Quasym[®] le matin, parce qu'il n'arrivait pas à se concentrer. Il a fallu qu'on lui donne ce traitement pour qu'il puisse se concentrer. Et j'ai eu un retour comme quoi le traitement l'aide beaucoup à se concentrer. (...)

Ça s'est mis en place à quel moment ?

L'année dernière. Au départ, j'étais pas favorable. Mais j'ai fini par accepter.

On vous l'avait présenté comment ?

Ça l'aide à se concentrer, c'est tout. Comme il est hyperactif, ça lui évite de se déconcentrer. Parce que mon fils pouvait pas se concentrer une minute, c'était pas possible. Maintenant, il arrive à se concentrer.

Le fait qu'il est hyperactif, c'est quelque chose que vous avez constaté, qu'on vous a dit ?

Que j'ai aussi constaté, hein. Même étant petit, il bougeait beaucoup, il courait beaucoup, plus que d'autres enfants. Et aussi un peu la différence quand l'enfant est petit.

Au niveau du mouvement ?

Oui. Il bougeait plus... effectivement, à la maternelle, quand il arrivait, tout le monde savait qu'il arrivait, il passe jamais inaperçu. Il va se faire remarquer, courir, faire des trucs, et c'est comme ça que ça peut aussi attirer d'autres enfants, et c'est comme ça que ça se passe à l'école.

Ça peut créer quelque chose...

Non, ça ne crée pas quelque chose de mauvais. S'il y a d'autres enfants, lui il arrive, tout de suite il va créer quelque chose, les enfants vont se disloquer et deux ou trois enfants vont le suivre dans son mouvement.

On le remarque tout de suite...

Oui. Effectivement c'est ce que j'avais remarqué.

Il est intéressant de constater que l'idée d'hyperactivité s'est présentée très tôt dans le parcours de Sydney. D'autres parents auraient peut-être poussé les recherches de ce côté-là et obtenu un diagnostic de TDA/H. Pourtant, Mme Kaluba ne parle pas d'un tel diagnostic et évoque l'idée d'hyperactivité comme un simple trait de caractère auquel elle donne peu d'importance, comme

si cette idée était difficilement compatible avec l'image qu'elle veut transmettre de son fils : sérieux, respectueux des règles, même s'il éprouve des difficultés dans les apprentissages scolaires. Contrairement à l'autisme qui évoque un statut de « vrai » handicap, avec une certaine gravité, l'hyperactivité n'évoque pas pour elle un diagnostic spécifique, ni un trouble sérieux, semblant trop proche de la simple idée qu'il bouge, qu'il perturbe. Or, elle s'attache à présenter son fils en disant qu'il n'est pas violent, qu'il n'est pas en lui-même perturbateur, mais que des problèmes peuvent apparaître quand il « ne se laisse pas faire » par les autres, quand son entrée dans la classe « ne passe pas inaperçue ».

Lui il était dans un monde, et eux étaient dans un autre monde. Lui il était déjà différent. La maitresse n'arrêtait pas de me faire des remarques : on ne sait pas ce qu'il pense, ça va venir... moi j'étais déjà très inquiète. Mais il est pas violent, hein ! Déjà si vous le voyez, vous pouvez pas savoir qu'il est... autiste. (...) il respecte beaucoup les règles de vie, les consignes.

Vous disiez tout à l'heure que lui est pas du tout violent ?

Non non non ! mais vous savez, dans une école de maternelle, il y a ceux qui vont faire la loi et tout et tout. Mais lui il se laissait pas faire. Plus dans le 18^{ème}.

Et ça le mettait dans des situations...

Un peu difficile. Dans le sens où il me disait : « Tu sais maman, Matéo, il m'a insulté comme ça. Il disait des mots mais... ça l'embêtait un petit peu. Qu'un autre enfant dise un gros mot, aussi gros.

Et lui se laissait pas faire ?

Il peut se défendre. S'il y a violence. Si un autre enfant lui dit : « Pousse-toi de là ! » Pourquoi ? En vertu de quoi ? Il y avait un peu de la violence. Des enfants qui venaient à l'école et cherchaient à taper sur l'autre. C'est vrai qu'à l'école de jour, il y a des enfants qui viennent de tous horizons, mais l'équipe essaie de calmer les enfants.

Elle s'attache à le présenter comme « sérieux », alors même qu'il a tendance à faire trop « le clown » :

Quand tu le vois tu peux même pas trop trop... faire la différence. S'il décide de faire le clown il va faire le clown. Mais il faisait trop le clown. Les enfants... il y avait des matins, il arrivait à la maternelle, oh mon dieu, il va faire un truc, toutes les petites filles vont se mettre à rigoler, rigoler ! il faisait toujours rire ses camarades, et moi ça

m'embêtait un petit peu, je disais : tu peux être sérieux, tu fais n'importe quoi, les gens rigolent. Moi ça me dérangeait ! rires. Mais à la longue c'est comme ça qu'il est !

Si vous deviez le décrire au niveau du son caractère ?

Il est très attachant. Très gentil, et très sérieux. Très sérieux. Des fois, il me raconte une histoire, je rigole un petit peu : il me dit : maman, c'est pas drôle, je me ressaisis ! (rires)

C'est important pour lui de rester sérieux ?

Ah oui oui oui ! et surtout à l'école, quand le maître dit ça... moi on m'a toujours dit, qu'il est droit à l'école. Pas de bêtises. Quand il va à l'école, c'est l'école. Il sait que je suis assez rigoureuse là-dessus. Respecter les règles de vie à l'école. Respecter les règles de vie à la maison. Il sait que c'est très important.

Cette présentation de son fils comme « sérieux », respectant les règles de vie, se tenant correctement, est liée à la manière dont elle se présente elle-même, comme une mère exigeante, qui surveille qu'il ne fasse pas de bêtises, qui veille à ne pas mettre tout sur le compte de la maladie et à lui demander des efforts. Ces valeurs de sérieux sont affirmées aussi en lien avec la respectabilité qu'elle défend et la bonne volonté dont elle fait preuve vis-à-vis des institutions, qui justifie qu'elle obtienne toutes les aides adaptées à sa situation.

L'exemple de Sydney permet de décrire un ensemble de familles de milieu socio-économique peu favorisés, qui se sont attachées à négocier au mieux avec l'école, à maintenir leur enfant dans l'école ordinaire et à éviter les filières dévalorisées. Il s'agit souvent de parents pour lesquels il est important d'être reconnus par l'école, qui ont eux-mêmes fait des études ou auraient souhaité en faire. Pour négocier auprès de l'école, ils se sont appuyés sur les soins, qu'ils ont mobilisé et investi de manière active, au prix d'une inscription nette dans les suivis médicaux, d'une reconnaissance de handicap et de l'investissement de différents diagnostics médicaux. Ils ont travaillé l'alliance avec les professionnels qu'ils ont considéré comme sérieux, comparant les professionnels selon leur efficacité et leur disponibilité, plutôt que selon leurs approches ou leurs orientations, au sein desquelles ils se repèrent peu. Comme Mme Kaluba, ces parents ont souvent fait l'expérience de suivis différents et d'écoles différentes, du fait de déménagements (relogements, ruptures dans l'histoire familiale...) plutôt que par choix – ils ont au cours de ce parcours expérimenté des inégalités selon les territoires, selon les établissements scolaires. Ils sont sensibles aux injustices qu'ils ont vécues, ou évitées, concernant l'accès à l'école ou à des soins qu'ils considèrent comme de qualité.

F. S'en remettre aux professionnels. Des ressources par procuration.

Nous avons aussi rencontré des familles qui n'entrent pas dans les logiques précédemment décrites, qui ne sont ni dans une attitude de retrait (exit), ni dans une attitude de revendication (voice) comme les familles décrites dans les deux sous-parties précédentes, mais plutôt de loyauté (pour reprendre la célèbre tripartition d'A. Hirschman (1970)) vis-à-vis des professionnels ; qui ne sont ni méfiantes vis-à-vis des professionnels en général et des soignants en particulier, ni dans l'alliance et la connivence, mais qui s'en remettent à un ou quelques professionnel(s) choisi(s) de manière presque personnelle.

Ces cas contribuent à complexifier la lecture de notre matériau en lui appliquant une grille en termes d'inégalités qui seraient liées à des différences de classes. Si l'on a esquissé précédemment une dynamique qui oppose des familles socialement privilégiées maîtrisant mieux le champ des possibles pour leurs enfants, opérant des alliances stratégiques pour obtenir le meilleur parcours pour leur enfant, et conjointement lui éviter ce qu'elles estiment être le pire, et des familles modestes ayant une vue beaucoup moins large et précise des chemins possibles (tant en termes d'approches thérapeutiques que de filières scolaires), il nous semble impossible de réduire cette diversité de parcours à vision en termes d'inégalités. Les milieux favorisés s'en sortent-ils mieux, grâce à leurs ressources, pour garantir à leurs enfants agités les meilleures, ou les moins mauvaises, trajectoires (de soin, de santé, scolaires...) ? Pas forcément. Les trajectoires sont très différentes d'un milieu à l'autre, mais on ne peut réduire ces différences à des inégalités, comme nous y incitent pourtant à la fois certains de nos enquêtés les plus privilégiés (rappelant combien leurs ressources leur ont permis d'éviter le pire et plaignant ceux qui en sont dépourvus) et une partie de la littérature sociologique sur les enfants handicapés, pris dans une forme d'ethnocentrisme de classe et de lecture misérabiliste des marges de manœuvre des milieux populaires (Eideliman, 2012).

Trois arguments peuvent être avancés pour nuancer ainsi l'analyse :

1. Comme nous l'avons déjà montré, production sociale, construction sociale et usages sociaux des troubles sont intimement mêlés en matière d'agitation infantile. D'un milieu à l'autre, les trajectoires sont différentes, mais les enfants aussi sont différents. Il est strictement impossible de raisonner toutes choses égales par ailleurs, ce qui serait une façon satisfaisante de montrer s'il y a ou non des inégalités de trajectoire à troubles ou

symptômes donnés, car les ressources différentielles liées aux milieux sociaux produisent à la fois des enfants et des trajectoires différentes. D'un milieu à l'autre, l'agitation ne se manifeste pas de la même façon, est perçue et étiquetée différemment, et donne lieu à des prises en charge et des organisations diverses, en fonction d'enjeux différents (ce qu'on veut à tout prix éviter, ce à quoi on adhère etc.).

2. En matière de trajectoires familiales, scolaires et administratives pour des enfants en difficulté, on manque de critères objectifs pour savoir ce qu'est une trajectoire réussie ou, plus exactement, pour hiérarchiser des trajectoires atypiques, qui sortent des chemins ordinaires. Appliquer un critère de nombre d'années d'étude, par exemple, ne fonctionnera que pour un petit nombre de cas, ceux des enfants « agités » qui vont finalement poursuivre leurs études dans la voie classique. Pour beaucoup, les trajectoires vont se faire dans le médico-social, dans le sanitaire ou dans des voies de traverse du milieu éducatif, laissant l'analyste désarmé pour comparer les résultats. Est-il préférable de s'être maintenu coûte que coûte dans une scolarité la plus ordinaire possible et d'avoir un diplôme professionnel ou bien d'être sorti tôt du système scolaire et de vivre dans un établissement qui propose des activités artistiques à ses résidents ? Vaut-il mieux avoir fait l'essentiel de sa scolarité en hôpital de jour et avoir un petit boulot en milieu ordinaire ou bien avoir fréquenté diverses ULIS pour finalement intégrer un ESAT ? Selon les périodes, il a été successivement évident pour une majorité de professionnels et de familles qu'il valait mieux éviter l'hôpital psychiatrique et grandir en institut médico-éducatif ; puis que les classes intégrées étaient bien mieux que ces mêmes instituts ; que la scolarité ordinaire avec des aménagements valait mieux qu'une intégration factice dans des classes spécialisées. Les transformations de l'offre politique et sociale pour les enfants qui n'entrent pas dans la norme scolaire ont influencé les manières de penser les différentes solutions, les différents parcours possibles, sans que l'on sache comment évaluer de manière neutre les résultats des différentes prises en charge possibles. L'emprise actuelle du médico-social, et notamment du champ du handicap, sur les manières de penser les trajectoires des enfants ne doit pas inciter l'analyste à valoriser les parcours jugés aujourd'hui inclusifs sur ceux pensés comme plus ségrégatifs. Le critère implicite censé orienter les politiques et les dispositifs de ce champ, l'intérêt de l'enfant, est en effet non mesuré et probablement, en l'état actuel de nos moyens d'investigation, non mesurable. La hiérarchisation des trajectoires est un enjeu de rapports de force entre approches professionnelles, entre

institutions, entre logiques de prise en charge, qui varient rapidement d'une période à l'autre. Mieux vaut, pour le sociologue, ne pas prendre parti et rester à distance de ces enjeux politiques pour établir ses critères d'analyse.

3. Enfin, les ressources utilisées pour infléchir les trajectoires des enfants ne sont pas uniquement celles que l'on possède soi-même, ni même celles qui sont présentes dans son réseau (le capital social). On peut aussi savoir s'en remettre à des professionnels qui ont des ressources efficaces, savoir se faire aider et ainsi profiter du savoir de personnes à la fois informées et potentiellement influentes. Il ne s'agit pas forcément d'une alliance stratégique avec un corps de professionnels, mais plutôt d'une capacité, présente chez une partie importante des membres des milieux populaires, de savoir s'appuyer sur certains professionnels. Plus qu'une remise de soi inconditionnelle qui équivaldrait à une attitude de retrait, il s'agit dans certains cas de l'établissement d'une relation personnalisée avec un professionnel en particulier, de qui on va savoir se faire aider, se faire apprécier, permettant un infléchissement voire une rupture de trajectoire inattendue.

Si les deux premiers arguments ont été illustrés tout au long de ce rapport, nous souhaitons pour finir illustrer le troisième argument en présentant en détail un cas singulier mais révélateur. Cette situation est aussi spécifique en ce qu'elle n'a pas été rencontrée par nos canaux d'enquête habituels (centres de soin, association, MDPH), mais via les services sociaux. Il s'agit de Christine Saelens³⁴, 43 ans, aujourd'hui femme de ménage chez des particuliers, qui s'imaginait avant de connaître le parcours que nous allons analyser ici une autre vie pour elle et ses enfants : « T'en as a qui naissent dans des familles qui sont prédisposées à ce genre d'histoire... ». Elle, en revanche, estime venir d'une « bonne » famille, constituée de gens travailleurs et courageux, qui « n'ont pas l'habitude de se plaindre ». Mais sa vie, qui lui semblait bien engagée à ses 30 ans, prend une direction inattendue : « J'ai eu deux vies. Même trois vies en fait ! J'ai eu un « avant » où j'ai eu une vie normale, avec un boulot normal. J'étais coiffeuse... ».

a. Les « premiers pas » de Mme Saelens

³⁴ Ce cas est repris assez directement d'un chapitre d'ouvrage en cours de rédaction par V. Stettinger.

Mme Saelens est originaire du Nord de la France. Ses grands-parents maternels étaient mineurs, ainsi que son grand-père paternel. Ce dernier occupe une bonne place à la mine, ce qui permet à la grand-mère de Mme Saelens de ne pas travailler. Il a des ambitions pour son fils (le père de Mme Saelens) et lui évite la mine en le plaçant dans une imprimerie à l'âge de 14 ans. Il y restera durant toute sa vie professionnelle. La mère de Mme Saelens échappe elle aussi à la mine et devient couturière jusqu'à son mariage. Les parents de Mme Saelens s'installent tout d'abord dans la maison de la grand-mère maternelle, située dans une ville minière du Nord de la France. Ils deviennent ensuite propriétaires d'une maison neuve dans une petite ville voisine. Mais l'accès à la propriété coûte cher et l'arrivée des enfants amène des difficultés financières. La mère de Mme Saelens, jusqu'alors mère au foyer, est contrainte de reprendre un travail. Elle devient femme de ménage après la naissance du cinquième et dernier enfant du couple.

De son enfance, Mme Saelens garde de bons souvenirs : les glissades sur les terrils, les vacances en Belgique où la toute famille cherche de nouvelles pièces pour alimenter la collection d'armes du père. À l'école, tout se passe bien ; elle s'y plaît et elle est classée dans les dix premiers de sa classe. Au collège, les choses changent et elle redouble la sixième. Elle fait une cinquième « moyenne bof... vraiment bof » et part ensuite en CAP vente, à contrecœur. Mme Saelens aime la coiffure et commence, dès 14 ans, à travailler dans un salon. Elle fait ensuite deux ans d'apprentissage en coiffure, où elle s'épanouit, et obtient son CAP. Elle n'arrive cependant pas à avoir son brevet professionnel. Malgré cela, elle travaille toujours dans le même salon, même si elle n'est pas déclarée le plus souvent : « Elle m'a toujours payée en dessous quasiment... à la limite de... Mais je sais pas, dès qu'elle m'appelait pour aller travailler chez elle, je suis toujours retournée chez elle. Tout le temps ! » Avec ses revenus, elle se paye des sorties, des vêtements, le permis de conduire et, dès l'âge de 18 ans, s'achète sa première voiture.

À 18 ans, Mme Saelens rencontre Philippe Prévost qui prépare un BTS en mécanique. À cette période, elle travaille beaucoup dans la coiffure et estime bien gagner sa vie. Au bout d'un an, le jeune couple loue un appartement. Leur premier enfant, Samuel, naît trois ans plus tard. L'arrivée de Samuel bouleverse peu la vie professionnelle de Mme Saelens. Pendant ses heures de travail, Samuel est gardé par une assistante maternelle et Mme Saelens est secondée par sa mère ou sa belle-mère. Ils habitent dans un quartier que Mme Saelens estime très mal fréquenté, « où il ne faut pas élever les enfants si on veut qu'ils soient, comme on dit, "normaux" ». Ainsi, au moment de scolariser Samuel, et suite à un refus d'une demande de dérogation à la carte scolaire, ils décident de déménager : « Donc on a déménagé, parce qu'on ne peut pas mettre les

enfants dans toutes les écoles, on n'a pas le choix, à part l'école privée mais il n'y en a pas à D. Donc on est parti habiter à A. ». M. Prévost, à l'époque dépanneur-auto dans un grand garage, est embauché quelque temps plus tard à la SNCF.

Mme Saelens considère que c'est une belle période. Tous les deux travaillent et gagnent bien leur vie ; Samuel grandit bien et va dans une école qui leur convient ; leurs familles respectives sont présentes et les épaulent. Mais la vie de Mme Saelens bascule vers 30 ans lorsqu'elle découvre que son mari la trompe avec la voisine d'en face, dont elle est la marraine du dernier enfant : « Mais j'ai été blessée, très blessée, profondément blessée. Je ne m'attendais pas du tout. Parce qu'elle, elle faisait 100 kilos, elle était brune, petite, elle avait un cul comme ça ! » Mme Saelens et M. Prévost divorcent.

b. Le creux de la vague

Après son divorce, c'est une deuxième vie qui commence pour Mme Saelens, bien différente de la première. Déménagements et changements d'école perturbent son quotidien et celui de Samuel. À mesure que le temps passe, elle s'éloigne de son métier de coiffeuse : « Je me suis laissée couler, couler, couler ». Comme elle le dit en entretien : « le divorce est un creux, c'est un creux de la vague... ». Elle est très proche de son fils, passe des bons moments avec lui ; mais elle se sent seule : « Je suis restée cinq ans toute seule. Je dormais avec Samuel. Donc il n'y avait pas d'homme dans mon lit ». De plus, au cours de cette période déjà difficile, la belle-sœur de Mme Saelens, pour elle une image de « la réussite parfaite », se suicide pour des raisons financières.

Cinq ans après son divorce, Mme Saelens rencontre Adrian, un mendiant d'origine polonaise installé devant le supermarché où elle fait ses courses. Même si elle perçoit la distance sociale entre eux, cet écart ne s'érige pas pour elle en frontière : « Maintenant, j'ai changé. Mais je me disais que des coups durs, ça peut arriver à tout le monde et que faire la manche, c'était déjà courageux. » Mais elle explique cette rencontre par sa fragilité psychologique du moment : « Je n'étais pas bien du tout, pas bien du tout. J'étais vraiment mal, l'enterrement [de sa belle-sœur] atroce, c'était horrible, c'était horrible, vraiment. » Très vite, Mme Saelens est enceinte de son deuxième fils, Tom. D'abord en France puis en Pologne, pendant 5 ans, Mme Saelens vivra sous l'emprise de l'alcool et des coups d'Adrian : « Je décidais toujours de ce que je voulais

faire, personne ne me dictait ce que je voulais faire. Mais là, à partir du moment où il est rentré dans ma vie, non, à partir du 8 juillet [première fois où elle a été battue], là, c'est lui qui a décidé de ce que je devais faire, de ce que je devais être, de ce que je devais manger, de ce que je devais porter, de ce que je devais faire, pas faire... c'est lui qui a décidé de tout. » Progressivement, Mme Saelens s'éloigne de sa famille et de son fils Samuel. Elle n'est plus sûre de bien tenir son rôle de mère : « Je croyais que j'étais une mauvaise mère et que j'avais abandonné mon fils. Et lui [Adrian] me disait qu'on pourrait me déchoir de mes droits parentaux parce que j'étais une très mauvaise mère, et je le croyais » ; « j'étais dans mon monde. Je n'étais pas une mère normale non plus ».

Pendant les années où Mme Saelens est dominée par Adrian, elle est fréquemment visitée à son domicile par les policiers appelés par des voisins ; elle rencontre également, à l'hôpital, chez eux et dans un foyer, quelques travailleurs sociaux. Mais, à ce moment-là, « la rencontre » avec « eux » n'a pas lieu : « Ah oui, il y a eu ça, une assistante sociale et une puéricultrice qui sont venues. Elles ont rien constaté. Quand elles sont venues, on avait tous les trois la gastro. Je m'en rappellerai tout le temps, c'était pas le moment qu'ils viennent. Mais bon, ils sont venus et puis bon comme ils ont rien eu à constater de bizarre... » À la suite d'une des agressions d'Adrian, Mme Saelens intègre avec Tom un foyer pour femmes. Mais elle se sent seule et mal accueillie : « C'était une prison, une prison. Une chambre, pas de lit pour l'enfant. Puis ils m'en ont apporté un mais pas de drap et puis pas de télévision. C'est con mais quand on a rien d'autre à faire... J'avais pas d'argent, donc je me suis acheté un petit radio-réveil pour avoir quand même la radio. On était à l'étage et puis Tom commençait à marcher, il fallait lui faire faire les pas, j'avais peur pour les escaliers parce qu'on était pas placés en rez-de-chaussée. La cuisine était ouverte, je me rappelle plus, de 7h à 9h le matin et de 12h à 14h le midi. Comment on peut faire à manger à un enfant dans ces conditions-là ? J'avais pas de frigo, c'était l'horreur. J'ai tenu une semaine. » Mme Saelens souhaite à tout prix quitter ce foyer et contacte sa mère. En vain. « J'ai pleuré à ma mère pour qu'elle vienne me chercher, "Je peux pas, je suis au travail", enfin elle a fait aucun effort. » Mme Saelens reprend la vie commune avec Adrian et ils partent avec Tom vivre en Pologne. Après « deux ans d'enfer » en Pologne, Mme Saelens et Tom sont rapatriés par l'Ambassade française et hébergés chez les parents de Mme Saelens. Ce retour est durement vécu ; à la fois heureuse de rentrer, elle subit toutefois le contrecoup et sombre dans la dépression et l'alcoolisme. : « J'ai perdu un an de ma vie, un an sans souvenirs, quasiment. Enfin, si, j'ai des souvenirs, mais je veux dire..., ouais, en dents de scie. » Mme Saelens déplore

que sa famille ne réagisse pas à sa détresse et que leurs seuls mots se résument à : « Elle est malheureuse, elle est malheureuse, qu'est-ce qu'elle est malheureuse, Christine ! »

Si Mme Saelens ne voit pas forcément de corrélation entre son parcours de vie et celui de sa famille, on doit noter que son histoire familiale est marquée elle aussi par des accidents de parcours. Ainsi, son grand-père paternel a perdu sa place à la mine à cause de la silicose et de sa dépendance à l'alcool ; il devient cantonnier. Pour des raisons de santé qui l'obligent à cesser toute activité sportive, le père de Mme Saelens devient dépressif et alcoolique. Enfin, son frère Pierre, toxicomane, se suicide à l'âge de 35 ans. Les accidents de parcours font partie de son histoire familiale et peuvent expliquer la fragilité de certains membres de sa famille. Cela permet peut-être de comprendre l'indifférence familiale face à ce qui lui arrive. Cependant, la façon dont Mme Saelens se laissera tout d'abord prendre en charge par un ensemble de professionnels et d'institutions pour ensuite se prendre en charge elle-même l'éloigne des destinées familiales. Mme Saelens nouera un rapport particulier aux institutions, ce qui lui permettra de reprendre sa vie en main, de reconstruire petit à petit son existence et de redevenir comme « les gens normaux » : « Tom et moi [...], on fait des trucs normaux, comme les parents normaux doivent faire. » Ainsi, durant quelques années, la norme prônée par les travailleurs sociaux sera pour Mme Saelens une bouée de sauvetage.

c. Compter sur les travailleurs sociaux

Une troisième vie démarre pour Mme Saelens grâce à une assistance sociale, « quelqu'un de super génial », comme elle dit : « Alors Mme M. m'a dit : "De toute façon, je vais vous donner des coups de pied au cul, ça en vaut la peine." » Cette fois, Mme Saelens saisit l'opportunité sans hésitation. Le « ça vaut la peine » prononcé par l'assistance sociale tombe juste. Cure de désintoxication (« les meilleures vacances de toute ma vie ! »), régularisation des papiers, reprise d'une activité professionnelle : Mme Saelens retrouve dans cet accompagnement l'estime de soi qu'elle avait en partie perdue. Trois ans après son retour en France, Mme Saelens ne boit plus, trouve un logement et travaille comme femme de ménage (« En fait il fallait aussi que je remette le pied à l'étrier, c'est pour ça les ménages et c'est par hasard que je suis allée faire des ménages). Cette activité lui permet d'avoir un revenu à peu près stable et de s'occuper de Tom qui cumule à son tour des difficultés, au quotidien et surtout à l'école : « Il a des troubles du comportement qui sont dus à toute la maltraitance qu'il a subie. »

Outre l'assistante sociale, Mme Saelens est entourée d'un alcoologue, d'un psychiatre et d'une psychologue. Dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative, Tom est lui aussi suivi par un éducateur, une psychologue et une orthophoniste. Mme Saelens construit une relation privilégiée avec cet éducateur, pour elle un soutien de tous les instants : « J'ai besoin de quelque chose, je téléphone. Il y a un souci, je téléphone. Même s'il n'est pas là, il y a la secrétaire. Même si la secrétaire n'est pas d'un grand réconfort, elle ne peut pas m'aider parce qu'elle n'a aucun pouvoir, mais rien que de l'avoir au téléphone, ça me fait du bien. C'est con hein ? » À la question : « Tu te sens surveillée ? », sans aucune hésitation Mme Saelens répond : « Non, pas lui. Ah lui il me laisse décider pour moi. Il me conseille, il m'aide à prendre des décisions. Quand je ne sais pas quoi faire, je l'appelle. » Et elle renchérit : « Ah non, il ne m'embête jamais. Ah non, c'est un plaisir. » Cet éducateur incarne l'aide, la protection, la présence masculine pour une fois rassurante dont Mme Saelens a besoin. Elle souhaiterait même qu'il soit plus présent auprès de Tom, pour « faire des trucs de mecs » avec lui, « parler football, parler basket, parler catch, parler des trucs d'homme. » Cette exigence finit par être excessive, l'éducateur se sentant envahi par Mme Saelens qui, sans s'en rendre compte, dépasse les limites du cadre de l'intervention : « Avant, je lui achetais toujours des gâteaux ou des chocolats ou des... On a même fait la galette des rois ici avec lui, des trucs comme ça. Et puis un jour il m'a dit : "Vous savez, j'outrepasse mes droits avec vous." Normalement, il n'y a pas le droit. J'étais gênée quoi, qu'il osait pas refuser mais qu'il... Donc maintenant, non, je ne lui donne plus. » Mme Saelens ne souhaite pas interrompre cet accompagnement, malgré leur désaccord quant à la présence d'Adrian dans la vie de Tom : « C'est toujours moi qui redemandais un renouvellement. Toujours. À chaque fois c'est moi qui redemande pour que ça renouvelle. »

L'attitude adoptée par Mme Saelens face aux intervenants sociaux lui permet d'affronter les difficultés rencontrées et d'avancer dans la reconstruction de sa vie. Mme Saelens collabore avec eux, aspire à la normalité. La plupart du temps, elle prend des initiatives, devançant ainsi le travail des intervenants sociaux : elle contacte les services de la ville pour trouver un logement ; elle obtient la prise en charge d'un suivi psychologique au CMP d'une ville plus proche de son travail ; pour pallier les difficultés de Tom, elle demande la présence d'un AVS à ses côtés à l'école et intervient auprès du Rectorat et de l'Inspection académique pour accélérer sa mise en place ; elle se bat pour obtenir la reconnaissance du handicap de son fils et sa prise en charge globale.

d. Trouver les bons appuis

Mme Saelens s'épuise dans la reconstruction de sa vie ; mais elle sait que toute seule, ce serait encore plus difficile. La demande de prise en charge psychologique de Tom par le CMP révèle les efforts qu'elle a dû mobiliser pour que celle-ci soit effective. Dans un premier temps, les rapports demandés (celui sur le comportement de Tom établi par l'institution d'accueil, celui du médecin et du psychologue scolaires, enfin celui de l'éducateur) ne suffisent pas pour sortir Tom de la liste d'attente. Elle doit mobiliser plusieurs autres acteurs : « Quand je suis allée voir au CMP pour avoir un psychologue, j'étais en liste d'attente, pas moyen, pas moyen, pas moyen. M. Bernard, il a fait le nécessaire, bon bah, pas moyen encore. Je suis allée voir le médecin scolaire et puis j'ai dit : "Voilà, gnagna". Elle [le médecin scolaire] a pris son téléphone, elle a appelé le CMP devant moi. Et puis elle a dit : "Maintenant, il faut prendre Tom". Quinze jours plus tard, j'avais un courrier avec un rendez-vous. »

Mme Saelens sait aussi solliciter les professionnels qui l'entourent pour la soutenir dans son quotidien avec son fils. Une des jeunes femmes qui travaillent à la cantine de l'école de Tom devient sa baby-sitter après l'école. Parce que cette jeune femme connaît Tom et ses difficultés, sa présence rassure Mme Saelens. Le jour où Tom doit aller revoir son père, moment difficile pour l'enfant, il n'est pas seul : « Le matin, je l'ai réveillé le plus tard possible. Pour dire que ça aille quoi et puis pour l'emmener au centre aéré. Donc je l'ai emmené au centre aéré, son animatrice c'était Lucie, sa préférée, tant mieux cette fois-ci. Lucie l'a pris sous son aile et puis elle savait très bien que c'était le jour fatidique et puis voilà quoi. Donc ça a été. Et la veille, il y a l'infirmière du centre qui l'avait pris à part pour lui parler un peu. Tout le monde a bien joué le jeu quand même. »

Son avocate dans le cadre de l'AEMO est l'un de ses employeurs : Mme Saelens fait chez elle le ménage. Par ailleurs, l'associé de son avocate est devenu l'avocat de Mme Saelens dans le cadre du procès contre Adrian pour ses agressions. Cette proximité avec ses avocats lui apporte certains avantages : « Théoriquement, je devrais payer une partie de l'avocat mais comme je travaille pour Madame et que chez lui j'ai déjà fait des remplacements pour faire des repassages, ils me connaissent. Ils se sont donc arrangés pour que j'aie l'aide juridictionnelle complète. Ils se sont arrangés pour pas passer tous mes salaires comme ça... » La relation avec son avocate se déroule dans un cadre privé et cela lui convient : « Et puis l'avocate de Tom, je vais jamais

à son cabinet. Je suis allée peut-être une fois, non, non, même pas, jamais. On se voit toujours chez elle. Pendant que je fais le ménage, qu'elle est en train de mettre une machine en route ou quoi que ce soit, on papote, on discute de mon affaire toute les deux. C'est bien pratique ! » Elle tire aussi profit de ses relations « avec les riches » pour récupérer des « beaux habits ».

e. Sur la corde raide

À la recherche d'un équilibre financier, Mme Saelens, tout en percevant un salaire, est soucieuse de pouvoir continuer à bénéficier de certaines aides. Elle souhaite maintenir un revenu qui n'entraîne pas la suppression de la CMU, payer le prix minimum pour les services liés à l'école et au centre de loisirs. D'un côté, Mme Saelens a des dettes, mais d'un autre, elle épargne afin d'acheter des nouveaux meubles pour sa maison : « On a réussi, Tom et moi, à mettre 1 300€ de côté. Et avec 1 300€, il faut que j'achète deux chambres à coucher. » Elle reconnaît qu'elle « triche » en ne déclarant pas la totalité de ses revenus, (« si je le déclare, ils vont me sucrer du RSA »). Mais pour elle, c'est l'Etat français qui la pousse à agir ainsi : « C'est ridicule, moi je veux travailler mais en même temps l'Etat m'empêche de travailler. Vous comprenez, c'est pas juste ! »

Comme un funambule sur le fil, Mme Saelens œuvre avec les institutions pour garder un équilibre, qu'elle sait fragile : « Quand on n'a pas beaucoup de revenus, il faut être constant. Et dès qu'on a un petit souci, on plonge tout de suite ». Et elle s'inquiète de cette fragilité : « Bah quand il y a des coups durs un peu comme en ce moment, je suis inquiète pour l'avenir, mais en même temps je sais qu'on va y arriver, que Tom et moi on est courageux, j'ai un enfant qui ne se plaint jamais... ». Ces difficultés pour « s'en sortir » suscitent un questionnement, à l'époque resté sans réponse : travailler plus pour équilibrer ses comptes ou continuer à s'occuper de son fils : « Je me demande si j'ai fait un mauvais choix ou un bon choix de vie. Pour l'instant, je suis heureuse dans mon boulot mais est-ce que je ferais pas mieux de laisser Tom de côté et partir travailler, refaire mon ancien métier par exemple ? ».

f. Une collaboration sous tension

Mme Saelens essaye aussi d'établir une collaboration avec l'école. Elle suit de près la scolarité de Tom. Elle est en contact avec les maîtresses, avec la psychologue, avec l'infirmière, avec le personnel de la cantine et celui de la garderie. Cela représente un coût pour elle, mais ces alliances avec certains intervenants du monde scolaire suscitent sa fierté. Cependant, alors que sa relation avec les services sociaux est fluide et que Mme Saelens se sent à l'aise et soutenue, l'univers scolaire et la collaboration avec les enseignants génèrent inquiétude et tension, comme le soulignent ces échanges entre elle et l'institutrice de Tom, extraits choisis parmi bien d'autres dans le cahier de liaison :

le 6/03/142. Madame,

Je vous signale qu'Enger a eu un comportement désagréable aujourd'hui. Il a refusé de travailler à plusieurs reprises, il a mangé sa gomme et caché dans sa trousse et ses camarades en récréation.

Je compte sur vous pour faire le point avec lui et veiller à ce que cela ne se reproduise pas.

Cordialement,

Madame,

En matière de comportement d'Enger, n'hésitez pas à le punir si le besoin s'en fait sentir, j'accepte les punitions si elles sont justifiées et connaissant mon enfant elles le seront souvent! Peut-être qu'un rendez-vous

serais une façon de faire le point, j'en parlerais toute fois à votre psychologue ce mardi, je vous joins d'ailleurs le papier attendant de vous.

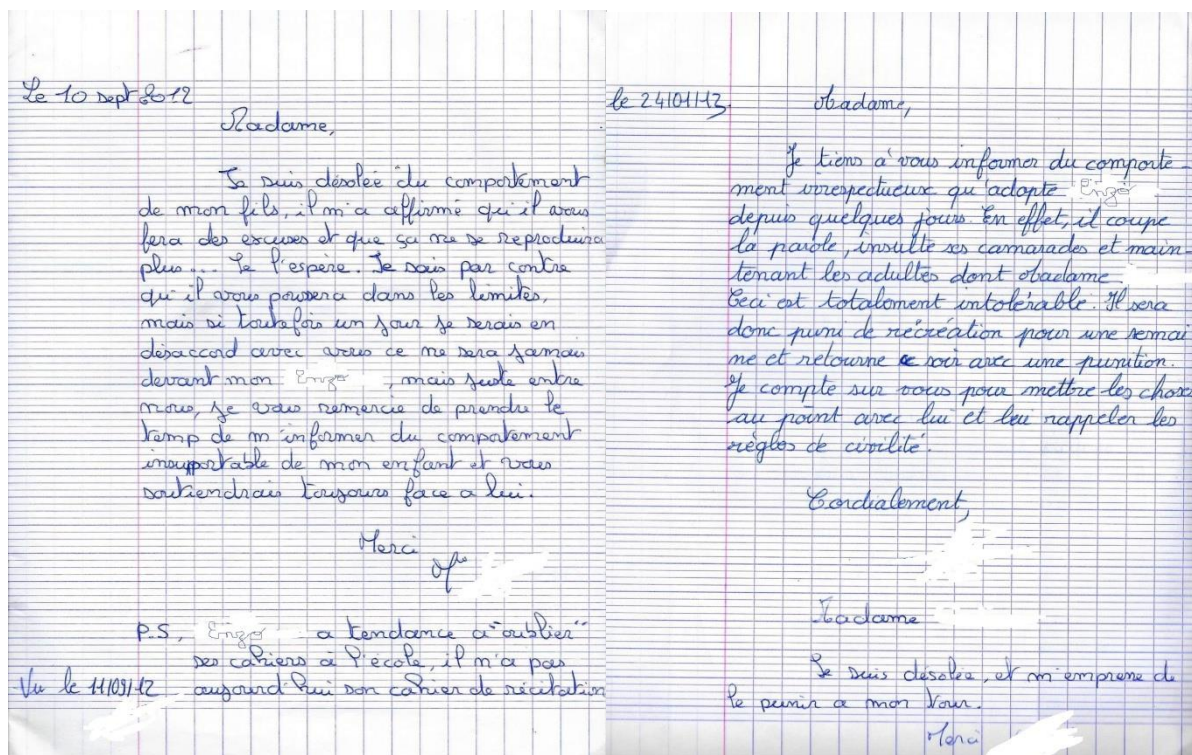
Dans l'attente de vous remercier, veuillez agréer madame, mes salutations.

Mme

Madame,

Je vous informe qu'Enger a refusé de travailler à plusieurs reprises préférant manger ses crayons! Je l'ai gardé avec moi en récréation afin qu'il copie sa leçon, ce qu'il a fait sans aucun problème. Cela ne peut être toutefois une relation.

Cordialement



Mme Saelens admet que Tom n'est pas un enfant facile. Mais elle estime que les efforts faits pour l'accompagner ne sont pas reconnus par son institutrice: « C'est moi qui décide quand même ! Ça prend du temps mais je lâche pas le morceau. Et même pour les devoirs des fois, il en a jusqu'à 21h le soir et Madame me dit qu'il y a un manque de travail à la maison. Je dis que pourtant je le crie. Je rentre chez moi, j'en ai peur de rentrer parce que je sais que je suis épuisée, fatiguée et il faut encore que je crie à la maison pour avancer quelque chose. » Mme Saelens est à bout de patience et de force devant ce décalage entre le comportement de son fils et les exigences du monde scolaire : « Je lui dis qu'il y en a marre, que si ça continue comme ça moi je laisse tomber. Je m'occupe plus de lui, je l'emmène plus chez le psychologue, je l'emmène plus chez l'orthophoniste ».

Mme Saelens s'échine également à l'instauration d'un cadre qui rende plus favorable la vie de Tom à l'école. Veillant à accélérer la mise en place d'un AVS auprès de Tom pendant les heures de cours, elle suit aussi ses résultats et l'encourage à persévérer. Au moment du passage de Tom en CE1, elle est confrontée à un dilemme : accepter ou refuser qu'il passe en CE1 sans savoir lire. Elle prend conseil auprès de son éducateur qui lui dit : « Vous faites comme vous voulez, je sais pas, j'en sais rien du tout. » Tout aussi indécise, elle s'enquiert de l'avis de la psychologue de Tom qui tarde à répondre. Elle contacte alors l'orthophoniste, qui, après

quelques tests, la rassure : « Elle m'a dit : "Ne vous inquiétez pas, signez, faites-le passer en CE1, ce n'est pas si terrible que ça, pas si grave que ça, ne vous en faites pas. À la rentrée, à sa rentrée de CE1, il saura lire." » Ainsi, pendant tout l'été, une à deux fois par semaine, Tom retrouve l'orthophoniste : « Et avec moi derrière, on a boosté et on a boosté. Il est rentré en CE1, il savait parfaitement lire. »

g. Quand cela devient « lourd »

Cette recherche de collaboration avec les divers acteurs institutionnels, surtout les travailleurs sociaux et les psychologues, évolue pour Mme Saelens à partir du moment où Tom est pris en charge par un dispositif organisé qui regroupe divers professionnels (psychologue, psychomotricienne, institutrice spécialisée, éducatrice). Cette structure coexiste avec l'AEMO, qui procure à Tom les services d'un éducateur et d'une psychologue. Tom est ainsi suivi par six professionnels différents. Les désagréments commencent lorsque l'éducatrice de ce nouveau dispositif signale à la juge des enfants des faits anciens consignés dans le dossier de Tom, faits que son éducateur n'avait pas jugés opportuns de mettre en avant au cours d'anciennes audiences, comme la chute de Tom dans un étang voisin de la maison. Mme Saelens est contrainte de se justifier devant la juge. Cette même éducatrice désigne Tom à la cantine et à la garderie comme semeur des troubles : « Parce que quand il se passait quelque chose, elle disait toujours que c'est la faute à Tom, elle n'essayait pas de voir quel enfant avait commencé. Elle l'entassait encore plus et puis il devait s'excuser, il devait offrir un cadeau et moi j'étais pas d'accord. Offrir un cadeau, c'est comme son père ! Qu'est-ce que j'ai reçu comme bouteilles de parfum qui ont fini explosées contre le mur de la salle de bain. Et des fleurs... À chaque fois que j'étais battue, j'avais un cadeau, donc ça sert à rien ! Je trouve que c'est pas un bon mode d'éducation. C'est vrai, hein ! À la garderie, pareil, du coup il n'a plus pu aller à la garderie, donc j'ai trouvé des baby-sitters, j'ai trouvé des nourrices, j'ai trouvé... »

Mme Saelens réagit face à cette présence dérangeante et demande que cette éducatrice ne vienne chez elle qu'accompagnée : « Donc maintenant elle ne vient plus jamais chez moi toute seule. La psychologue vient tous les vendredis matin avec elle et quand la psychologue ne peut pas venir, elle ne vient pas non plus. Elle n'a plus le droit de venir chez moi. » Mme Saelens se montre ainsi capable de porter un jugement sur l'éducation que cette professionnelle souhaite donner à son fils, et de décider que les cadeaux ne sont pas un bon moyen éducatif. Mais elle

ne parvient pas à imposer son désaccord ; son ultime recours est de retirer Tom de la cantine et de la garderie pour lui éviter le rôle de bouc émissaire.

Avec ce nouveau dispositif, Tom est entouré de deux psychologues ; l'une rattachée au CMP, qui « ne voit pas ce qui se passe dans la maison et qui entend Tom » ; l'autre qui « vient à la maison, [et qui est] en situation de dire : “Tu vois, tu devrais faire comme ci, et pourquoi tu as fait comme ça, pourquoi tu n’as pas plutôt fait comme ça ?” » Mme Saelens prend rapidement conscience de la lourdeur de cette situation (« Ils disaient qu’ils n’empiétaient pas dans la vie privée et sociale des familles, mais si, si si ») qui ne la libère pas vraiment du suivi de son fils, ce qui était son objectif premier : « Parce que c’est vrai qu’ils mettent tout en œuvre mais, malgré tout, il faut au moins une fois par semaine être chez soi parce qu’ils viennent chez toi. C’est quand même lourd. »

Bibliographie

Abbott A., 2009, « À propos du concept de *Turning Point* », in Bessin M., Bidart C. et Grossetti M., *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, p. 187-211.

Acquaviva E. et Duhamel C., 2012. *L'Hyperactivité. Idées reçues sur le trouble du déficit de l'attention*, Paris, Éditions Le Cavalier Bleu.

Akrich M. et Meadel C., 2007, « De l'interaction à l'engagement: les collectifs électroniques, nouveaux militants de la santé », *Hermès, La Revue*, n°1, p. 145-153.

Akrich M. et Rabeharisoa V., 2015, « Des formes de partenariat entre les familles, les enseignants et les spécialistes : l'association HyperSupers et l'école », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n°4, p. 99-110.

Akrich M., Meadel C. et Rabeharisoa V., 2009, *Se mobiliser pour la santé. Des associations de patients témoignent*, Paris, Presses des Mines.

Barbot J. et Dodier N., 2005, « Approche sociologique des rapports des patients à l'univers médical. Le cas de l'infection à VIH », in Chauvin P. et Parizot I. (dir.), *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Éditions de l'INSERM, pp. 226-234.

Barral C., Paterson F., Stiker H.-J. et Chauviere M., 2000, *L'Institution du handicap. Le rôle des associations. XIXe-XXe siècles*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Baszanger I., 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n°1, p. 3-27.

Béliard A., 2010, « Des familles bouleversées. Aux prises avec le registre diagnostique Alzheimer », Thèse de sciences sociales sous la direction de F. Weber, Paris, EHESS/ENS.

Béliard A. et Eideliman J.-S., 2008, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », in Fassin D. et Bensa A. (dir.), *Les Politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte, p. 123-141.

Béliard A. et Eideliman J.-S., 2018, « Familles et professionnels dans le domaine de la santé mentale », in Coutant I. et Wang S. (dir.), *Sciences sociales et santé mentale*, Paris, CNRS Éditions, à paraître.

- Béliard A., Damamme A., Eideliman J.-S. et Moreau D., 2015, « 'C'est pour son bien.' La décision pour autrui comme enjeu micro-politique », *Sciences sociales et santé*, vol. 33, n°3, p. 5-14.
- Béliard A. et Eideliman J.-S., 2014, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », *Revue française de sociologie*, vol. 55, n°3, p. 507-536.
- Béliard A., Eideliman J.-S., Fansten M., Mougel S., Planche M. et Vaumoron S., 2018, « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H », *Sciences sociales et santé*, vol. 36, n°4, à paraître.
- Béliard A., Eideliman J.-S., Fansten M., Jimenez A., Mougel S. et Planche M., 2019, « Quête diagnostique et agitation infantile. Les effets du diagnostic de TDA/H sur les parcours d'enfants et de leur entourage », *Anthropologie et Santé*, à paraître.
- Bessin M., Bidart C. et Grossetti M., *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte.
- Boltanski L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 26, n°1, 1971, p. 205-233.
- Borelle C., 2014, « La place de l'expertise psychiatrique dans l'évaluation du handicap psychique. Le cas de l'autisme », *L'Information Psychiatrique*, vol. 90, n° 4, p. 259-266.
- Borelle C., 2016a, « Montée des outils standardisés et transformations des formes d'autorité professionnelle. Le cas des pédopsychiatres dans le champ de l'autisme », *Sociologie*, vol. 7, n° 2, p. 153-168.
- Borelle C., 2016b, « La controverse autour de l'autisme. Les associations de parents et la qualification du handicap de l'enfant », in Weber F. *et al.* (dir.), *Handicap psychique : questions vives*, Toulouse, Érès, p. 73-86.
- Borelle C., 2017a, *Diagnostiquer l'autisme. Une approche sociologique*, Paris, Presses des Mines.
- Borelle C., 2017b, « Le nouveau régime de responsabilité parentale dans l'autisme », *Sociologie du Travail*, vol. 59, n° 2, mis en ligne le 01 juin 2017, URL: <http://sdt.revues.org/751>.
- Borelle C., 2017c, « "C'est uniquement social". Sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie », *Politix*, vol. 30, n° 117, p. 201-222.

- Bourdieu P., 1979, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit.
- Brossard B., 2013, « L'organisation sociale des 'hasards heureux'. Qu'est qu'un soin en psychiatrie ? », *Sociologie du travail*, vol. 55, n°1, p. 1-19.
- Brown P., Lyson M. and Jenkins T., 2011, "From diagnosis to social diagnosis", *Social Science & Medicine*, n°73, p. 939-943.
- Bungener M., 1995, *Trajectoires brisées, familles captives. La maladie mentale à domicile*, Paris, INSERM.
- Canceil O., Cottraux J., Falissard B., Flament M., Miermont J., Swendsen J., Teherani M. et Thurin J.-M., 2004, *Psychothérapie : trois approches évaluées*, Paris, INSERM.
- Carpentier N., 2001, « Le long voyage des familles: la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n°1, p. 79-106.
- Carricaburu D., 1993, L'Association française des hémophiles face au danger de contamination par le virus du sida : stratégie de normalisation de la maladie et définition collective du risque, *Sciences sociales et santé*, vol. 11, n°3-4, p. 55-81.
- Castel P.-H., 2015, *À quoi résiste la psychanalyse ?* Paris, PUF.
- Castel, R., 1976, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Minuit.
- Castel R., 1981, *La Gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Minuit.
- Castel R., 1983, « De la dangerosité au risque », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°47-48, p. 119-27.
- Chamak B., 2008, « Autism and social movements: French parents' associations and international autistic individuals' organisations », *Sociology of Health & Illness*, vol. 30, n°1, p. 76-96.
- Chamak B., 2010, « Autismes : des représentations multiples, sources de controverses », *Enfances & Psy*, n°47, p. 150-158.
- Chamak B. et Cohen D., 2013, « Les classifications en pédopsychiatrie : controverses et conflits d'intérêts », *Hermès. La Revue*, vol. 66, n°2, p. 93-101.
- Chapireau F., 2014, « Le handicap psychique: la construction sociale d'un nouveau trouble spécifiquement français », *Socio-logos*, n° 9.

- Chauvière M., 1980, *Enfance inadaptée. L'héritage de Vichy*, Paris, Éditions ouvrières.
- Coldéfy M., 2005, « Les enfants et adolescents pris en charge dans les centres médico-psychopédagogiques », *Études et Résultats*, n°392.
- Conrad P. and Bergey M., 2014, “The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder”, *Social Science & Medicine*, n°122, p. 31-43.
- Conrad P. and Schneider J., 1980, *Deviance and medicalization: From badness to sickness*, St. Louis, Mosby.
- Corbin J. and Strauss A., 1988, *Unending work and care*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Coutant I., 2012. *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*, Paris, La Dispute.
- Coutant I. and Eideliman J.-S., 2013, « The moral economy of contemporary working-class adolescence: managing symbolic capital in a French public ‘Adolescent Centre’ », *British Journal of Sociology*, vol. 64, n°2, p. 248-266.
- Coutant I. and Eideliman J.-S., 2015, “‘These days, it’s hell to have boys in France!’ Emotion management in a French adolescent center”, *Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, vol. 19, n°2, p. 229-246.
- Cresson G. et Mebtoul M., 2010, *Famille et santé*, Rennes, Éditions de l’EHESP.
- Crossley N., 2006, « Changement culturel et mobilisation des patients. Le champ de la contestation psychiatrique au Royaume-Uni, 1970-2000 », *Politix*, vol. 73, n°1, p. 23-55.
- Davis F., 1963, *Passage through crisis. Polio victims and their Families*, New-York, Bobbs-Merrill.
- Debordeaux D. et Strobel P., 2002, *Les Solidarités familiales en questions. Entraide et transmission*, Paris, LGDJ.
- Demailly L., 2011, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte.
- Demailly L. et Garnoussi N. (dir.), 2017, *Aller mieux. Approches sociologiques*, Lille, Presses universitaires du Septentrion.
- Demazeux S., 2013, *Qu’est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque.

Diener Y., 2011, *On agite un enfant : l'État, les psychothérapeutes et les psychotropes*, Paris, La Fabrique Éditions.

Dobry, 1986, *Sociologie des crises politiques. La dynamique des mobilisations multisectorielles*, Paris, FNSP.

Dodier N., 1993, *L'Expertise médicale: essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.

Dodier N., et Rabeharisoa V., 2006, « Les transformations croisées du monde 'psy' et des discours du social », *Politix*, n°1, p. 9-22.

Dumas A., Cailbault I., Perrey C., Oberlin O., De Vathaire F. and Amiel P., 2015, « Educational trajectories after childhood cancer: When illness experience matters », *Social Science & Medicine*, n°135, p. 67-74.

Dupanloup A., 2001, « Le succès médical et social d'une psychopathologie : l'hyperactivité infantile », *Carnets de bord*, n°2, p. 23-37.

Edwards C., Howlett E., Akrich M. and Rabeharisoa V., 2014, "Attention deficit hyperactivity disorder in France and Ireland: parents' groups' scientific and political framing of an unsettled condition", *BioSocieties*, vol. 9, n°2, p. 153-172.

Ehrenberg A., 2014, « La santé mentale : équation personnelle et relations sociales dans la condition autonome », in Fansten M., Figueiredo C., Pionné-Dax N. et Vellut N. (dir.), *Hikikomori, ces adolescents en retrait*, Paris, Armand Colin, p. 9-20.

Ehrenberg A. 2016, « L'idéal du potentiel caché : faire du mal une partie de soi en le socialisant », Communication lors du colloque « Normale ou ordinaire, accomplie ou autonome ? La vie et ses formes pour les personnes souffrant d'un trouble mental chronique dans et après la psychiatrie », 8-10 septembre, Bruxelles, Université Saint Louis.

Ehrenberg A. et Lovell A., 2001, *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob.

Eideliman J.-S., 2008, « 'Spécialistes par obligation' – Des parents face au handicap mental : théories diagnostiques et arrangements pratiques », Thèse de sciences sociales dirigée par F. Weber, Paris, EHESS.

- Eideliman J.-S., 2012, « 'S'il vous plaît, pas de pitié !' Les combats des parents d'adolescents handicapés mentaux », in Fassin D. et Eideliman J.-S. (dir.), *Économies morales contemporaines*, Paris, La Découverte, p. 586-618.
- Elias N., 1991, *La Société des individus*, Paris, Fayard.
- Fabiani J.-L., 2016, *Pierre Bourdieu. Un structuralisme héroïque*, Paris, Le Seuil.
- Fainzang S., 1997, « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *Sciences sociales et santé*, vol. 15, n°3, p. 5-23.
- Fansten M., 2006, *Le Divan insoumis. La formation du psychanalyste : enjeux et idéologies*, Paris, Hermann.
- Fansten M., 2018, « Psychanalyse, une exception française ? », in Coutant I. et Wang S. (dir.), *Sciences sociales et santé mentale*, Paris, CNRS Éditions, à paraître.
- Fansten M. et Garnoussi N., 2014, « Nouveaux troubles et pathologies émergentes à l'ère de la santé totale et de la modernité réflexive », *Socio-logos* n°9, <http://socio-logos.revues.org/2820>.
- Fansten M., Figueiredo C., Pionné-Dax N. et Vellut N. (dir.), 2014, *Hikikomori, ces adolescents en retrait*, Paris, Armand Colin.
- Faraone S., Biederman J. and Mick E., 2006, "The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies", *Psychological Medicine*, vol. 36, n°2, p. 159-65.
- Farrugia F., 1993, *La Crise du lien social. Essai de sociologie critique*, Paris, L'Harmattan.
- Fox R., 1988, *L'Incertitude médicale*, Paris, L'Harmattan.
- Freidson E., 1984, *La Profession Médicale*, Paris, Payot.
- Goffman E., 1975. *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.
- Gonon F., Guilé J.-M. et Cohen D., 2010, « Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°58, p. 273-281.
- Hacking I., 1999, *The Social Construction of What ? A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Cambridge, MA, Harvard University Press.

Hacking I., 2003, « La Construction de la maladie mentale. Rencontre avec Ian Hacking », *Sciences Humaines* [en ligne], n°136, https://www.scienceshumaines.com/la-construction-de-la-maladie-mentale_fr_3005.html.

Halbwachs M., 1925, *Les Cadres sociaux de la mémoire*, Paris, Alcan.

Haute Autorité de Santé, 2014, « Recommandation de bonne pratique, Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ».

Haute Autorité de Santé, 2015, « Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille ».

Henckes N., 2015, « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? », *Esprit*, n°3, p. 28-40.

Hirschman A., 1970, *Exit, voice, and loyalty. Responses to decline in firms, organizations, and states*, Cambridge, MA, Harvard University Press.

Hughes E., 1996, *Le Regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS.

Jupille J., 2011, « Hyperactivité et troubles des conduites: des diagnostics controversés », *L'information psychiatrique*, n°87, p. 409-415.

Jupille J., 2014, « De 'coupables' à 'victimes actives'. Enjeux pour les familles d'un diagnostic de TDA/H », *Socio-logos*, n°9, <http://socio-logos.revues.org/2835>.

Jutel A. and Nettleton S., 2011, "Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities", *Social Science & Medicine*, n° 73, p. 793-800.

Lanteri-Laura G., 2001, « L'histoire contemporaine de la psychiatrie dans ses rapports avec la société française, in Ehrenberg A. et Lovell A. (dir.), *La Maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, p. 247-262.

Lareau A., 2011, *Unequal Childhoods. Class, Race, and Family Life*, Berkeley, University of California Press.

Le Laidier S. et Prouchandy P., 2016, « Pour la première fois, un regard sur les parcours à l'école primaire des élèves en situation de handicap », *Note d'information*, n°16.26, MENESR-DEPP.

- Lecendreux M., Konofal E. et Faraone S., 2011, "Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Features Among Children in France", *Journal of Attention Disorders*, vol. 15, n°6, p. 516-524.
- Ledésert B. et Mari C., 2016, « Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Midi-Pyrénées », Étude pour l'ARS Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées.
- Lenoble, E., 2010, « L'hyperactivité : un syndrome géographique ? », in Bergès-Bounes M., Calmettes-Jean S., Ferron C., Forget J.-M. et Reyet C. (dir.), *Enfant insupportable*, Toulouse, Érès, p. 27-38.
- Lézé S., 2010, *L'Autorité des psychanalystes*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Lignier W., 2010, « L'intelligence investie par les familles », *Sociétés contemporaines*, n°3, p. 97-119.
- Lignier W., 2012. *La petite Noblesse de l'intelligence. Une sociologie des enfants surdoués*, Paris, La Découverte.
- Malacrida C., 2004, « Medicalization, ambivalence and social control: Mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD », *Health*, vol. 8, n°1, p. 61-80.
- Marques A., 2015, « Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail politique autour d'une équipe mobile de psychiatrie-précarité », *Sciences sociales et santé*, vol. 33, n°3.
- Mauss M., 1960 [1936], « Une catégorie de l'esprit humain : la notion de personne, celle de 'moi' », *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, p. 333-364.
- Mazereau P., 2012, « La République, l'école et les élèves en difficulté ou handicapés. Une histoire française », *Le français aujourd'hui*, n°2, p. 29-37.
- Moreau D., 2007, « Faire interner un proche ? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques », *CNAF, Dossiers d'Études*, n°94, p. 1-65.
- Mougel S., 2009, *Au chevet de l'enfant malade. Parents/professionnels, un modèle de partenariat ?*, Paris, Armand Colin.
- Muel-Dreyfus F., 1980, « L'initiative privée. Le 'terrain' de l'éducation spécialisée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°32-33, p. 15-49.
- Pinell P. et Zafiroopoulos M., 1983, *Un Siècle d'échecs scolaires (1882-1982)*, Paris, éditions ouvrières.

- Rafalovitch A., 2008, *Framing ADHD children. A critical examination of the history, discourse, and everyday experience of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*, New York, Lexington Books.
- Rapp R., 2011, « Chasing science: children's brains, scientific inquiries, and family labors », *Science, Technology, & Human Values*, n°36, p. 662-684.
- Rapp R. and Ginsburg F., 2011, « Reverberations: Disability and the new kinship imaginary », *Anthropological Quarterly*, n°84, p. 379-410.
- Rosanvallon P., 1981, *La Crise de l'Etat-providence*, Paris, Le Seuil.
- Rose N., 2013, « What is diagnosis for », Lecture given at the Institute of Psychiatry (London) on 4th June 2013, Conference on DSM-5 and the Future of diagnosis.
- Singh I., 2002, "Bad Boys, Good Mothers and the 'miracle' of Ritalin", *Science in context*, vol. 15, n°4, p. 577-603.
- Singh I., 2004, « Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame Ritalin », *Social science and medicine*, n°59, p. 1193-1205.
- Singh I., 2012, « Not robots: children's perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments », *Journal of Medical Ethics*, n°39, p. 359-366.
- Stébé J.-M. et Raymond H., 2002, *La Crise des banlieues. Sociologie des quartiers sensibles*, Paris, PUF.
- Strauss A., 1992, *Miroirs et Masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Métailié.
- Taylor M., O'Donoghue T. and Houghton S., 2006, "To Medicate or Not to Medicate? The Decision-making Process of Western Australian Parents Following Their Child's Diagnosis with an Attention Deficit Hyperactivity Disorder", *International Journal of Disability, Development and Education*, vol. 53, n°1, p. 111-128.
- Travell C. and Visser J., 2006, "'ADHD does bad stuff to you': young people's and parents' experiences and perceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)", *Emotional and Behavioural Difficulties*, n°11, p. 205-216.
- Tricart J-P., 1981, « Initiative privée et étatisation parallèle. Le secteur dit de l'enfance inadaptée », *Revue française de sociologie*, vol. XXII, n° 4, octobre-décembre, p. 575-607.
- Turlais A., 2016, « 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, Thèse de sciences de l'éducation sous la direction de Durning P., Université Paris X Nanterre.

Vallee M., 2009, « Deconstructing America's Ritalin Epidemic: Contrasting US-France Ritalin Usage », Ph.D. dissertation, Berkeley, University of California.

Vermorel H. et Vermorel M., 2012, « De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens », *L'information psychiatrique*, n°88, p. 759-770.

Vernier B., 1998, « Prénom et ressemblance. Appropriation symbolique des enfants, économie affective et systèmes de parenté », in Fine A. (dir.), *Adoptions. Ethnologie des parentés choisies*, Paris, MSH Paris, p. 97-119.

Vial M., 1990, *Les Enfants anormaux à l'école. Aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909*, Paris, A. Colin.

Wacjman, C., 2012, « À propos des psychothérapies en institution », *Bulletin de psychologie*, n°518, vol. 2, p.193-198.

Weber F., 2012, « Être pris en charge sans dépossession de soi ? », *Alter. European Journal of Disability Research*, vol. 6, n°4, p. 326-339.

Welniarz B., 2008, « Approche psychodynamique et prescription médicamenteuse : comment associer ces pratiques en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », *L'information psychiatrique*, vol. 84, n°7, p. 627-635.

Welniarz, B., 2011, « De l'instabilité mentale au trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité : l'histoire d'un concept controversé », *Perspectives Psy*, vol. 50, n°1, p. 16-22.

Young S., Bramham J., Gray K. and Rose E., 2008, « The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis », *Journal of Attention Disorders*, n°11, p. 493-503.

Zarit S., 1980, *Aging & Mental Disorders. Psychological Approaches To Assessment & Treatment*, New York, The Free Press.

Annexes

Annexe 1 : Productions

a) Publications (parues et en cours)

Nous indiquons ici les premières publications tirées de notre recherche et les articles en cours d'écriture déjà bien avancés. D'autres publications sont prévues à partir de ce rapport mais ne sont encore qu'à l'état de projet.

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*, n°1, 2017, p. 201-222.

Béliard A., Eideliman J.-S., Fansten M., Mougel S., Planche M. et Vaumoron S., « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H », *Sciences sociales et santé*, vol. 36, n°4, 2018, à paraître. (*article accepté, en cours de publication*)

Béliard A. et Eideliman J.-S., « Familles et professionnels dans le domaine de la santé mentale », in COUTANT Isabelle et WANG Simeng, *Sciences sociales et santé mentale*, Paris, CNRS Éditions, 2018, à paraître (*ouvrage accepté, en cours de publication*).

Béliard A., Eideliman J.-S., Fansten M., Jimenez-Molina A., Mougel S. et Planche M., « Un diagnostic qui agite les familles. Les effets du TDA/H sur les parcours d'enfants dits agités », *Anthropologie et santé*, 2019, à paraître. (*article accepté sous réserve de modifications, en cours de correction*)

Béliard A., Eideliman J.-S., Fansten M., Mougel S., Planche M., « Du 'bon usage' de la Ritaline chez l'enfant : calmer les corps, calmer les esprits ? », 2019 (*proposition d'article pour Enfance, Famille, Générations, en cours de rédaction*).

Borelle C., Eideliman J.-S., Planche M. et Turlais A., « Les approches psychodynamiques, entre résistance et mutations. L'exemple de la prise en charge des enfants agités », 2019 (*proposition d'article pour Saude e Sociedade, article en cours de rédaction*)

b) Communications liées au projet lors de colloques ou de séminaires

Béliard A., « Genres d'enfants. Production et usages sociaux de l'agitation infantile », Séminaire Le nouvel esprit de la psychiatrie, EHESS, 1^{er} février 2018.

Eideliman J.-S., « Les sens de l'agitation chez l'enfant », Journée d'étude « Vous avez dit recherche ? », CEREP-PHYMENTIN, Paris, 24 novembre 2017.

Eideliman J.-S., « Enfants agités, parcours mouvementés. Un regard sociologique », Journée d'étude « Les troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent : un défi pour la psychopathologie ? », Hôpital Necker, Paris, 24 novembre 2017.

Béliard A., « Les sens de l'agitation chez l'enfant. Parcours individuels, dynamiques familiales, pratiques professionnelles », Présentation de la recherche au séminaire de mi-parcours de l'IRESP, 20 juin 2017.

Béliard A., Fansten M., Eideliman J.-S., Garnoussi N., Mougél S. et Planche M., « Un diagnostic qui agite les familles. Les effets du diagnostic TDA/H sur les parcours d'enfants dits agités », Colloque international « Le parcours en question », Université Paris Descartes, 2 février 2017.

Béliard A., Fansten M., Eideliman J.-S., Garnoussi N., Mougél S. et Planche M., « Les effets du diagnostic de TDA/H sur les parcours des enfants dits agités », Workshop international « Enfants agités, parcours mouvementés. Vers une comparaison entre Europe et Amérique du sud. Brésil-Chili-France-Suède », Université Paris Descartes, 25 janvier 2017.

Eideliman J.-S., « Proximité clinique et distance sociale. Un hôpital de jour pour enfants agités à Paris », Workshop international « Enfants agités, parcours mouvementés. Vers une comparaison entre Europe et Amérique du sud. Brésil-Chili-France-Suède », Université Paris Descartes, 24 janvier 2017.

Eideliman J.-S., « Ces enfants qui (s’)agitent. Parcours de vie, dynamiques familiales, pratiques professionnelles », Séminaire « Professionnels de la petite enfance », Université Lyon 2, 10 janvier 2017.

Eideliman J.-S., « Regard d’un sociologue », Conférence de clôture à la Journée d’étude « La Cure institutionnelle aujourd’hui », Hôpital Sainte-Anne, 22 novembre 2016.

Borelle C., « Le ‘social’ comme problème de la psychiatrie », Colloque international « Normale ou ordinaire, accomplie ou autonome ? La vie et ses formes pour les personnes souffrant d’un trouble mental chronique dans et après la psychiatrie », Bruxelles, Université Saint-Louis, 8 septembre 2016.

Eideliman J.-S., « Trajectoires de soin et socialisations. Effets croisés », Cycle de conférences « Penser les primes socialisations : regards croisés », ENS de Lyon/IFE, 17 février 2016.

Eideliman J.-S. et Planche M., « Agitation, diagnostic et handicap. Analyse sociologique de parcours d’enfants ‘agités’ », Séminaire « École et Handicap », Paris, EHESS, 21 janvier 2016.

Béliard A. et Bonneton S., « Les trajectoires des enfants concernés par des problèmes de comportement ou d’agitation », Séminaire du Centre Alfred Binet, 11 janvier 2016.

Béliard A. et Fansten M., « Les sens de l’agitation chez l’enfant. Parcours individuels, dynamiques familiales, pratiques professionnelles », Séminaire du CERMES3, 15 décembre 2015.

Eideliman J.-S., « Répondre à la demande ? Étude monographique d’un hôpital de jour pour enfants agités », Journée d’étude « Enfance et Santé mentale », Université Paris Descartes, 4 décembre 2015.

Eideliman J.-S., Mougél S. et Ville I., « École et handicap : des liens multiples et complexes », Séminaire « École et Handicap », Paris, EHESS, 5 novembre 2015.

Planche M. et Mougél S., « Du ‘bon usage’ de la Ritaline chez l’enfant : calmer les corps, calmer les esprits », Colloque « Le corps politique de l’enfant : dispositifs de recherche, dispositifs d’intervention », Strasbourg, 28 septembre 2015.

Planche M., « Social aspects, ways and means of identification and nomination of “agitation” and/or “absent-mindedness” in the childhood: a quantitative analysis of the requests sent to a

child mental health service, into Paris, France », Conférence internationale de la Société Alter, « Questioning contemporary societies through the lens of disability », Paris, 3 juillet 2015.

Planche M., « Usages et rôles des bilans cognitifs et psychomoteurs dans la procédure diagnostique et la prise en charge d'enfants désignés 'agités et/ou distraits' », Congrès de l'Association française de sociologie, Paris, 29 juin 2015.

Béliard A. et Planche M., intervention dans le cadre du master « Sociologie d'enquête », Université Paris Descartes, Paris, 19 avril 2015.

Eideliman J.-S., « Sociologie des parcours d'enfants hyperactifs. Qualification des troubles, dynamiques familiales, pratiques professionnelles », Assemblée générale de l'association HyperSupers TDA/H France, Paris, 28 mars 2015.

Béliard A. et Eideliman J.-S., « Les parcours des enfants réputés agités. Qualification des troubles, dynamiques familiales, pratiques professionnelles », Séminaire « Sociohistoire du handicap : catégories, traitement social et expériences », Paris, EHESS, 6 janvier 2015.

c) Séminaire lié au projet

Séminaire « École et handicap », organisé par Jean-Sébastien Eideliman, Sarra Mougel et Isabelle Ville, EHESS, Paris, 1^{er} et 3^e jeudis du mois de 17 h à 19 h (salle 9, 105 bd Raspail 75006 Paris), du 5 novembre 2015 au 19 mai 2016

Présentation :

Les liens entre l'institution scolaire et le handicap ont longtemps été pris dans un débat entre les tenants d'une approche par la médicalisation de l'échec scolaire et ceux qui mettaient davantage l'accent sur les lents progrès de l'intégration scolaire des enfants handicapés. Ce séminaire reprend la question de l'articulation entre école et handicap à partir de travaux empiriques récents, dont la recherche SAGE sur les parcours des enfants agités, tout en gardant à l'esprit ces débats théoriques fondateurs. La reconnaissance d'un handicap peut aujourd'hui conduire à éloigner l'enfant d'une scolarité ordinaire ou au contraire à l'y maintenir. Cette alternative n'est pas mécaniquement liée à la nature ou à la gravité des troubles, mais à la manière dont les problèmes à l'origine du handicap sont négociés entre différents acteurs,

principalement les familles et différents professionnels (de l'éducation, de la santé, de l'action sociale ...). Nous chercherons à comprendre comment ces négociations sont menées et comment s'articulent la qualification des troubles, les décisions de scolarisation et le recours à d'autres formes de prises en charge ou de traitement, reprenant ainsi autour du terrain particulier qu'est l'école une partie des questionnements initiés par R. Emerson et S. Messinger dans leur programme d'analyse d'une « micro-politique des troubles », permettant de faire le lien entre sociologie politique, sociologie de la famille et sociologie de la santé.

Résumé de la 1^{ère} année :

Le séminaire, créé à la rentrée 2015, se proposait d'explorer les liens entre l'institution scolaire et le handicap, longtemps pris dans un débat entre les tenants d'une approche par la médicalisation de l'échec scolaire et ceux qui mettaient davantage l'accent sur les lents progrès de l'intégration scolaire des enfants handicapés. En s'appuyant sur des travaux empiriques récents, les différents intervenants ont permis de dresser un panorama plus nuancé et complexe de ces liens, en investiguant différentes scènes où se croisent questions scolaires et interrogations autour du handicap : la classe ordinaire, le milieu spécialisé, les Maisons départementales des personnes handicapées, les équipes de suivi de scolarisation, les centres de santé mentale, l'univers domestique, les nouveaux dispositifs passerelle entre école et soins, ou encore le terrain législatif et politique.

Positionné en fin de journée, le séminaire a réussi le pari d'associer étroitement chercheurs, étudiants et professionnels du champ du handicap, pour nourrir une réflexion pratique et théorique et confronter les expériences des uns et des autres dans un secteur en profonde mutation. Plusieurs séances ont permis d'entendre ces différentes voix en associant un exposé de chercheur sur une recherche en cours et un exposé de professionnel, invité à prendre du recul sur sa pratique tout en présentant précisément les structures et dispositifs qui font son quotidien professionnel. Anne Bouzy-Salzborn (actuellement directrice du centre scolaire de la Pitié-Salpêtrière) est ainsi revenue sur son expérience à la tête du pôle Scolarité de la MDPH de Paris, Philippe Metello (pédopsychiatre) a présenté une structure qui prend en charge des enfants agités pendant ou après le temps scolaire, Christine Getin a souligné le rôle d'interface entre familles et école de l'association qu'elle préside (HyperSupers TDA/H France), enfin Sandrine Bonneton (pédopsychiatre) a analysé les enjeux du dispositif qu'elle anime pour prévenir l'échec scolaire et la psychiatrisation de jeunes enfants en difficulté dans le cadre scolaire. Les débats à l'issue des présentations ont permis à la fois de clarifier un certain nombre

d'incompréhensions, tenant au vocabulaire utilisé et aux postures méthodologiques, qui entravent la discussion entre chercheurs et professionnels. Ils ont aussi permis d'approfondir la réflexion sur le rôle des MDPH, le positionnement des centres de santé mentale dans le contexte français ou encore l'influence du milieu social sur les interactions entre familles et professionnels.

L'ensemble du programme peut être présenté en trois grands thèmes, qui se répondent les uns aux autres. Après une séance de présentation animée par les trois organisateurs du séminaire, plusieurs interventions se sont d'abord penchées sur la question de l'orientation des enfants en difficultés scolaires : Pierre-Yves Baudot a présenté le rôle des MDPH (séance 2), Philippe Mazereau est revenu sur l'histoire de l'éducation spécialisée (séance 3), enfin Sandrine Garcia et Anne-Claudine Oller ont mis au jour les rapports de pouvoir sous-jacents aux orientations des élèves handicapés (séance 5). Dans la continuité de ces réflexions, d'autres intervenants sont revenus sur les fondements et les pratiques de l'école inclusive : Suzy Bossard a ainsi analysé la position des auxiliaires de vie scolaire (AVS) (séance 4), Lorella Terzi a présenté l'évolution des débats et des lois sur les élèves à besoins éducatifs particuliers en Angleterre (séance 8) et Eric Plaisance a abordé le positionnement des enseignants face à ces nouveaux défis (séance 10). Enfin, la réflexion s'est poursuivie en explorant les liens entre la manière dont on qualifie (à partir de catégories médicales et/ou administratives) les enfants dont le comportement vis-à-vis de l'école est jugé problématique (agitation, violence / inhibition, retrait) et des enjeux familiaux, professionnels et plus largement sociaux. Du côté des enjeux familiaux et sociaux, Jean-Sébastien Eideliman et Maëlle Planche ont montré comment l'agitation chez de jeunes enfants peut conduire à des parcours administratifs, médicaux, familiaux et scolaires très différents en fonction des caractéristiques de la situation (séance 6) ; Florence Weber, Hervé Henry et Pauline Blum ont souligné les enjeux de mobilité sociale familiale pour les jeunes atteints de troubles psychiques (séance 7) ; enfin Maïa Fansten a analysé la manière dont sont considérées de nouvelles formes de retrait social et scolaire, à partir de la catégorie japonaise de *hikikomori* (séance 11). Du côté des enjeux professionnels et institutionnels, Stanislas Morel a présenté les enjeux des nouvelles formes de partenariat entre Éducation nationale et dispositifs de santé mentale (séance 9) ; pour finir, Rachel Gasparini a montré comment les professeurs des écoles faisaient face, seuls ou en s'appuyant sur des ressources institutionnelles, à la violence de certains enfants en maternelle (séance 12).

Résumé de la 2^e année :

Après une première année largement consacrée à des débats autour de la notion de médicalisation de l'échec scolaire et à l'exploration des liens entre le domaine de la santé et celui de l'école, cette deuxième année de séminaire s'est recentrée sur ce qui se passe au sein de l'école et sur la notion d'inclusion scolaire. En s'appuyant sur des travaux issus de différentes disciplines (histoire, sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation), les différents intervenants ont ainsi exploré la prise en compte du handicap à l'école dans différents contextes, de la classe ordinaire à des instituts spécialisés en passant par des dispositifs intermédiaires comme les classes d'inclusion. Au-delà de cette diversité des contextes de scolarisation, nous avons fait varier les âges (deux séances sur la maternelle, trois sur l'école primaire, trois sur le secondaire), les types de handicap (sensoriel, mental, psychique) et les contextes nationaux avec une séance sur les formes de collaboration entre psychologues et enseignants à Santiago du Chili.

Nous retenons de ces séances combien l'inclusion scolaire repose sur l'articulation entre des enjeux professionnels, des enjeux scolaires et des enjeux familiaux. La genèse du champ de prise en charge des enfants aujourd'hui appelés handicapés a été longue à se dessiner, depuis les premières classes de perfectionnement au tout début du XX^e siècle (comme l'a rappelé Monique Vial en détail lors de la première séance), les transformations profondes opérées sous le régime de Vichy (dont a parlé Michel Chauvière lors de la deuxième séance), le développement des politiques d'intégration à partir de 1975 (présenté dans l'intervention de Brigitte Belmont et d'Aliette Vérillon), jusqu'au panorama actuel de l'inclusion scolaire (présenté par Isabelle Ville). Cette genèse s'est opérée en plusieurs temps, chaque étape ajoutant à la précédente de nouveaux dispositifs, sans pour autant supprimer ce qui existait auparavant et qui reposait sur des champs et des réseaux professionnels déjà bien établis. De nouveaux métiers sont régulièrement créés, comme récemment les enseignants-référents, chargés de faire le lien entre écoles et Maisons départementales des personnes handicapées (profession présentée par Mathieu Laville lors de la septième séance), avec une grande variation des formations et des configurations d'un pays à l'autre (comme le montre le cas chilien présenté par Esteban Radiszcz). Pour les enseignants, l'accueil d'enfants handicapés crée aussi de nombreux bouleversements professionnels et identitaires, comme l'ont détaillé les interventions de Diane Bedoin et de Brigitte Belmont et Aliette Vérillon. Ces enjeux professionnels doivent s'articuler aux enjeux personnels et familiaux des jeunes accueillis dans ces dispositifs, qui ont été au cœur des trois séances suivantes, à travers les cas des grands adolescents confrontés à des troubles psychiques (présenté par Claude Martin et Céline Rothé), des jeunes ayant des troubles du comportement (étudiés par Annabelle Allouch et Hélène Buisson-Fenet) et des

jeunes présentant un retard mental (enquêtés par Godefroy Lansade dans le cadre de divers dispositifs d'inclusion scolaire). Enfin, les deux dernières séances ont été l'occasion d'une réflexion plus générale sur les parcours des enfants entre ces divers dispositifs, en prenant l'exemple des ITEP dans le cas de la présentation d'Audrey Parron et Melaine Cervera et en présentant ces questions d'un point de vue plus général dans la dernière séance conclusive, construite à partir des travaux actuels de Sofia Rosman et d'Isabelle Ville.

d) Organisation d'une journée d'étude liée au projet

Journée d'étude - Enfance et santé mentale

Vendredi 4 décembre 2015 – Université Paris Descartes

CERMES3 / CeRIES

Argument

Avec l'extension et la diversification des dispositifs de santé mentale destinés aux enfants depuis les années 1970 en France, de nouvelles relations se sont développées entre centres de soin et écoles, entre parents et professionnels, entre soignants et travailleurs sociaux. Ces transformations s'inscrivent dans une pluralité de processus, comme le changement de regard sur l'échec scolaire, de plus en plus vu comme la conséquence de troubles psychiques ou développementaux, l'accent mis sur l'importance du développement affectif et psychique de l'enfant, en lien avec la demande croissante d'autonomie et de capacités d'adaptation dans de nombreux secteurs de la vie sociale et professionnelle. Le passage d'un enfant par un dispositif de santé mentale peut ainsi se faire pour des raisons très diverses (difficultés dans les apprentissages, difficultés relationnelles, troubles du comportement, angoisses...); quels sont ses effets sur le parcours de l'enfant, saisi dans ses différentes dimensions (scolaire, médicale, familiale) ?

Nous proposons lors de cette journée de nous pencher sur les parcours d'enfants qui présentent des troubles dont la qualification est controversée (retrait social, troubles du développement, hyperactivité...), d'une part parce que différentes approches professionnelles s'opposent avec force pour les définir et les traiter, d'autre part parce qu'ils sont facilement suspectés par les profanes d'être de « faux troubles », créés de toutes pièces par des professionnels excessivement zélés ou des parents négligents. Trois axes d'analyse pourront être particulièrement explorés :

- Comment se construit le parcours institutionnel de l'enfant ? Comment ce dernier entre-t-il en contact avec les dispositifs de santé mentale ? Comment comprendre les ruptures,

les tournants, les orientations qui jalonnent les parcours ? À travers différentes études de cas, on peut tâcher de lire le parcours institutionnel de l'enfant comme le résultat de processus macrosociaux (histoire de la pédopsychiatrie, évolution des politiques et des dispositifs de santé mentale, configuration de l'offre de soins, état du débat scientifique) et de processus microsociaux (dynamiques familiales, spécificité d'une structure voire d'un soignant, réseau local des relations entre écoles et centres de soin).

- Comment ce parcours institutionnel interagit-il avec d'autres dimensions de son parcours de vie, à savoir son histoire familiale, son parcours scolaire, sa trajectoire sociale, ou ses qualifications médicales éventuelles ? On cherchera ainsi à resituer les prises en charge institutionnelles dans une perspective plus large, en prenant en compte la manière dont s'imbriquent les différentes sphères dans lesquelles évolue l'enfant. Les ruptures sur un plan (un changement de prise en charge par exemple) sont-elles liées à des ruptures sur d'autres plans (familiaux, scolaires, médicaux) ?
- On s'intéressera enfin aux effets de chaque séquence institutionnelle en termes de socialisation, en fonction des pratiques de soin mises en œuvre, de la formation et de l'origine sociale des professionnels et du profil (médical autant que social) des enfants accueillis. Les professionnels oscillent souvent entre la croyance qu'ils peuvent transformer les enfants qu'ils accueillent et une forme de fatalisme par rapport aux « carences » observées et aux effets des troubles psychiques. Quels sont les effets de la socialisation des professionnels de santé, qui peuvent être porteurs de normes très différentes de celles des parents ? D'autre part, quelle socialisation est induite par le regroupement d'enfants suivis pour différents troubles ?

Ces questions soulèvent également des enjeux de méthode, communs aux différentes recherches exposées, que l'on peut regrouper en quatre ensembles :

- Comment saisir des parcours en sociologie ? De quels outils dispose-t-on pour les modéliser, pour les approcher à différentes échelles ? Comment articuler des matériaux aussi divers que ceux qui peuvent être collectés par des récits de vie, des observations de pratiques et un recueil de données standardisées ?

- Comment prendre en compte la dimension locale et penser les trajectoires des enfants en lien avec la configuration locale des liens entre écoles et centres de soins, familles et travail social, ou entre professionnels de santé aux orientations divergentes ?
- Quels sont les effets de commencer l'enquête plutôt par les centres de soin, par les écoles ou par les familles ? Ou encore de définir l'objet d'étude à partir d'une catégorie diagnostique, d'un problème scolaire, d'un âge donné ou encore d'une situation familiale particulière ?
- Comment prendre en compte les différents points de vue (profanes et professionnels), en particulier celui des enfants eux-mêmes ? Cela pose des problèmes à la fois de méthode et d'éthique qui sont particulièrement aigus lorsque l'on croise les thématiques de la santé mentale, de l'enfance et des interactions entre familles et professionnels. Par ailleurs, on peut réfléchir à l'injonction actuelle, provenant notamment du développement de la sociologie de l'enfance, à rendre compte du point de vue des enfants, qui est difficilement conciliable avec les impératifs éthiques de plus en plus pressants lorsque l'on travaille sur des personnes « vulnérables ».

Programme

Vendredi 4 décembre 2015

Salle J536, Paris Descartes, 45 rue des Saints-Pères, Paris 6e

9h - 9h30 : Accueil

9h30 - 10h : Introduction - Aude Béliard (Université Paris Descartes - CERMES3) et Alain Ehrenberg (CNRS - CERMES3)

10h - 12h45 : Première session : Parcours institutionnels, travail clinique et socialisation

Présidente de séance et modératrice : Nadia Garnoussi (Université Lille 3 - CeRIES)

10h - 10h30 : Jean-Sébastien Eideliman (Université Lille 3 - CeRIES / CERMES3).

Répondre à la demande ? Étude monographique d'un hôpital de jour pour enfants agités

10h30 – 11h : Livia Velpry (Université Paris 8 - CERMES3).

Contrainte, sécurité et soin : intervenir sur les troubles du comportement sévères d'enfants atteints de troubles autistiques

11h - 11h15 : Pause

11h 15- 11h45 : Isabelle Coutant (CNRS - IRIS).

Non conformes. Faire de la psychiatrie pour adolescents dans une banlieue difficile.

11h45 - 12h45 : Discussion générale - Cristina Figueiredo (Université Paris Descartes - EDA)

12h45 - 14h : Pause déjeuner

14h-16h45 : Deuxième session : Des parcours au croisement de différentes sphères (famille, école, santé mentale, travail social)

Président de séance et modérateur : Jacques Rodriguez (Université Lille 3 - CeRIES)

14h - 14h30 : Maëlle Planche (CERMES3).

« Pour lui, il faudrait autre chose ». De l'incertitude diagnostique aux décisions sur la prise en charge et la scolarité d'un enfant remuant

14h30 - 15h : Vanessa Stettinger (Université Lille 3 - CeRIES).

Du social au médical. La trajectoire agitée d'un enfant et de sa mère.

15h - 15h15 : Pause

15h15 - 15h45 : Simeng Wang (CEPED).

Lorsque l'incertitude médicale croise l'incertitude migratoire. Le cas des parcours institutionnels d'enfants d'origine chinoise à Paris.

15h45 - 16h45 : Discussion générale - Stanislas Morel (Université de Saint-Étienne - ECP)

Comité d'organisation : Béliard A., Caradec V., Ehrenberg A. et Eideliman J.-S.

Annexe 2 : Développement d'un réseau de recherche

Depuis 2014, différentes équipes de chercheurs en sciences sociales (sociologues, anthropologues, psychologues) dans plusieurs pays d'Europe et d'Amérique Latine ont mené des recherches convergentes. Les enquêtes empiriques ont été réalisées dans différents contextes locaux (Paris et Lille en France, Stockholm en Suède, Santos et Campinas au Brésil, Santiago au Chili) autour de la prise en charge d'enfants qui présentent des problèmes d'agitation voire des troubles dont la qualification est controversée (hyperactivité, hyperkinésie, troubles du comportement, TDA/H...). Ces recherches ont été développées dans le cadre de projets distincts, mais s'inscrivent dans un questionnement commun autour de quatre axes :

- Une analyse des politiques publiques, des configurations d'offres professionnelles (santé, éducation, protection sociale) et des régulations institutionnelles et juridiques.
- Une approche ethnographique dans les institutions de santé et d'éducation.
- La reconstruction et l'analyse des trajectoires des enfants considérés comme agités.
- Une réflexion sur les enjeux méthodologiques

Le *workshop international « Enfants agités, parcours mouvementés. Vers une comparaison entre Europe et Amérique du sud »* qui s'est tenu à Paris en janvier 2017 s'est appuyé sur les recherches empiriques menées dans ces différents contextes (voir ci-dessous le programme du workshop). Financé en partie dans le cadre du projet SAGE financé par l'IRESP, associé au Collectif Contrast, financé par l'ANR, il a permis de mettre en œuvre une première étape de réflexion comparative.

Le workshop a répondu à un double objectif, qui s'inscrit dans la perspective de développer à terme une recherche comparative de plus grande ampleur. Dans un premier temps, il a permis de partager les résultats des recherches menées localement, sur les quatre axes communs. En outre, les résultats des différentes recherches et la description du réseau des acteurs, des contextes et des pratiques (qui ? où ? comment ?), ont montré qu'on peut ainsi lire les problèmes d'agitation, ainsi que les parcours des enfants, comme le résultat de processus macrosociaux (histoire de la pédopsychiatrie, évolution des politiques et des dispositifs de santé mentale, configuration de l'offre de soins, état du débat scientifique) et microsociaux (dynamiques familiales, spécificité d'une structure institutionnelle, réseau local des relations entre écoles et

centres de soin). Dans un second temps, la discussion collective a donc fait émerger des pistes d'analyse comparative, sous forme de questions ou d'hypothèses.

À l'issue du workshop et au vu de la richesse des échanges et de la dynamique collective, nous avons décidé de la création d'un réseau, afin de poursuivre la collaboration entre les équipes présentes.

Le réseau « Enfants agités, parcours mouvementés » poursuit **deux principaux objectifs**.

- Mener à son terme le travail d'analyse comparative déjà engagé entre les différentes équipes et en assurer une large diffusion par des publications collectives et une valorisation auprès des professionnels dans les différents pays.
- Constituer un réseau pérenne de recherche en sciences sociales sur les problématiques d'agitation des enfants, envisagées notamment dans une perspective comparative en Europe et en Amérique Latine.

L'originalité de la réflexion menée au sein du réseau est de s'organiser en cinq pistes de recherches transversales qui ont émergé des discussions lors du premier workshop :

- *De l'hyperactivité aux problèmes d'attention et d'agitation*. Alors que beaucoup de recherches de sciences sociales portant sur ces questions partent de diagnostics, en particulier du diagnostic de TDA/H, nous pensons qu'il est heuristique de partir des problèmes rencontrés par les enfants ou qui se posent aux adultes qui les entourent, l'engagement dans un processus diagnostique étant une des réponses possibles non exclusive d'autres « traitements » du problème.
- *Médicalisation et démedicalisation*. Les différentes enquêtes de terrain ont montré que la question de la médicalisation de ces difficultés, au moyen notamment de l'usage de médicaments à base de méthylphénidate, est bien plus complexe qu'il n'y paraît au premier abord. D'une part, le traitement médicamenteux est loin d'être le seul traitement possible ; d'autre part, la médicalisation en tant que transformation du quotidien par une vision médicale des troubles ne s'opère pas forcément davantage par une prescription de médicaments que par d'autres modes de prise en charge.
- *Appartenances sociales et inégalités*. Il ressort également de manière forte des différentes données recueillies que les appartenances sociales des familles pèsent lourdement sur la forme que prennent les parcours scolaires et médicaux des enfants

« agités ». Pour autant, les conséquences de ces effets en termes d'inégalités sociales, que l'on pourrait rapidement présumer, sont très délicates à cerner. Dans bien des cas, il apparaît que la diversité des parcours liée aux appartenances sociales ne se laisse pas aisément réduire à une analyse en termes de « gagnants » et de « perdants ». Par exemple, en raison des controverses suscitées par le recours aux médicaments, accéder rapidement à une prescription de méthylphénidate ne peut être traité comme un indicateur d'inégalités sociales dans les parcours des enfants.

- *Agitation et genre.* De même, il apparaît clairement que les différences de genre pèsent sur les parcours, aussi bien au moment de la mise en évidence de troubles considérés comme pathologiques qu'à celui de la prise de décision pour mettre en œuvre une prescription, une orientation ou une prise en charge particulière. Là encore, l'analyse est difficile car beaucoup d'éléments varient en même temps : les filles sont à la fois moins nombreuses, moins décrites en termes d'agitation (et plus en termes de difficultés d'attention notamment) et moins concernées par la seule problématique scolaire. Au Chili, par exemple, on observe que la naturalisation du diagnostic de TDA/H est plus fréquente, une fois adultes, chez les femmes ayant été diagnostiquées dans leur enfance, les hommes ayant tendance à remettre en question la catégorie et à penser en termes de différence potentiellement créatrice.
- *Familles et professionnels.* La dernière piste que nous souhaitons creuser concerne la manière dont les relations se nouent et se développent entre les familles et une diversité de professionnels rencontrés, dans les domaines de l'éducation, de la santé et du travail social. Là encore, les différences structurelles entre contextes nationaux sont importantes. Mais au-delà de ces différences et de la manière dont les professions se sont institutionnalisées de manières diverses ici et là, nous souhaitons aussi comprendre comment les alliances et les collaborations entre différentes familles et ces professionnels se mettent en place.

La structuration de ce réseau de recherche passe par l'organisation d'échanges réguliers, qui permettront de renforcer et de développer les liens existants entre les équipes des différents pays. Nous envisageons ainsi d'organiser :

- **Deux conférences-ateliers** réunissant des membres de toutes les équipes, l'une au Brésil début septembre 2018 et la seconde au Chili début novembre 2018. Au Chili, deux jours « fermés » seront consacrés à l'analyse comparative, centrée sur l'approfondissement des cinq pistes de recherche qui ont émergé lors du premier

workshop à Paris. Ensuite, deux jours seront dédiés à l'organisation d'un **nouveau workshop**, largement ouvert au public, notamment aux professionnels et aux étudiants de Santiago du Chili. Au Brésil, il s'agira de préparer ce deuxième workshop en alternant séances fermées de travail et discussion avec les partenaires locaux.

- **Trois séjours de recherche** croisés réuniront des membres de plusieurs équipes. D'une durée d'une semaine, deux de ces séjours seront articulés aux conférences-ateliers qui viennent d'être présentées. Les chercheurs réaliseront aussi des visites de sites d'enquête et un travail d'écriture commun, qui aboutira à la publication d'un ouvrage collectif, en français et en espagnol (un éditeur espagnol est déjà preneur du futur manuscrit), mais aussi à l'élaboration de projets de recherche comparatifs. Le premier de ces séjours se déroulera en France en juin 2018.
- Enfin, un troisième **workshop** sera organisé autour de la sortie de la publication collective à venir, en Suède en 2019.

Pour entretenir les collaborations à distance, nous organisons d'ores-et-déjà des échanges mensuels à distance via une plateforme internet et nous sommes en train de monter un **site internet** disponible en plusieurs langues pour faciliter la diffusion et l'échange d'informations et de connaissances entre les équipes, avec leurs partenaires et plus largement avec toutes les personnes intéressées.

Le réseau « Enfants agités, parcours mouvementés » s'inscrit dans une dynamique scientifique et institutionnelle porteuse qui assure sa faisabilité et renforce sa structuration. D'une part, le réseau s'appuie sur une collaboration avec un groupe de jeunes chercheurs en cours de constitution qui s'intéresse à la santé mentale globale en Amérique Latine. Le groupe PLASMA, pour Platform for Social Research on Mental Health in Latin America (<https://plasmaworkshop2017.wixsite.com/paris>), s'est réuni pour la première fois à Paris en juin 2017 et a mobilisé plusieurs membres du réseau « Enfants agités, parcours mouvementés ». D'autre part, le réseau profitera des liens institutionnels qui s'établissent actuellement entre le CERMES3 (laboratoire porteur de l'équipe 1) et le Department of Global Health & Social Medicine du King's College à Londres, au Royaume-Uni, qui visent à développer les liens entre l'Europe et l'Amérique Latine autour des recherches en santé mentale.

Workshop

« Enfants agités, parcours mouvementés.

Vers une comparaison entre Europe et Amérique du sud »

Brésil – Chili – France – Suède

Université Paris Descartes, 45 rue des Saints-Pères, Paris 6^e, salle J536 (Bâtiment Jacob).

Mardi 24 janvier 2017

8h30-9h30 : Accueil, ouverture et présentation du workshop

9h30-11h : Focus 1. Esteban Radiszcz (Psychologue, LaPSoS, Universidad de Chile), Gabriel Abarca (Psychologue, LaPSoS, Universidad de Chile), Hugo Sir (Psychologue, LaPSoS, Universidad de Chile) et Pia Uribe (Anthropologue, LaPSoS, Universidad de Chile), « Trajectoires du malaise d'enfants diagnostiqués TDA/H : expérience subjective et sociale d'une souffrance multiforme »

Pause

11h30-13h : Focus 2. Jean-Sébastien Eideliman (Sociologue, CeRIES, Université Lille 3), « Proximité clinique et distance sociale. Un hôpital de jour pour enfants agités à Paris » ; Aude Béliard (Sociologue, CERMES3, Université Paris Descartes), « Les enjeux de la reconnaissance d'un handicap dans les parcours des enfants agités en France »

13h-14h : Pause déjeuner

14h-15h30 : Focus 3. Noam Ringer (Psychologue, Stockholms Universitet), « Three perspectives in conflict - ADHD in Sweden »

Pause

16h-17h30 : Focus 4. Eunice Nakamura (Anthropologue, LICHSS, Universidade Federal de São Paulo) and Tatiana de Andrade Barbarini (Sociologue, Universidade Federal de São Paulo) « Agitation in child mental health services and in schools in Santos and Campinas, Brazil: concepts, care demands and referrals »

Mercredi 25 janvier 201

8h30-9h : Accueil

9h-10h30 : Parcours médical, parcours scolaire, parcours institutionnel

Eunice Nakamura (Anthropologue, LICHSS, Universidade Federal de São Paulo) and Tatiana de Andrade Barbarini (Sociologue, Universidade Federal de São Paulo), « Care demands and referrals: networks and flows »

Pablo Reyes (Psychologue, LaPSoS, Universidad de Chile) et Gabriela Jauregui (Psychologue, LaPSoS, Universidad de Chile), « Expériences du TDA/H à Santiago du Chili : une étude exploratoire des trajectoires de deux élèves »

Aude Béliard (Sociologue, CERMES3, Université Paris Descartes), Jean-Sébastien Eideliman (Sociologue, CeRIES, Université Lille 3), Maëlle Planche (Sociologue, CERMES3, Université Paris Descartes), Maia Fansten (Sociologue, CERMES3, Université Paris Descartes), Nadia Garnoussi (Sociologue, CeRIES, Université Lille 3) et Sarra Mougel (Sociologue, CERLIS, Université Paris Descartes) : « Les effets du diagnostic de TDA/H sur les parcours des enfants dits agités »

Discussion introduite par Ana Marques (Sociologue, EPS de Ville-Evrard, Collectif Contrast)

Pause

11h-12h30 : Perspectives croisées 2 : Prendre en compte le point de vue des enfants

Eunice Nakamura (Anthropologue, LICHSS, Universidade Federal de São Paulo) and Tatiana de Andrade Barbarini (Sociologue, Universidade Federal de São Paulo), « Children as social actors: the concept of agency in the childhood studies »

Isis Castaneda (Psychologue, LaPSoS, Universidad de Chile) et Pablo Cottet (Psychologue, LaPSoS, Universidad de Chile), « L'enfance à l'école comme point de vue ou les politiques de l'attention »

Discussion introduite par Wilfried Lignier (Sociologue, CNRS, CESSP-CSE)

12h30-14h : Pause déjeuner

14h-16h : Perspectives croisées 3 : Répondre à l'agitation. Les pratiques professionnelles et leurs régulations

Sebastian Rojas (Sociologue, King's College), « Pharmaceutical entanglements: The multiple determinants of ADHD medication effects in a high income school in Santiago »

Anders Gustavsson (Sociologue, Stockholms Universitet) and Noam Ringer ((Psychologue, Stockholms Universitet)), « Societal structures and ADHD institutions »

Livia Velpry (Sociologue, CERMES3, Université Paris 8, Collectif Contrast), « Réguler les pratiques en situation d'agitation extrême : formalisation des gestes et réflexivité »

Céline Borelle (Sociologue, CeRIES, Université Lille 3), Jean-Sébastien Eideliman (Sociologue, CeRIES, Université Lille 3), Maëlle Planche (Sociologue, CERMES3, Université Paris Descartes) et Amélie Turlais (Sociologue, CREF, Université Paris Ouest Nanterre La Défense) : « Les approches psychodynamiques dans les prises en charge des enfants agités »
Discussion introduite par Alice Le Goff (Philosophe, CERLIS, Université Paris Descartes)

Jeudi 26 janvier 2017

14h-16h : Table ronde : Pratiques professionnelles autour de l'agitation

Sandrine Bonneton (Psychiatre, CMP Alfred Binet, Maison des 5 Sens)

Yann Craus (Psychiatre, Centre hospitalier Sainte-Anne)

Bérengère Beauquier-Maccotta (Psychiatre, Hôpital Necker-enfants malades, CMP Tiphaine)

Natalie Bayle (Psychiatre, Centre Claude Bernard) et Didier Chaulet (psychomotricien, Centre Claude Bernard)

Discussion introduite par Jean-Sébastien Eideliman (Sociologue, Maître de conférences, CeRIES, Université Lille 3)

Entrée libre, inscription obligatoire auprès de : jean-sebastien.eideliman@univ-lille.fr



Annexe 3 : Perspectives de recherche

Dans le cadre du réseau international et interdisciplinaire qui vient d'être présenté, l'équipe française entend poursuivre ses travaux en élargissant les méthodes et les thématiques :

- Au-delà de la question de l'agitation infantile, nous souhaitons nous intéresser aux « comportements perturbants » des enfants, c'est-à-dire qui perturbent directement les interactions mais aussi les personnes qui y font face, du fait de la double difficulté à savoir comment y répondre et à les qualifier. Ces comportements « non-conformes » ou encore « problématiques » nous semblent une entrée pertinente car ils font d'emblée porter la réflexion sur les réactions sociales qu'ils suscitent plus que sur leur essence médicale.
- Nous proposons pour aborder ces situations de nouer des partenariats entre chercheurs en sciences humaines et sociales (sociologues, anthropologues, philosophes, historiens, politistes) et professionnels œuvrant dans le champ de la prise en charge de ces enfants (psychologues, pédopsychiatres, travailleurs sociaux).
- Nous souhaitons enfin pousser plus avant une combinaison des méthodes en approfondissant l'usage de techniques quantitatives via la mise sur pied d'une enquête prospective multicentrique à partir de l'expérience de la recherche SAGE.

Ces projets ont déjà débuté et reposent sur plusieurs garanties :

- Nous avons obtenu plusieurs financements, via Sorbonne-Paris-Cité, l'IRESP (à travers le soutien à la création du réseau de recherche) et un programme CONICYT pour l'équipe chilienne. Nous déposons actuellement un projet ANR France-Brésil pour renforcer les recherches de l'équipe brésilienne.
- Nous avons commencé à organiser à Paris une série de séminaires associant chercheurs en sciences humaines et sociales et professionnels de l'enfance. La première séance a eu lieu le 17 janvier 2018 et portait sur « Les comportements perturbateurs chez l'enfant. Contextes sociaux et approches cliniques ». Yannis Gansel, pédopsychiatre et anthropologue, a initié les échanges en présentant son travail sur les « adolescents difficiles ». La prochaine séance de ce cycle de présentations est prévue en juin 2018.
- Suite au workshop qui s'est tenu à Paris en janvier 2017, l'organisation du prochain, prévue à Santiago du Chili début novembre 2018, est déjà en bonne voie.

- La conception du site internet sur les enfants « non conformes » est en cours. Il permettra aux différentes équipes d'échanger des informations et des documents et de rassembler différents matériaux (textuels, sonores, photographiques, cinématographiques...) pour nourrir la réflexion d'ensemble.

Annexe 4 : Projet d'enquête prospective multicentrique

En nous appuyant sur les résultats de l'enquête SAGE et sur notre connaissance des données disponibles dans les centres de soin étudiés, nous avons été amenés à réfléchir à un nouvel outil, nécessaire pour pouvoir conduire une enquête prospective multicentrique et constituer à terme une base de données standardisée inédite sur les enfants aux comportements perturbants. Nous présentons ci-dessous une première version du cahier d'observation qui servira de base à ce recueil de données. Il a été élaboré à partir de ce que nous avons pu observer dans les différentes structures enquêtées jusqu'à présent et de réunions auxquelles plusieurs membres de l'équipe ont participé. Il a, par ailleurs, été testé dans deux CMP/CMPP et deux centres d'accueil, confirmant sa faisabilité (sous réserve que les centres eux-mêmes en soient parties prenantes et acceptent de s'engager dans un projet de ce type).

- **Objectif du recueil : étudier le parcours de ces enfants et ce qui le fait varier**

- ➔ un recueil qui doit donc porter le plus possible sur des parcours (de la naissance au jour de l'enquête)
- ➔ parcours dans les suivis, mais aussi dans tout ce qui peut évoluer : environnement familial de l'enfant, scolarité, profil médico-psychologique, prises en charge...

- **Mode de recueil des données envisagé**

Deux sources sont à combiner selon l'accessibilité des informations :

- ➔ les dossiers mis à disposition des enquêteurs par les centres de soins
- ➔ les professionnels des centres étudiés (en particulier pour compléter les relevés sur le profil et le suivi des enfants accueillis)

- **Critères d'inclusion**

- ➔ des enfants âgés de 6 à 14 ans au jour de l'enquête
- ➔ identifiés au moins une fois par leur famille et/ou par les professionnels comme « agités » (ou « hyperactifs », « turbulents », « remuants », « violents » ou

« hyperkinétiques », « inhibés » (ou « en retrait », « mutiques », « isolés », « sociaux ») ou encore « troubles » (ou « en difficulté dans les relations sociales », « perturbants », « problématiques »).

➔ et suivis régulièrement (depuis au moins trois mois) par la structure (CMP, CMPP, centre d'accueil, hôpital de jour ou de semaine...).

- **Nombre de dossiers par centre (N=200)**

Une trentaine sur 6 ou 7 centres (pour arriver à au moins 200 dossiers).

- **Mode de sélection des dossiers**

➔ Prendre en compte l'ensemble des dossiers concernés par un problème d'agitation, d'inhibition ou de désajustement sur les trois dernières années pleines, puis tirer au hasard 30 dossiers dans chaque centre de façon à ne retenir que ceux pour lesquels un item correspondant à ces situations (ou un terme assimilé) a été cité au moins une fois.

➔ En cas d'impossibilité d'accéder à tous les dossiers, demander aux professionnels de nous orienter vers certains dossiers (dans ce cas, veiller à ce qu'ils ne sélectionnent pas uniquement les cas qui leur semblent les plus intéressants à leurs yeux : les plus lourds ou les plus atypiques par exemple).

Cahier d'observation

A/ Structure dans laquelle le recueil de données est effectué

- 1) Centre de soins (liste anonymisée) : 1 4 7
 2 5 8
 3 6 9

- 2) Qui a identifié ce dossier comme étant celui d'un enfant « agité » (ou équivalent, cf. liste page 1) :

- 1 Un professionnel de la structure enquêtée (dans ses écrits)
 2 Les parents de cet enfant (dans leurs propos rapportés dans les dossiers)
 3 Les deux : professionnels et parents

Initiales de l'enquêteur : _____

B/ Dossier sur lequel des informations sont recueillies

- 1) Numéro (fictif) : !__!__!__! (ex : 1 0 1 : numéro du centre, puis rang dans l'enquête : 01 02 03 etc..) (à noter dans un tableau à part avec le numéro réel du dossier)


- 2) Date à laquelle ce dossier est codé (mois, année) : !__!__! !__!__!__!__!

- 3) Date du 1er appel reçu par le centre pour cet enfant (mois, année) : !__!__! !__!__!__!__! Ne sait pas

- 4) Date de la 1ère entrevue (pré admission) (mois, année) : !__!__! !__!__!__!__! Ne sait pas

- 5) Date de début de prise en charge par ce centre (mois, année) : !__!__! !__!__!__!__! Ne sait pas

- 6) Date de la dernière venue de l'enfant dans ce centre (mois, année) : !__!__! !__!__!__!__! Ne sait pas

- 7) Suivi :  1 Terminé 2 En cours 3 En suspens 4 Ne sait pas

- Si suivi terminé, motif : 1 Conflit professionnels/famille
 2 Déménagement
 3 Atténuation des troubles
 4 Augmentation des troubles
 5 Age limite atteint
 6 Autre motif (précisez : _____)
 7 Ne sait pas

C/ Info socio-démographiques sur l'enfant et ses parents au jour de l'enquête

- Sexe de l'enfant : 1 Garçon 2 Fille

Mois et année naissance : !__!__! !__!__!__!__! Ne sait pas

Pays de naissance : _____

Ville de résidence : _____ Si Paris, arrondissement : _____

Enfant adopté : 1 Oui. Année d'adoption : !__!__!__!__!

2 Non

3 Ne sait pas

- 1) SON PERE : Année de naissance : !__!__!__!__! Ne sait pas
Pays de naissance : _____ Nationalité : _____

Père décédé : 1 Oui. Année de décès : !__!__!__!__!

2 Non

3 Ne sait pas

Profession ou dernière profession exercée (être assez précis) : _____

Activité professionnelle au jour de l'enquête :

- 1 Travail (précisez le taux : 20 à 100% : _____% Ne sait pas)
- 2 En formation
- 3 Au chômage
- 4 À la retraite
- 5 Autres inactifs (entourez : au foyer, congé parental, invalidité, longue maladie, prison...)
- 6 Ne sait pas

Informations importantes connues sur la **trajectoire professionnelle** du père (changements fréquents d'emploi, longues périodes de chômage, reconversion...) (datez si possible ces éléments : mois, année) :

2) SA MERE : Année de naissance : _____ !__!__!__!__! Ne sait pas
 Pays de naissance : _____ Nationalité : _____

Mère décédée : 1 Oui. Année de décès : !__!__!__!__!
 2 Non
 3 Ne sait pas

Profession ou dernière profession exercée (être assez précis) : _____

Activité professionnelle au jour de l'enquête :

- 1 Travail (précisez le taux : 20 à 100% : _____% Ne sait pas)
- 2 En formation
- 3 Au chômage
- 4 À la retraite
- 5 Autres inactifs (entourez : au foyer, congé parental, invalidité, longue maladie, prison...)
- 6 Ne sait pas

Informations importantes connues sur la **trajectoire professionnelle** de la mère (changements fréquents d'emploi, longues périodes de chômage, reconversion...) (datez si possible ces éléments : mois, année) :

D/ Environnement dans lequel vit l'enfant au jour de l'enquête

1) Situation matrimoniale des parents : 1 Mariés / pacsés / en couple
 2 Ensemble, mais vivant séparément
 3 Divorcés/séparés. Année : !__!__!__!__!

2) Autorité parentale : 1 Les deux parents
 2 Le père uniquement
 3 La mère uniquement
 4 Une Aide Sociale à l'Enfance (ASE)
 5 Un autre tiers. Précisez : _____

3) Nombre de : - frères et sœurs : !__!
 - demi-frères et demi-sœurs : !__! Ne sait pas
 Ne sait pas

Année de naissance et le cas échéant, de décès	1er enfant	2ème enfant	3ème enfant	4ème enfant	5ème enfant
Frères					
Sœurs					
Demi-frères					
Demi-sœurs					

4) Avec qui vit habituellement l'enfant ?

	Avec frères/sœurs	Avec demi-frères/sœurs
<input type="checkbox"/> 1 Ses deux parents ensemble	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> 2 Ses deux parents alternativement (garde alternée et de durée égale)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> 3 Sa mère principalement (répartition : _____)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> 4 Son père principalement (répartition : _____)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> 5 Un proche : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> 6 Une famille d'accueil : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> 7 Une structure : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
<input type="checkbox"/> 8 Autre : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP

Si l'enfant ne vit pas avec ses deux parents ensemble, ces derniers ont-ils un nouveau conjoint ?

- 1 Non, aucun des deux n'a refait sa vie
- 2 Oui, le père fréquente quelqu'un
- 3 Oui, la mère fréquente quelqu'un
- 4 Ne sait pas

5) D'autres personnes du foyer sont-elles suivies (ou ont-elles été suivies) en santé mentale ?

- 1 Non
- 2 Oui, son père et/ou sa mère (cela fait-il suite au suivi de l'enfant ? Oui Non NSP)
- 3 Oui, un ou plusieurs frères/sœurs (cela fait-il suite au suivi de l'enfant ? Oui Non NSP)
- 4 Ne sait pas

6) Autres informations importantes connues sur la trajectoire familiale de l'enfant (maladie, accident ou décès dans la famille, violence conjugale ou maltraitance avérées, séparation conflictuelle des parents, divorce en cours, précarité du foyer...) (datez si possible ces éléments : mois, année) : _____

E/ Scolarité de l'enfant au jour de l'enquête

1) Situation actuelle de l'enfant vis-à-vis de l'école (plusieurs réponses possible) :

<input type="checkbox"/> 1 Non scolarisé <input type="checkbox"/> 1 N'a jamais été scolarisé <input type="checkbox"/> 2 Déscolarisé depuis moins d'un an <input type="checkbox"/> 3 Déscolarisé depuis plus d'un an <input type="checkbox"/> 4 Ne sait pas	Motif de la non-scolarisation : _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Si déscolarisation, dernière classe fréquentée : Maternelle : <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS de maternelle Primaire : <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 Collège : <input type="checkbox"/> 6ème <input type="checkbox"/> 5ème <input type="checkbox"/> 4ème <input type="checkbox"/> 3ème
<input type="checkbox"/> 2 Scolarisé dans une école ordinaire Statut de l'école : <input type="checkbox"/> 1 Publique <input type="checkbox"/> 2 Privée <input type="checkbox"/> 3 Ne sait pas (précisez le nom de l'école : _____)	Classe fréquentée : Maternelle : <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS de maternelle Primaire : <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 Collège : <input type="checkbox"/> 6ème <input type="checkbox"/> 5ème <input type="checkbox"/> 4ème <input type="checkbox"/> 3ème Temps de présence à l'école par semaine : <input type="checkbox"/> 1 Temps plein <input type="checkbox"/> 2 Temps partiel (précisez : !__!__! demi-journées)

<p>Statut de la classe :</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Classe classique</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Classe spécialisée (ULIS)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ne sait pas</p>	<p>Aides réelles reçues actuellement :</p> <p>- 1) Une AVS pendant les cours : <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Ne sait pas</p> <p>→ Si oui :</p> <p>a/ Depuis (mois année) : !__!__! !__!__!__!__!</p> <p>b/ Nombre d'heures par semaine : !__!__!</p> <p>c/ AVS <input type="checkbox"/> 1 individuelle <input type="checkbox"/> 2 mutualisée</p> <p>d/ AVS notifiée par la MDPH pour cet enfant 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Ne sait pas</p> <p>→ Si non :</p> <p>a/ A-t-il déjà eu une AVS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP Si oui, pendant combien de mois ? !__!__! et motif de cet arrêt : _____</p> <p>b/ AVS notifiée par la MDPH pour cet enfant 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Ne sait pas</p> <p>- 2) Des cours de soutien à l'extérieur de l'école : 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Ne sait pas</p> <p>- 3) Un aménagement (moins de devoirs, tiers-temps...) 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Ne sait pas</p>
<p><input type="checkbox"/> 3 Suivi par un Institut</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Institut Médico-Educatif (IME)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Institut Thérapeutique (ITEP)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Autre institut : _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Ne sait pas</p>	<p>Scolarisation à l'institut : <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Ne sait pas</p> <p>Si oui : Niveau scolaire : _____ ou de groupe : <input type="checkbox"/> 1 Petits <input type="checkbox"/> 2 Moyens <input type="checkbox"/> 3 Grands <input type="checkbox"/> 4 Aucun groupe identifié <input type="checkbox"/> 5 Ne sait pas</p> <p>et Nombre de demi-journées de cours délivrées par l'institut à cet enfant par semaine : !__!__!</p>
<p><input type="checkbox"/> 4 Suivi par un hôpital</p> <p><input type="checkbox"/> 1 de jour</p> <p><input type="checkbox"/> 2 de semaine</p> <p><input type="checkbox"/> 3 classique (J/N, semaine/WE)</p>	<p>Scolarisation à l'hôpital : <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Ne sait pas</p> <p>Si oui : Niveau scolaire : _____ ou de groupe : <input type="checkbox"/> 1 Petits <input type="checkbox"/> 2 Moyens <input type="checkbox"/> 3 Grands <input type="checkbox"/> 4 Aucun groupe identifié <input type="checkbox"/> 5 Ne sait pas</p> <p>et Nombre d'heures de cours suivies par semaine par l'enfant à l'hôpital : !__!__!</p>
<p><input type="checkbox"/> 5 Scolarisé à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Depuis moins d'un an</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Depuis plus d'un an</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ne sait pas</p>	<p>Niveau d'étude : Maternelle : <input type="checkbox"/> Petite <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Grande Section Primaire : <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 Collège : <input type="checkbox"/> 6ème <input type="checkbox"/> 5ème <input type="checkbox"/> 4ème <input type="checkbox"/> 3ème</p> <p>Cours par correspondance : <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non <input type="checkbox"/> 3 Ne sait pas</p> <p>Personne qui délivre les cours : <input type="checkbox"/> 1 Les parents <input type="checkbox"/> 2 Une association d'aide aux enfants en difficultés <input type="checkbox"/> 3 Un professeur privé <input type="checkbox"/> 4 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 5 Ne sait pas</p>

F/ Profil médical et psycho-social de l'enfant au jour de l'enquête

1) Diagnostics et/ou problèmes de santé (mentale ou physique) notés dans le dossier de l'enfant (de sa naissance jusqu'au jour de l'enquête) (exemples : cancer, autisme, AVC, TDA/H, etc...) :

Diagnostiques et problèmes de santé	Age d'apparition	Fait par...	Fait pour...
		<input type="checkbox"/> 1 Un soignant de ce centre <input type="checkbox"/> 2 Un soignant d'un autre centre <input type="checkbox"/> 3 Un médecin de ville <input type="checkbox"/> 4 Un médecin hospitalier <input type="checkbox"/> 5 Un professionnel de l'école <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 Les professionnels entre eux <input type="checkbox"/> 2 Transition avec un autre centre <input type="checkbox"/> 3 La sécurité sociale <input type="checkbox"/> 4 La MDPH <input type="checkbox"/> 5 L'éducation nationale <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas
		<input type="checkbox"/> 1 Un soignant de ce centre <input type="checkbox"/> 2 Un soignant d'un autre centre <input type="checkbox"/> 3 Un médecin de ville <input type="checkbox"/> 4 Un médecin hospitalier <input type="checkbox"/> 5 Un professionnel de l'école <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 Les professionnels entre eux <input type="checkbox"/> 2 Transition avec un autre centre <input type="checkbox"/> 3 La sécurité sociale <input type="checkbox"/> 4 La MDPH <input type="checkbox"/> 5 L'éducation nationale <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas
		<input type="checkbox"/> 1 Un soignant de ce centre <input type="checkbox"/> 2 Un soignant d'un autre centre <input type="checkbox"/> 3 Un médecin de ville <input type="checkbox"/> 4 Un médecin hospitalier <input type="checkbox"/> 5 Un professionnel de l'école <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 Les professionnels entre eux <input type="checkbox"/> 2 Transition avec un autre centre <input type="checkbox"/> 3 La sécurité sociale <input type="checkbox"/> 4 La MDPH <input type="checkbox"/> 5 L'éducation nationale <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas
		<input type="checkbox"/> 1 Un soignant de ce centre <input type="checkbox"/> 2 Un soignant d'un autre centre <input type="checkbox"/> 3 Un médecin de ville <input type="checkbox"/> 4 Un médecin hospitalier <input type="checkbox"/> 5 Un professionnel de l'école <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 Les professionnels entre eux <input type="checkbox"/> 2 Transition avec un autre centre <input type="checkbox"/> 3 La sécurité sociale <input type="checkbox"/> 4 La MDPH <input type="checkbox"/> 5 L'éducation nationale <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas
		<input type="checkbox"/> 1 Un soignant de ce centre <input type="checkbox"/> 2 Un soignant d'un autre centre <input type="checkbox"/> 3 Un médecin de ville <input type="checkbox"/> 4 Un médecin hospitalier <input type="checkbox"/> 5 Un professionnel de l'école <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas	<input type="checkbox"/> 1 Les professionnels entre eux <input type="checkbox"/> 2 Transition avec un autre centre <input type="checkbox"/> 3 La sécurité sociale <input type="checkbox"/> 4 La MDPH <input type="checkbox"/> 5 L'éducation nationale <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas

3) Profil psychologique et relationnel de l'enfant :

Age des premiers troubles du comportement : !__!__! ans

Items notés dans le dossier de l'enfant :

- 1 Problèmes relationnels (conflits, agressivité...)
- 2 Difficultés affectives ou émotionnelles (stress, anxiété, déprime...)
- 3 Difficultés cognitives (troubles spécifiques des apprentissages, retard mental...)
- 4 Problèmes de comportement (agitation, nervosité...)
- 5 Problèmes scolaires (manque de concentration, refus d'aller à l'école...)
- 6 Problèmes spécifiques (énurésie, encoprésie, trouble du sommeil, troubles de l'alimentation, psycho-somatisation, tics tocs...)
- 7 Evènements traumatiques (décès d'un parent, accident, divorce conflictuel...)
- 8 Mise en danger (conduite à risques, consommation de drogues, tentative de suicide...)
- 9 Autres éléments importants. Précisez _____

Structure	Durée	Motif de l'arrêt
2ème suivi : <input type="checkbox"/> Terminé <input type="checkbox"/> 1 Un CMP ou un CMPP <input type="checkbox"/> 2 Un CAPP, CATTP ou CAMP <input type="checkbox"/> 3 Un hôpital de jour <input type="checkbox"/> 4 Un hôpital de semaine <input type="checkbox"/> 5 Un cabinet libéral <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas	!__!__! mois ou !__! années	Si suivi terminé : <input type="checkbox"/> 1 Conflit professionnels/famille <input type="checkbox"/> 2 Déménagement <input type="checkbox"/> 3 Atténuation des troubles <input type="checkbox"/> 4 Augmentation des troubles <input type="checkbox"/> 5 Age limite atteint <input type="checkbox"/> 6 Autre motif (précisez : _____) <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas
3ème suivi : <input type="checkbox"/> Terminé <input type="checkbox"/> 1 Un CMP ou un CMPP <input type="checkbox"/> 2 Un CAPP, CATTP ou CAMP <input type="checkbox"/> 3 Un hôpital de jour <input type="checkbox"/> 4 Un hôpital de semaine <input type="checkbox"/> 5 Un cabinet libéral <input type="checkbox"/> 6 Autre : _____ <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas	!__!__! mois ou !__! années	Si suivi terminé : <input type="checkbox"/> 1 Conflit professionnels/famille <input type="checkbox"/> 2 Déménagement <input type="checkbox"/> 3 Atténuation des troubles <input type="checkbox"/> 4 Augmentation des troubles <input type="checkbox"/> 5 Age limite atteint <input type="checkbox"/> 6 Autre motif (précisez : _____) <input type="checkbox"/> 7 Ne sait pas

Examens :	<input type="checkbox"/> Bilan neurologique <input type="checkbox"/> Bilan psychiatrique <input type="checkbox"/> Bilan orthophonique <input type="checkbox"/> Bilan cognitif (WISC...) <input type="checkbox"/> Autres examens _____
Séances individuelles :	<input type="checkbox"/> Pédiopsychiatre <input type="checkbox"/> Neuropédiatre <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Psychomotricien <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Orthoptiste <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Autres séances individuelles : _____
Séances en ateliers collectifs :	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Médicaments (santé mentale)	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

2) Prise en charge ACTUELLE de l'enfant (depuis qu'il est suivi par ce centre) :

Premier RDV dans le centre enquêté :

Qui a alerté en premier sur les difficultés de l'enfant :

- 1 Un des parents (de sa propre initiative)
- 2 Un professionnel de santé
 - un médecin généraliste
 - un médecin spécialiste (spécialité : _____)
 - un autre soignant (profession : _____)
- 3 Un professionnel de l'école, à préciser :
 - un médecin ou une infirmière
 - un psychologue ou un psychiatre
 - une assistante sociale
 - un enseignant, un éducateur, le directeur
- 4 Un travailleur social
- 5 Quelqu'un d'autre (famille, amis...) : _____
- 6 Ne sait pas

Qui a adressé l'enfant vers ce centre :

- 1 Un des parents (de sa propre initiative)
- 2 Un professionnel de santé
 - un médecin généraliste
 - un médecin spécialiste : _____
 - un autre soignant : _____
- 3 Un professionnel de l'école, à préciser :
 - un médecin ou une infirmière
 - un psychologue ou un psychiatre
 - une assistante sociale
 - un enseignant, un éducateur, le directeur
- 4 Un travailleur social
- 5 Quelqu'un d'autre (famille, amis...) : _____
- 6 Ne sait pas

Qui a appelé ce centre pour un 1er RDV :

- 1 La mère
- 2 Le père
- 3 L'école
- 4 Un travailleur social
- 5 Un professionnel de santé : _____
- 6 Quelqu'un d'autre : _____
- 7 Ne sait pas

Motifs du début de prise en charge par le centre enquêté (tel que noté dans le dossier de l'enfant) :

Investissement des parents dans le suivi de leur enfant (l'accompagnent-ils au centre, viennent-ils aux entretiens que leur proposent les professionnels, ont-ils beaucoup de contacts avec eux... ?)

LE PERE	LA MERE
Investissement : <input type="checkbox"/> 1 Inexistant ou faible <input type="checkbox"/> 2 Moyen <input type="checkbox"/> 3 Important ou très important <input type="checkbox"/> 4 Ne sait pas	Investissement : <input type="checkbox"/> 1 Inexistant ou faible <input type="checkbox"/> 2 Moyen <input type="checkbox"/> 3 Important ou très important <input type="checkbox"/> 4 Ne sait pas

Le centre enquêté travaille-t-il en lien avec d'autres acteurs pour cet enfant (traces d'échange dans le dossier) ?

- Un (autre) CMP ou CMPP : 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas
- Un centre éducatif : 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas
- Un centre hospitalier : 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas
- Des professionnels libéraux : 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas
- Une PMI : 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas
- Une assistante sociale de secteur : 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

- D'autres acteurs : _____

3) Prise en charge ENVISAGÉE par le centre enquêté pour cet enfant (si noté dans son dossier) :

Prises en charge envisagées pour cet enfant (examens à réaliser à plus ou moins court terme, séances individuelles ou en ateliers à mettre en place, médicaments à prescrire pour atténuer les troubles...) notées dans son dossier :

- 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Si oui, précisez lesquelles :

H/ Prise en charge sociale de l'enfant par le centre enquêté

Ce dossier est-il suivi par une assistante sociale de centre ? 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Si oui :

- 1) Depuis quelle date (mois, année) ? !__!__! !__!__!__!__! Ne sait pas
- 2) Pour quels motifs (**plusieurs réponses possibles**) :
- 1 Une Information Préoccupante (IP)
 - 2 Un signalement
 - 3 Une mesure éducative
 - 4 Un autre motif (précisez _____)
 - 5 Ne sait pas
- 3) Décisions éventuelles prises : _____
-
-

Autres éléments utiles à la compréhension de l'histoire de vie de l'enfant, mais non relevés dans ce questionnaire (datez si possible ces éléments : mois, année) :

Déontologie et information des familles

Les sociologues respecteront scrupuleusement leur déontologie professionnelle, en protégeant l'anonymat et la confidentialité des personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête. La recherche dans son ensemble a fait l'objet d'une validation par un comité d'éthique (CERES, Université Paris Descartes ; N° IRB : 20142600001072).

La recherche proposée est non interventionnelle et ne nécessite de ce fait pas d'autorisation du CPP (Comité de protection des personnes). Les entretiens ne se dérouleront qu'avec des personnes volontaires et seront menés selon le principe de l'écoute bienveillante. Les chercheurs amenés à faire passer ces entretiens ont une longue pratique de l'enquête dans le champ de la santé mentale et auprès de proches d'enfants présentant des troubles psychiques. En nous appuyant sur nos précédentes enquêtes et sur les conventions passées dans le cadre de ce programme avec d'autres centres de santé, nous proposons les modalités suivantes :

- Demande de consentement signé avant chaque entretien
- Information des familles par voie d'affichage pour les observations de réunions ou de groupes. Les familles qui le souhaitent peuvent s'opposer à l'utilisation des données concernant leur enfant.
- Information des familles et demande d'autorisation en salle d'attente (ou avant d'entrer dans la salle de consultation) pour les observations de consultation.

Le travail dans les dossiers consistera en un relevé de données non identifiantes (nous ne relèverons ni le nom, ni l'adresse, ni la date de naissance, ni les coordonnées téléphoniques ou électroniques). Le recueil portera sur les informations socio-démographiques relatives aux patients et à leurs familles, le codage des pathologies ou troubles constatés et enfin sur des éléments du parcours de prise en charge (types de professionnels rencontrés, établissements de prise en charge etc.). Il sera fait de ce matériau un usage strictement statistique, qui d'une part fournira des données de cadrage pour mieux appréhender les entretiens qualitatifs, d'autre part permettra d'établir des corrélations pour étudier les parcours des enfants.

Les données seront conservées ou détruites de la manière suivante :

- Les enregistrements des entretiens seront détruits dans un délai de six mois après la fin de la convention, après retranscription et anonymisation. Jusqu'à leur destruction, ils seront conservés sur un unique ordinateur situé dans un laboratoire de recherche (le CERMES3), dans un dossier sécurisé.
- Les consentements signés seront conservés dans un tiroir fermé à clef d'un bureau du CERMES3.
- Les comptes-rendus d'observation seront immédiatement anonymisés et conservés sur un unique ordinateur situé au CERMES3, dans un dossier sécurisé.
- La base de données sera également conservée sur un unique ordinateur situé au CERMES3, dans un dossier sécurisé.

Les rapports et publications issus de cette recherche ne comporteront que des données anonymisées. Ils seront par ailleurs disponibles prioritairement pour l'ensemble des partenaires de la recherche.

Demande de consentement éclairé

Vous êtes invité(e) à participer à une étude sociologique menée par le laboratoire CERMES3 (Centre de recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Société – CNRS, Inserm, EHESS, Université Paris Descartes). Notre objectif est de mieux comprendre le travail du Centre XXX et l'expérience et les parcours des enfants et des familles qui y sont suivis. Comme notre déontologie nous l'impose, nous devons vous faire signer une telle demande de consentement éclairé.

Si vous acceptez de participer, nous aurons ensemble une conversation qui durera le temps que vous voudrez (habituellement environ une heure). Toute information recueillie dans le cadre de cette étude qui pourrait vous concerner restera strictement confidentielle. Votre nom ne sera jamais mentionné dans les comptes-rendus et rapports issus de cette étude. Vous êtes bien sûr libre de ne pas répondre à certaines questions, de mettre fin à la conversation quand vous le souhaitez et de refuser que celle-ci soit enregistrée.

Votre décision de participer ou non à cette étude n'aura aucune influence sur vos relations avec le Centre XXX. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous les poser. Si des questions vous viennent par la suite, vous pouvez toujours nous contacter ultérieurement (aude.beliard@parisdescartes.fr ou jean-sebastien.eideliman@univ-lille3.fr).

Vous devez maintenant choisir de participer ou non à notre étude. Votre signature indique que vous avez lu les informations fournies ci-dessus et que vous acceptez. Vous pourrez cesser votre participation à tout moment. Une copie de ce formulaire vous sera remise.

Date & Signature

Signature(s) du (ou des) chercheur(s)

Proposition de participation à une recherche en sociologie

Paris, le XXX 2016

Madame, Monsieur,

Sociologues, nous faisons actuellement une recherche sur le comportement des enfants et les soins dont ils bénéficient. Nous vous proposons de partager votre expérience personnelle avec nous.

Le centre XXX, comme d'autres structures de soins, s'est associé à notre équipe dans le cadre de cette recherche.

Nous vous contacterons prochainement. Vous serez alors libre d'accepter ou non de participer à cette recherche. Votre participation consisterait à nous accorder un entretien (voir au verso pour plus de précisions).

N'hésitez pas à nous joindre pour toute question (coordonnées ci-dessous).

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Aude Béliard
Sociologue, Université Paris Descartes
aude.beliard@yahoo.fr
06 86 96 34 52
CERMES3, 45 rue des Saints-Pères,
75006 Paris

Jean-Sébastien Eideliman
Sociologue, Université de Lille 3
jean-sebastien.eideliman@univ-lille3.fr
06 70 36 24 06
CeRIES, BP 60 149, Villeneuve d'Ascq

Avis favorable du CERES

(Conseil en éthique pour les recherches en santé – Université Paris Descartes)

N° 2014/26

PROTOCOLE DE RECHERCHE : Les sens de l'agitation chez l'enfant (SAGE)
Quêtes diagnostiques, investissements familiaux et regards professionnels sur
l'agitation et l'inattention.

Noms du/ des chercheur(s) :

PH Castel, A Ehrenberg, A Béliard JS Eideliman M Fansten S Mougel, E Nakamura, M
Planche

CNRS CERMES3, Université Paris Descartes, INSERM,
Université Lille 3,
Université Paris Ouest Nanterre La Défense

Protocole déposé le : 16 octobre 2014

**Évalué à la séance du : 4 novembre 2014, réévalué après corrections apportées
par les chercheurs.**

Favorable Défavorable Accord de principe A revoir ou à compléter

Commentaires :

Avis favorable

Les évaluateurs remercient le chercheur des modifications apportées qui répondent
parfaitement à leurs observations précédentes

N° IRB : 20142600001072

Guide d'entretien pour les familles HyperSupers

Pouvez-vous me raconter quel a été votre parcours et celui de votre enfant ?

- **« Entrée » et parcours dans le TDA/H**

Comment avez-vous été amené(s) à vous poser des premières questions au sujet de votre enfant ?

De manière générale, comment parlait-on de l'enfant ? (dans l'entourage, dans la famille) ?

Quels étaient ses traits de caractère ?

Vous diriez que c'était un enfant plutôt... ?

Pour vous, votre enfant avait-il des difficultés particulières ? Qu'en pensiez-vous alors ?

Pour revenir au TDA/H, quels ont été les premiers signes ? Qui les a remarqué ? (Qui est à l'origine du signalement ?)

Comment ça s'est passé ? Comment l'avez-vous vécu ? Et votre enfant ?

Aujourd'hui, comment parle-t-il de son hyperactivité/ agitation ? Quels sont les mots qu'il utilise ? En parle-t-il souvent ?

Dans ce parcours, qui vous a aidé ?

Dans ce parcours, qu'est-ce qui a été pour vous le plus difficile ?

Que diriez-vous aujourd'hui à des parents à qui on parle de TDA/H pour la première fois ?

- **Le TDA/H**

Pour décrire ce qu'a votre enfant, vous diriez quoi ?

Très concrètement, cela veut dire quoi au quotidien ? Pouvez-vous me raconter par exemple une journée type pour vous et votre famille ?

- **Rapport à l'institution scolaire**

Parlons plus précisément de l'école.

Comment ça se passait à l'école ?

Que vous disaient les instituteurs/professeurs (voire plus tôt) de X ?

Lui (elle), aimait-il (elle) aller à l'école ? Comment en parlait-il ?

Difficultés scolaires ? De quel ordre ?

Corps enseignant / directeur (ice)

Autres professionnels

Médecin scolaire ? Psychologue scolaire ?

AVS ?

Autres enfants à l'école

- **Activités para scolaires, loisirs**

Votre enfant a-t-il des activités régulières en dehors de l'école ? (activités sportives, artistiques...) ? Qui les a choisies ? Comment cela se passe-t-il ?

Qu'est-ce qu'il aime faire ? Qu'est-ce qui lui fait vraiment plaisir ?

Est-ce qu'il passe du temps devant la TV ? Tablette ? Console ? Internet ?

Appliquez-vous des règles particulières sur le temps passé devant les écrans ?

Pour lui/elle en particulier ?

Pourquoi ?

- **Rapport à l'univers médical**

À quel moment intervient le diagnostic ?

Errance diagnostique ou non ?

Types de médecins rencontrés

Familiarité ou non avec le monde psy ? (antécédents familiaux, ...)

Quel diagnostic est posé et par qui ?

Connaissiez-vous ce terme de TDA/H, d'hyperactivité ? Qu'en saviez-vous ?

Autres diagnostics associés ?

Question des tests, évaluations, etc.

Quel discours ? Quelle compréhension ?

Comment a-t-on expliqué à l'enfant ce qu'il avait ?

Comment a-t-il réagi ?

Avez-vous fait des recherches de votre côté ?

Sur Internet ? Quels sites ?

TV ? Reportages ?

Où avez-vous trouvé des informations ?

Comment avez-vous fait vos choix ? (dans le sens de ce que l'on vous disait ou à l'inverse, en opposition)

Traitement. Quel traitement ? Pourquoi ?

Autres traitements associés ?

Comment enfant vit-il son traitement ?

Parcours institutionnel : CMP, hôpital,...

Quels résultats ? Améliorations ?

Qu'est-ce qui s'est amélioré ?

- **Engagement associatif**

Comment avez-vous pris connaissance de l'association HyperSupers ?

Quand avez-vous adhéré et pourquoi ?

Qu'est-ce que cela vous a apporté ?

Adhérez-vous à d'autres associations ?

Que pensez-vous de la façon dont on considère le TDA/H en France aujourd'hui ?

Quelles sont pour vous les choses à améliorer ? Les principaux obstacles ?

- **Prise en charge familiale**

Description de la famille, arbre de la famille

Qui s'occupe de l'enfant ? S'en est occupé ?

Vous arrive-t-il de faire garder votre enfant ? Par qui (famille, baby-sitter, amis...)?

Comment cela se passe-t-il ?

Qui est au courant ? Différentes étapes de mise au courant ?

Au sein de la famille, des incompréhensions ? Des rejets ? Ou contraire, des acceptations inattendues ?

En dehors du traitement, comment gérez-vous l'agitation (hyperactivité, selon termes employés par l'interviewé) de votre enfant ?
Pouvez-vous me décrire une situation type ?
Y a-t-il des situations que vous redoutez particulièrement ?
Qu'est-ce que le TDA/H de votre enfant a changé dans votre vie ? Dans votre famille ?
Cela a-t-il changé votre façon de faire ? Votre éducation ?
Avez-vous recours à des « trucs » pour faire face à ses difficultés ? Lesquels ?
En matière d'éducation, faites-vous différemment avec X et avec vos autres enfants ?
Y a-t-il des choses que vous ne faites pas ou plus en raison de l'hyperactivité de votre enfant ?

Incidences sur la vie de famille

Accords /désaccords dans le couple

Retentissements sur les autres enfants

« Surveillance » des autres enfants, recherche de diagnostics ?

Conflits entre enfants ? Alliances ?

Qu'est-ce que eux comprennent ? Qu'en disent-ils ?

Votre enfant va-t-il chez des copains ? Dort-il chez des copains ? (quelles difficultés, quelles stratégies, quelles routines,...)

Des copains viennent-ils à la maison ? (idem)

- **Avenir, comment sont envisagées les années à venir**

Comment voyez-vous les années à venir pour votre enfant et vous ?

Y a-t-il des choses que vous appréhendez particulièrement ?

Y a-t-il des choses que nous n'avons pas évoquées ou pas suffisamment dont vous voudriez parler ?

- **Variables objectives** (si oubliées) :

Âge enfant

Fratie et place dans la fratrie

Situation actuelle de la famille

Professions des parents

Guide d'entretien pour les autres familles

- Parcours médical

Premiers signes, premières hypothèses, parcours diagnostique
Prises en charge et traitements (tests, structures, professionnels ; avis ? ce qui a aidé/pas aidé)
Autres problèmes, autres diagnostics ?
Moyens de recherche (internet, télévision, professionnels, famille, autres parents...)
Familiarité (médecins, psy) avant / maintenant ? Comment (internet, lectures, discussions...)
Aujourd'hui : quels mots utilisés (par les parents, par l'enfant...)

- Parcours scolaire

Difficultés / facilités, réussite / échec
Attitude des enseignants, problèmes signalés
Relations avec les autres enfants, bien-être / malaise à l'école
Dispositifs particuliers ? AVS, PAI, MDPH, RASED...
Orientation, avenir envisagé, filière, domaine professionnel envisagé

- Au quotidien

Comment ça se passe à la maison, quelle évolution ? Activités quotidiennes ? Journée-type
Relations avec parents, relations avec frères et sœurs éventuels
Principes éducatifs, règles, interdictions, limitations (écrans...) ; différences / autres enfants ?
Devoirs scolaires ; cours particuliers ?
Prise d'un médicament éventuel (quand, quelles périodes...)
Copains, sorties ; isolement ? Vacances ?
Sport, musique, activités extra-scolaires
Incidence sur le couple, les frères et sœurs, la vie de famille

- Dans la famille

Morphologie de la famille ; qui est proche (géographiquement, affectivement...)
Circulation de l'information (qui est au courant de quoi, comment...) ; qui pense quoi ?
Garde, surveillance, jeux...
Relations avec les cousins, d'autres enfants de la famille
Conflits, désaccords, tensions ?

- Opinions

Prise en charge des enfants, organisation du système de soins
Éducation Nationale
Attitude des professionnels, des enseignants
Associations ?

- Caractéristiques sociales

Milieu social d'origine, trajectoires scolaires, professionnelles, matrimoniales & géographiques.

Guide d'entretien pour les soignants

5 thèmes et demi :

- Trajectoire professionnelle
- Esprit de la structure
- Pratiques ordinaires de prise en charge
- Cas difficiles
- Relation avec les autres structures et les partenaires (écoles...)
- Trajectoires

1) Trajectoire professionnelle

Comment arrivé(e) ici, quelles autres activités éventuelles, changements.

2) Esprit de la structure

Théorie, courants, positionnement par rapport à ça et aux autres.

Positionnement par rapport au TDA/H.

3) Pratiques ordinaires de prise en charge

Semaine-type

Réunions, groupes...

Vacances

Ambiance dans l'équipe

Les relations avec les parents.

Évolutions.

4) Satisfaction / difficultés dans le travail

Anecdotes, histoires, enfants difficiles. Prise en charge réussie, prise en charge difficile.

Préférences, antipathies.

5) Relations avec les extérieurs

Liens avec les écoles. Manières de travailler.

Avec qui d'autre ? ASE, PJJ... ?

Proximités / distances avec autres institutions, autres manières de travailler.

6) Trajectoire

Trajectoire sociale, scolaire, professionnelle, origine sociale...

Guide d'entretien pour les professionnels de l'éducation

6 thèmes et demi :

- Histoire des liens avec le centre de soins
- Vision(s) de l'agitation
- Coordination interne
- Coordination externe
- Relations avec les familles
- Trajectoires

1) Histoire des liens avec le centre de soins

Structure connue comment ?

Évolutions, moments marquants.

Occasions de contact, de rencontre

2) Vision(s) de l'agitation et cas concrets

Sujet à controverses : positionnement ?

Quels signes ? Quand est-ce qu'on fait quelque chose ?

Cas concrets ?

Satisfactions et insatisfactions

3) Coordination interne

Avec enseignants, psychologue scolaire, médecin du travail, assistante sociale...

Rôle du directeur d'établissement

4) Coordination externe

Avec autres écoles, avec structures de soin (CMP, CMPP...), dans le cadre d'un réseau plus large...

5) Relations avec les familles

Comment les choses sont-elles présentées ?

Exemple d'un cas facile, exemple d'un cas difficile

6) Trajectoires

Trajectoire sociale, scolaire, professionnelle, origine sociale...

Familiarité avec le monde psy ?

Guide d'entretien pour les médecins de la MDPH

- **Formation et trajectoire professionnelle**

- **Expérience à la MDPH**

Participation à quels dispositifs ? Travail dans quelles unités ?

Activités à la MDPH : visites à domicile, rendez-vous familles, visites de dispositifs...

Manière de travailler avec les dossiers : contacts avec quels professionnels, quand est-ce qu'on contacte les familles...

Situations difficiles, décisions compliquées ?

- **Dossiers « agitation », « troubles du comportement »**

Quels termes employés : agitation, troubles du comportement

Quels profils d'enfants ?

Dossiers particuliers ? Familles particulières ? Familles reçues ? Plus compliqué à traiter ?

Plus de refus de reconnaissance pour ces dossiers ?

Qu'est-ce que ça change qu'il y ait un diagnostic ? Diagnostic TDA/H ? Autre diagnostic avec (troubles des apprentissages...)?

Difficile de distinguer les situations normales et les situations où on peut reconnaître un handicap ? Y a-t-il beaucoup d'enfants qui pourraient entrer dans cette catégorie et qu'on ne voit pas forcément ?

Quelles sont les différentes orientations ? Quelles orientations pour quels profils d'enfants ?

- Scolarité : ordinaire, différentes ULIS, SEGPA
- Question de l'AVS
- Soins : SESSAD (caractéristiques des différents SESSAD : Jenny Aubry, L'éveil, AVVEJ)
- ITEP

Evolution des dossiers reçus dans les dernières années ?

Quel avis sur TDA/H, rôle de la MDPH ? avis sur les différentes prises en charges ?

- **Caractéristiques sociodémographiques**

Age, formation, situation familiale, origine sociale, entourage familial, opinions

Guide d'entretien pour les évaluatrices de la MDPH

- **Formation et trajectoire professionnelle**

Lieux de travail, raisons des réorientations

Contact avec enfants, quels profils

- **Expérience à la MDPH**

Participation à quelles EP et dispositifs

Travail dans d'autres services ?

Autres activités à la MDPH : visites à domicile, rendez-vous familles, visites de dispositifs...

Manière de travailler avec les dossiers : contacts avec quels professionnels, quand est-ce qu'on contacte les familles...

Situations difficiles, décisions compliquées ?

- **Dossiers « agitation », « troubles du comportement »**

Quels termes employés : agitation, troubles du comportement

Quels profils d'enfants ?

Dossiers particuliers ? Familles particulières ? Familles reçues ? Plus compliqué à traiter ?

Plus de refus de reconnaissance pour ces dossiers ?

Qu'est-ce que ça change qu'il y ait un diagnostic ? Diagnostic TDA/H ? Autre diagnostic ?

Frontière normalité / handicap pour ces situations ?

Enfants qui pourraient entrer dans cette catégorie et qu'on ne voit pas forcément ?

Quelles sont les différentes orientations ? Quelles orientations pour quels profils d'enfants ?

- scolarité : ordinaire, différentes ULIS, SEGPA, ITEP
- question de l'AVS
- soins : SESSAD (caractéristiques des différents SESSAD)

Evolution des dossiers reçus dans les dernières années ?

Quel avis sur TDA/H, rôle de la MDPH ? avis sur les différentes prises en charges ?

- **Caractéristiques sociodémographiques**

Age, situation familiale

Expériences personnelles d'enfants avec troubles du comportement ?

Table des matières

SOMMAIRE	2
RESUME	3
PRESENTATION	4
PARTIE I UNE ENQUETE SUR LES PARCOURS DES ENFANTS AGITES	5
A. L'AGITATION INFANTILE DANS LA FRANCE CONTEMPORAINE	5
B. UNE ENTREE PAR L'AGITATION	10
C. BILAN DU RECUEIL DE DONNEES	12
D. QUALIFICATIONS ET PRATIQUES AUTOUR DE L'ENFANCE AGITEE	14
E. LA CONSTRUCTION SOCIALE DE PARCOURS DIFFERENCIES.....	18
F. LA CRISTALLISATION DE « GENRES D'ENFANTS »	20
PARTIE II LIEUX DE SOINS ET CONFIGURATIONS RELATIONNELLES	24
A. DES CONFIGURATIONS RELATIONNELLES ET LEURS VARIATIONS LOCALES ET SOCIALES	24
a. Sexe	26
b. Âge	27
c. Niveau scolaire	27
d. Fratrie.....	28
e. Situation matrimoniale des parents.....	28
f. Contexte de vie de l'enfant.....	28
g. Appelant.....	29
h. Adresseur	29
i. Motifs de contact	30
j. Le diagnostic de TDA/H en question	31
k. Prises en charge	32
B. « À CONTRE-COURANT ». LES APPROCHES PSYCHODYNAMIQUES EN FRANCE, ENTRE CRISE ET RESISTANCE	36
a. L'agitation infantile, trouble ou symptôme ?.....	38
b. Crise et sentiment de crise	41
c. La sociologie, alliée ou menace ?	44
d. Le défi du travail partenarial.....	46
C. L'AGITATION EST-ELLE PSYCHIATRIQUE OU SOCIALE ? TENSIONS DANS LE TRAVAIL DE CENTRES DE SOINS.....	51
a. Présentation de l'enquête	51
b. Une approche commune de l'agitation.....	53
c. Une tension structurante : l'agitation est-elle psychiatrique ou sociale ?	55
i. Le social pour la psychiatrie	55
ii. La tension entre social et psychiatrique.....	57
iii. Les opérations de gestion de la tension.....	60
D. PROXIMITE CLINIQUE ET DISTANCE SOCIALE. SOIGNANTS, ENFANTS ET PARENTS DANS UN HOPITAL DE JOUR ATYPIQUE	65
a. Une institution singulière	66
b. Un terrain accueillant.....	71
c. Une alliance fragile	75
E. LE CONTROLE DES EMOTIONS, ENTRE MEDICAMENTS ET PSYCHOTHERAPIE, DANS UN HOPITAL DE SEMAINE	83
a. Présentation de l'hôpital de semaine	83
b. Positionnement par rapport au diagnostic de TDA/H	94
c. La logique du diagnostic différentiel	98
F. FORMES D'AGITATION ET D'ACCOMPAGNEMENT : LE TRAVAIL DE TRI DANS UNE CONSULTATION SPECIALISEE	102
a. La structuration de l'espace de la consultation.....	102
i. Le lieu d'observation : le cabinet	103

ii.	Les données collectées	104
b.	<i>Diagnostiquer l'agitation : l'approche neurocomportementale</i>	105
i.	TDA/H et approche organiciste de l'agitation	105
ii.	Diagnostic TDA/H et les échelles de Conners : Une assignation d'un comportement agité à partir d'une évaluation des interactions sociales	107
iii.	Diagnostic TDA/H et entretiens parent/enfants : une élaboration avec autrui	108
iv.	Examen clinique de l'enfant : appui du biologique pour soutenir le diagnostic	109
c.	<i>Cinq formes et profils d'enfants d'agités</i>	110
i.	L'agitation TDA/H « classique », « simple » : Aaron.....	111
ii.	L'agitation TDA/H avec d'autres troubles associés : Stefano	113
iii.	L'agitation TDA/H « modéré », « petit » : Joachim	114
iv.	L'agitation expliquée par un « terrain familial » : Jean et Hakim	115
v.	L'agitation expliquée par d'autres troubles cognitifs : Tim	117
	<i>Pour conclure</i>	118

PARTIE III ENFANTS AGITES, FAMILLES BOULEVERSEES. LA PRODUCTION SOCIALE DE PARCOURS

DIFFERENCES	119	
A.	METHODOLOGIE ET REFLEXIVITE DANS L'ANALYSE DES TRAJECTOIRES FAMILIALES	119
a.	<i>Une pluralité d'entrées pour rendre compte de la diversité des parcours familiaux</i>	125
b.	<i>Une réflexivité au service de la compréhension des parcours</i>	127
B.	ÉTIQUETER POUR MIEUX NORMALISER. ENJEUX ET USAGES FAMILIAUX DU DIAGNOSTIC DE TDA/H.	132
a.	<i>Des familles « hyper-situées »</i>	135
b.	<i>Effets et usages familiaux du diagnostic</i>	137
	Un diagnostic inconfortable	138
	Reprendre la main	140
c.	<i>Médicalisation et normalisation</i>	143
	Un maniement délicat	143
	Médicalisation ou normalisation ?	145
	Entre soin et éducation	147
d.	<i>Usages sociaux du TDA/H et parcours de vie</i>	150
	Des quêtes diagnostiques de longue haleine	153
	L'ambivalence au cœur des parcours	155
e.	<i>Des quêtes diagnostiques entre rupture et continuité</i>	158
	« Moi, je suis l'hyperactivité. » Un parcours lissé par le diagnostic.....	159
	« On a fait le vide. » Une famille transformée.....	162
	« Si, c'est de ta faute ! » Une rupture invisible.....	165
C.	ASSUMER LA DIFFERENCE ? INVESTIR LES APPROCHES PSYCHODYNAMIQUES.....	169
a.	<i>Le parcours de Julien et de sa famille : s'en remettre aux centres de soin dans un contexte privilégié</i> 169	
b.	<i>Suivre ou devancer les conseils de l'école, s'orienter dans l'offre de soins</i>	179
c.	<i>Des parents déjà familiers des psychothérapies</i>	183
d.	<i>Une fraction des classes supérieures surtout caractérisée par le capital culturel</i>	185
e.	<i>Une adhésion non exempte de critiques</i>	187
f.	<i>Valentin : des recherches modérées et « filtrées » du côté « neuro »</i>	189
g.	<i>Sylvain : tirer les soignants psychodynamiques vers un diagnostic et une reconnaissance MDPH</i> ..	191
h.	<i>Adhérer au risque du mélange social</i>	194
i.	<i>Relativiser les enjeux scolaires tout en gardant le contrôle</i>	196
D.	CALMER L'ÉCOLE, ÉVITER LA STIGMATISATION. DES FORMES DE COOPERATION DISTANCIÉES AVEC LES SOINS.	202
a.	<i>S'appuyer sur la psychiatrie pour calmer l'école ?</i>	203
b.	<i>Qu'on le / qu'on nous laisse tranquille. À distance de l'école et de la psychiatrie</i>	218
c.	<i>Investir la psychiatrie</i>	222
d.	<i>« Pour lui, il faudrait autre chose » : de l'incertitude diagnostique aux décisions sur la prise en charge et la scolarité d'un enfant « remuant »</i>	228
	Présentation du parcours antérieur de Marvin	229
	Reconfigurations des parcours de Marvin	231
E.	FAIRE VALOIR SES DROITS. DES FAMILLES EN QUÊTE D'ALLIANCES.....	238
a.	<i>Les différentes étapes du parcours de Sydney</i>	239
b.	<i>Un parcours reconfiguré par le relogement. « Tomber » sur des professionnels « sérieux »</i>	241

c.	<i>Une autre figure du parent « battant »</i>	244
d.	<i>Un enfant « sérieux ». L'hyperactivité désinvestie au profit de l'autisme, le repoussoir des problèmes de comportement</i>	245
F.	S'EN REMETTRE AUX PROFESSIONNELS. DES RESSOURCES PAR PROCURATION	250
a.	<i>Les « premiers pas » de Mme Saelens</i>	252
b.	<i>Le creux de la vague</i>	254
c.	<i>Compter sur les travailleurs sociaux</i>	256
d.	<i>Trouver les bons appuis</i>	258
e.	<i>Sur la corde raide</i>	259
f.	<i>Une collaboration sous tension</i>	259
g.	<i>Quand cela devient « lourd »</i>	262
BIBLIOGRAPHIE		264
ANNEXES		274
	ANNEXE 1 : PRODUCTIONS	274
a)	<i>Publications (parues et en cours)</i>	274
b)	<i>Communications liées au projet lors de colloques ou de séminaires</i>	275
c)	<i>Séminaire lié au projet</i>	277
d)	<i>Organisation d'une journée d'étude liée au projet</i>	282
	ANNEXE 2 : DEVELOPPEMENT D'UN RESEAU DE RECHERCHE	287
	ANNEXE 3 : PERSPECTIVES DE RECHERCHE	294
	ANNEXE 4 : PROJET D'ENQUETE PROSPECTIVE MULTICENTRIQUE	296
	ANNEXE 5. DOSSIER ETHIQUE	309
	ANNEXE 6. GUIDES D'ENTRETIEN	315
TABLE DES MATIERES		324