



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-03801720v2

HAL Id: hal-03801720

<https://hal.science/hal-03801720v2>

Submitted on 5 Jul 2023

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

*Recherche financée par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP)
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

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



Synthèse des résultats de la recherche

Contexte et démarche : une entrée par « l'agitation » pour construire une posture d'analyse sociologique

Au cours des dernières décennies, les problèmes d'agitation, les difficultés d'apprentissage et les troubles du comportement sont devenus les principaux problèmes de santé mentale identifiés chez les enfants. Ce phénomène et ses conséquences à court et à long terme du point de vue social, scolaire et sanitaire, ont acquis une forte visibilité dans de nombreux pays. Dans le même temps, il a suscité de vifs débats publics : ces problèmes sont de plus en plus fréquemment diagnostiqués, mais leur définition et leur traitement sont controversés. Différentes approches scientifiques et professionnelles s'opposent, mettant en question les pratiques de prise en charge, notamment le recours aux médicaments ; en même temps, ils sont parfois suspectés d'être de faux troubles. Le contexte français, dans lequel s'est déroulée notre recherche entre 2013 et 2018, 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, en passant par les familles. Les controverses autour des qualifications de l'agitation des enfants y sont particulièrement intenses. La forte tradition et implantation des approches psychodynamiques dans le secteur public, autour de la psychanalyse, a constitué un rempart plus efficace que dans d'autres pays (comme en Amérique ou en Europe du Nord par exemple) face à la montée d'approches concurrentes venues des neurosciences, de la biologie et des approches comportementales, même si ces dernières ont fortement gagné en visibilité et en pouvoir d'attraction depuis les années 1980 en France également. Les évolutions des politiques du handicap sont venues également transformer la manière dont sont vécus et pris en charge les problèmes de comportement et d'agitation, notamment depuis la loi du 11 février 2005, qui ouvre la possibilité d'une reconnaissance de handicap dans ces situations.

Dans ce paysage marqué par des transformations rapides et des controverses sur la manière de qualifier, de comprendre et de traiter les problèmes des enfants « agités », nous avons construit une posture d'analyse sociologique. 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, et non un diagnostic spécifique, nous a permis d'interroger les significations sociales de comportements relevés

comme problématiques. Nous avons ainsi défini l'agitation comme un ensemble de comportements, de symptômes, auxquels il peut être donné sens de différentes manières. L'idée était de ne pas imposer une catégorie d'emblée (en particulier, ne pas prendre pour point d'entrée des diagnostics médicaux) mais de décrire l'univers sémantique déployé, dans chaque contexte, pour penser et qualifier les états et les comportements. Nous nous sommes ainsi posé les questions suivantes : qu'est-ce qui fait problème, dans quels contextes et pour qui ? Comment ces situations et ces comportements problématiques sont-ils vécus, pensés et décrits ? Quelles significations sociales leur sont attribuées ? 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 ayant reçu des diagnostics divers tels que ceux de « trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), de dysharmonie évolutive, d'autisme, de trouble des conduites, de différents troubles des apprentissages ; mais aussi, au-delà des termes médicaux et qu'un diagnostic ait été ou non posé, une diversité de qualifications : enfants perçus comme violents, remuants, éparpillés, dispersés, qui bougent, perturbés ou perturbants, qui « explosent », qui « sont explosés », ou qui « font exploser » les groupes dans lesquels ils évoluent. Nous nous sommes attachés à croiser les points de vue pour comprendre comment une même situation, un même comportement ou un même enfant peuvent être vus différemment selon les acteurs en présence (différents membres de l'entourage, professionnels de l'école, professionnels de santé et du travail social).

Méthodes

Nous avons réalisé des monographies de territoires comparées, dans des quartiers choisis pour leur diversité sociale, à Paris (trois territoires) et dans les départements de la Mayenne (un territoire) et du Nord (deux territoires). 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 psychologique libérale, une consultation diagnostique hospitalière. Dans chacune de ces structures, nous avons enquêté pendant plusieurs mois, par entretiens, observations et recueil de données. Nous nous sommes ensuite tournés vers les familles des enfants suivis et vers les différents partenaires des structures de soin, en particulier vers les écoles.

Parallèlement à ces monographies de territoire, nous avons mené des enquêtes dans les Maisons départementales des personnes handicapées de Paris et du Nord, mêlant entretiens, observations et recueil de données dans les dossiers individuels.

Nous avons enfin réalisé des monographies de familles, rencontrées à partir de ces différents terrains ainsi que par l'intermédiaire d'une association de parents. Le principe de ces monographies de familles était d'essayer de rencontrer, lorsque c'était possible, plusieurs personnes dans l'entourage de chaque enfant (l'enfant, ses parents, frère et sœurs, oncles et tantes, grands-parents...). Ce n'était pas possible dans tous les cas – réfléchir sur les raisons pour lesquels nous avons pu (ou non) circuler ainsi auprès de différents membres de l'entourage a souvent été un point important pour comprendre ces situations.

Nous avons au total 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 (plus de 300 observations de réunions et de pratiques thérapeutiques) et des recueils de données dans des centres de soin (constitution d'une base de données, à partir des dossiers médicaux ou des fiches de première demande, comprenant plus de 800 situations).

Positionnement théorique et questions de recherche

Les descriptions et études de cas réalisées dans le cadre de cette recherche mettent en évidence de multiples profils d'enfants et de parents et des formes d'agitation différentes, auxquels répond une palette de soins et de lieux elle aussi très diversifiée. Or 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 diversement interprétés via des processus sociaux qui font diverger les expériences vécues en fonction d'un grand nombre de caractéristiques sociales (milieu social, genre, trajectoire de migration notamment). Pour construire cette réflexion, nous avons articulé des apports théoriques développant différentes perspectives en sciences sociales.

- *Posture théorique : construction sociale des troubles, production sociale des troubles, usages sociaux des troubles*

Les analyses développées en sciences sociales sur ces questions 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 notamment comment la construction des diagnostics

psychiatriques (comme par exemple l'entité TDA/H) est liée à différents intérêts (de l'industrie 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 perspective critique du premier paradigme, que l'on pourrait ici appeler l'analyse de la production sociale des troubles, des auteurs ont proposé une autre interprétation de la prévalence croissante d'entités pathologiques construites autour des troubles du comportement. L'augmentation de ces troubles peut être analysée comme une conséquence des transformations des normes et des valeurs dominantes dans les différentes sociétés, des transformations de la structure sociale, du fonctionnement des institutions et des rapports de pouvoir. Dans cette perspective, on peut étudier la manière dont ces transformations constituent socialement les sujets, façonnent les subjectivités individuelles, produisent des formes de malaise et des grammaires ou des registres disponibles pour exprimer les souffrances. Par exemple, l'hyperactivité peut être comprise comme en partie produite par les disciplines du corps demandés à l'école, ou encore, suivant l'invitation d'Alain Ehrenberg, par les transformations de la figure de l'individu et des injonctions qui pèsent sur lui, en particulier les injonctions à s'auto-activer et à s'autocontrôler.

Notre recherche a été nourrie des deux approches précédentes, mais nous avons privilégié et développé plus particulièrement une troisième perspective, qui consiste à analyser les *usages sociaux des troubles*, c'est-à-dire la manière dont les personnes concernées (les enfants et leur entourage familial et professionnel) pensent et définissent la situation, investissent les catégories de description disponibles et privilégient certaines organisations familiales, prises en charge professionnelles ou encore stratégies scolaires. Nous avons ainsi utilisé la notion de « théorie diagnostique » pour décrire la manière dont les personnes directement confrontées à un problème de santé définissent ce problème, le pensent, en énoncent les causes, le pronostic, les conséquences. Nous avons cherché à analyser les différents enjeux qui orientent la formation de ces théories diagnostiques, qu'il s'agisse d'enjeux pratiques (accéder à une prise en charge, à certaines aides...), d'enjeux moraux ou de réputation (qualifier la situation de l'enfant en se rapprochant ou en s'éloignant de qualifications socialement disponibles comme par exemple celles de l'échec scolaire ou du handicap, redéfinir les relations familiales, définir la responsabilité des membres de l'entourage...). En travaillant la notion de « quête diagnostique », nous nous sommes interrogés sur la manière dont la recherche d'un diagnostic s'inscrit dans une trajectoire familiale et dans une quête de sens : cela nous a amenés à mettre l'accent sur les usages intimes et familiaux des catégories et des mots qualifiant les troubles, qui fournissent des manières de donner sens à la

souffrance, de la dire, d'opérer des relectures biographiques et des réinterprétations de l'histoire familiale.

En articulant ces apports théoriques, notre recherche a permis de développer trois axes d'analyse et de résultats.

- *Eclairer la diversité des trajectoires des enfants*

L'objectif principal de cette recherche était d'étudier les trajectoires d'enfants désignés comme agités (par des proches et/ou des professionnels). Du fait du paysage professionnel relativement éclaté et marqué par des débats et des différences d'approches, on observe dans le contexte français une diversité de trajectoires des enfants dits agités. Ces différenciations s'observent dans différentes scènes de la vie de l'enfant, dans différentes dimensions de sa trajectoire : elles concernent la trajectoire scolaire (école ordinaire ou circuit spécialisé, présence ou non de difficultés scolaires, d'aménagements liés à une reconnaissance de handicap), la trajectoire de soin (il peut y avoir ou non des soins, impliquant des professionnels variés, dans des approches psychodynamiques ou neurocomportementales, avec un diagnostic ou non, un traitement médicamenteux ou non), la trajectoire familiale (les problèmes de l'enfant peuvent s'inscrire dans la continuité de la vie familiale, s'accompagner de reconfigurations des relations familiales, dans certains cas de conflits).

Nous avons tenté de décrire la diversité de ces trajectoires et d'éclairer la manière dont elles se construisent. Comment, à partir de comportements ou de situations proches, peut-on aller, selon les cas et les situations, vers des manières différentes de penser ces comportements et d'y répondre ? Quelles sont les logiques professionnelles, institutionnelles et sociales qui contribuent à produire des trajectoires différenciées ?

En particulier, nous nous sommes penchés sur les effets croisés entre la trajectoire de soin et les autres dimensions de la trajectoire de l'enfant. D'une part, quels sont les déterminants sociaux des trajectoires de soin ? Comment le contexte scolaire, les caractéristiques du réseau de soin, les appartenances sociales et locales, la trajectoire familiale et résidentielle, contribuent-ils à déterminer ces trajectoires ? Quels enfants s'orientent ou sont orientés vers telle qualification et telle prise en charge ? Quelles familles poursuivent les soins mis en place suite à la première orientation, quelles sont celles qui vont chercher ailleurs ou qui font rupture ?

En retour, quels sont les effets des différents soins et prises en charge sur l'expérience et le devenir social des enfants et de leur famille ? Ces effets peuvent être saisis à différents

moments et à différents niveaux. Nous avons prêté attention aux orientations, aux façons dont l'école adresse (ou non) les enfants aux centres de soin, aux demandes des familles, aux critères d'admission des enfants dans les dispositifs, aux pratiques d'orientation des professionnels à la sortie des prises en charge. À un autre niveau, nous avons également envisagé les effets de socialisation dont la fréquentation des lieux de soin peut être porteuse, pour les enfants mais aussi pour les parents. Comment les contacts avec les professionnels, leurs normes et leurs manières de faire, contribue-t-ils à transformer l'expérience, à modeler les dispositions et les attentes des familles ? Comment ces effets de socialisation varient-ils selon la distance sociale plus ou moins forte entre les familles et les soignants, selon le type d'alliance qui se noue entre eux ?

- *L'agitation, un révélateur pour analyser les transformations des politiques publiques et leurs conséquences sur les trajectoires*

Cette entrée par les questions d'agitation invite à réfléchir aux enjeux des transformations des politiques publiques.

Tout d'abord, ces questions de comportement et d'agitation se situent au croisement de différentes sphères, en particulier la sphère scolaire et la sphère sanitaire. Elle remet donc en jeu les liens entre les secteurs sanitaire, médico-social et éducatif ; en particulier, elle pousse à articuler les secteurs sanitaire et scolaire, qui ont été historiquement séparés par les politiques publiques. Nous avons ainsi pu observer des collaborations et des alliances entre professionnels des centres de soin et professionnels scolaires, selon des modalités variables d'un territoire à l'autre, inscrites dans des histoires institutionnelles locales.

Par ailleurs, l'ensemble des problèmes identifiés comme agitation ou troubles du comportement vient questionner l'extension du champ du handicap. Il s'agit de situations qui peuvent faire l'objet d'une reconnaissance de handicap depuis la loi de 2005 – et qui pourtant sont considérées, y compris par les professionnels qui attribuent cette reconnaissance, comme « aux marges » de la catégorie de handicap. Le recours à la catégorie de handicap pour ces situations fait par ailleurs l'objet de critiques, notamment de la part des professionnels de la pédopsychiatrie travaillant dans une approche psychodynamique, qui dénoncent le risque de figer les situations avec ce type de reconnaissance administrative. Ce contexte attire l'attention sur les processus d'interactions et de négociations (entre professionnels des différents secteurs et familles) qui amènent, selon les cas, à déposer ou non un dossier auprès de la MDPH.

Enfin, ces transformations s'inscrivent dans une évolution historique plus générale de l'esprit des politiques sociales et médico-sociales. On a pu observer dans les dernières décennies une individualisation de ces politiques, porteuses d'une injonction à construire des parcours individualisés adaptés à chaque cas (individualisation des dossiers, examen des dossiers en fonction des demandes et du « projet » du patient ou de sa famille). Cette injonction s'articule avec un souci croissant du respect et de la préservation de l'autonomie des patients, mais aussi de la place active des familles. Elle se traduit pour les professionnels par une injonction à faire agir les familles, à travailler avec elles plutôt que sur elles ; et pour les familles (particulièrement pour les parents) à être « actives » et à construire le parcours de leur enfant.

Les situations d'agitation des enfants sont particulièrement révélatrices des enjeux de ces transformations. Dans quelle mesure les parents ont-ils intériorisé cette injonction à être actifs et à construire le parcours de leur enfant, à faire des demandes ? Quels sont ceux qui correspondent à ce modèle des parents mobilisés ? La notion de « demande » des familles pose question également pour les professionnels : comment travaille-t-on la demande des familles ? Faut-il l'attendre comme une condition, la susciter, l'orienter ou la construire ? Ces questions se posent d'une manière particulière dans le cas de l'agitation et des comportements perturbateurs, qui peuvent être compris et traités dans plusieurs registres (difficultés scolaires, psychologiques, problèmes de discipline...) et pour lesquels les professionnels soulignent la difficulté de nombreux parents – particulièrement de milieux défavorisés – à aller vers les soins.

- *Les conceptions de l'agitation, révélatrices du contexte normatif et des représentations de l'enfance*

Si l'on s'interroge sur les significations sociales associées à l'agitation des enfants, on se rend compte que ces significations sont révélatrices des transformations normatives de nos sociétés : elles dévoilent les comportements attendus, les formes de socialisations considérées comme réussies ou déviantes. Les différentes qualifications des troubles sont liées à des idéaux de succès, à des conceptions morales de l'identité et de la personne, propres à un contexte donné. Elles montrent aussi à quel point les représentations de l'enfant sont liées à la classe sociale et au genre : ce ne sont pas les mêmes attentes et normes qui entourent les filles et les garçons, d'un milieu social à l'autre. Notre recherche a mis en évidence différentes figures d'enfants « agités », qui en fonction du genre et du milieu social ne mobilisent pas les mêmes qualificatifs et réseaux de significations. Ces figures, présentes dans les propos des parents et d'autres proches, mais aussi des enfants, montrent la manière dont les enfants sont construits, mais également la manière dont ils se représentent eux-

mêmes. Elles apparaissent en quelque sorte comme des « styles de personnes disponibles », des formes d'expression du mal-être possibles dans une société donnée.

Nous avons mis en évidence plusieurs tensions qui traversent l'univers sémantique de l'agitation et qui nous semblent révélatrices de tensions normatives contemporaines. On peut d'abord noter des tensions entre des représentations de l'individu considéré comme actif ou passif : dans les conceptions (des professionnels du soin, de l'école, des parents), on retrouve souvent une tension ou une ambivalence entre l'idée que l'enfant est acteur, responsable de ses comportements, 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). 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 tantôt comme perturbants ou perturbateurs, tantôt comme perturbés.

Ces tensions sont notamment liées au regard que les professionnels et/ou les membres de l'entourage portent sur les situations : est-ce qu'on se concentre sur un individu (un enfant ou un adolescent qui pose problème) ou est-ce qu'on met l'accent sur une situation plus globale, sur un ensemble individu/environnement ? « Agité » peut d'ailleurs qualifier un enfant ou bien un groupe. Dans nos analyses, nous avons essayé de raisonner en termes de configuration, comme y invite Norbert Elias, de ne pas séparer « individu » et « environnement », ce qui nous a permis de prêter attention aux variations des regards des acteurs. Quelle est l'étendue des configurations que les acteurs envisagent, à quels moments isolent-ils des unités ou des entités ? Les professionnels tantôt décrivent un enfant et ses comportements, tantôt le situent dans son groupe familial (par exemple 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 du groupe. On observe également des balancements de ce type dans les discours des parents.

Enfin, un dernier ensemble de tensions nous semble significatif : il s'agit des connotations, tantôt positives, tantôt négatives, qui sont associées à l'agitation. Ce balancement est révélateur des conceptions de l'individu accompli, dont on attend (diversement selon le genre et le milieu social) à la fois des formes de compétences valorisant la créativité, la rapidité, et une capacité d'auto-contrôle. Par exemple, dans le cas des familles d'enfants diagnostiqués TDA/H, les parents évoquent 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, moteur, charismatique. Cette figure est plus souvent mobilisée pour des garçons. D'autres descriptions, plus souvent déclinées au féminin, évoquent une acuité exceptionnelle dans le domaine relationnel. L'hyperactivité est alors associée à une hypersensibilité et à une hypersociabilité. De manière générale, l'axe des capacités relationnelles est plus souvent évoqué dans les descriptions des filles, avec son versant brillant, mais parfois aussi avec le versant sombre des difficultés relationnelles, qui s'intègrent fréquemment 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.

Après cette présentation de nos grands axes d'analyse, nous allons maintenant exposer de manière synthétique nos principaux résultats, concernant d'une part les interactions entre familles et professionnels autour des pratiques de soin, d'autre part les trajectoires socialement différenciées des enfants.

Des lieux de soin dans leurs contextes : pratiques professionnelles et configurations relationnelles

Nos enquêtes et analyses concernant les lieux de soin ont donné lieu à différents types de résultats.

- *Une cartographie des recours aux soins en santé mentale*

À partir des dossiers et des fiches de première demande dans une partie des centres étudiés (deux Centres Médico-Psychologiques, deux Centres Médico-Psychopédagogiques, un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et une unité d'Hospitalisation de Jour), nous avons produit une analyse quantitative des processus de recours aux soins en santé mentale pour les enfants. Au total, 581 fiches de première demande et 73 dossiers ont été analysés. La population étudiée est composée majoritairement de garçons (61,5% de garçons vs 38,5% de filles). Les enfants étudiés ont

8,1 ans en moyenne (6,9 à 8,8 ans, selon les structures) et la moitié a moins de 7,7 ans lors de la première consultation.

Cette étude fournit un éclairage sur la manière dont ces enfants sont entrés en contact avec les structures de soin, en examinant qui a appelé le centre de soin et par qui l'enfant a été adressé. Le premier appel au centre de soin a été fait dans une très grande majorité des cas par la mère de l'enfant (82,2% des cas vs 12,3% d'appels de pères). Plus rarement, cet appel a été réalisé par un autre membre de la famille (1,9% des fiches), l'enfant lui-même (1,1%), les deux parents en même temps (1,1%) ou par un tiers (1,4%) (par exemple un psychologue libéral ou un service de prévention et de protection de l'enfance). L'étude des professionnels ayant adressé l'enfant au centre de soin montre le rôle clé de l'école dans le repérage des problèmes et l'orientation des enfants vers les soins (près d'un tiers des enfants (31,2%) a consulté en CMP ou CMPP sur les conseils de leur école), mais aussi la grande diversité des autres acteurs impliqués dans ces orientations : un quart des enquêtés (26,5%) sont arrivés en CMP/CMPP sur démarche personnelle des parents (21,8%) ou conseils de proches (4,7%) ; 16,0%, l'ont été sur indication d'un soignant libéral ; 11,0%, sur avis d'une institution de la petite enfance (PMI, crèche...) ; et 11,4%, sur préconisation d'un autre CMP.

Nous avons également mené une analyse des motifs de consultation et des termes utilisés lors du premier appel pour décrire les problèmes présentés par les enfants. Cette étude du vocabulaire utilisé dans les fiches et les dossiers pour initier un suivi fait ressortir un large éventail de qualificatifs, dans différents registres : des enfants « turbulents, vivants, insolents, effrontés, énergiques, brutaux, impulsifs, bagarreurs, ingérables, fous-fous, tyranniques » pour les plus agités ; « rêveurs, inhibés, inhabités, en décalage, complètement renfermés, dans leur bulle/monde » pour les plus effacés ; « paresseux », « très lents », « en-dessous de leurs capacités », « perturbés » pour d'autres.

Sur l'ensemble des six sites étudiés, les motifs d'appel les plus fréquents concernent des troubles émotionnels (dépression, angoisse, peurs ; 39% des cas, soit 4 enfants sur 10), des problèmes d'agitation et/ou de manque de concentration (30,0%), des difficultés d'apprentissage (lenteur/retard, mauvais résultats, décrochages ; 25,4%), un refus de l'autorité parentale et/ou scolaire (24,7%), des comportements violents (21,8%) et des troubles du langage (problème de diction, refus de parler ; 17,4%), un même enfant pouvant présenter plusieurs symptômes. Les autres appels sont liés à des troubles psychosomatiques (insomnies/cauchemars, anorexie/boulimie, maux divers ; 15,2%), à des troubles de la sociabilité (enfants qui se mettent en retrait ou se trouvent exclus, n'ayant que peu ou pas d'amis ; 9,9%) ou à d'autres types de troubles (psychomoteurs, par exemple ; 10,3%). Dans 12,0% des cas, ces appels sont motivés par des violences subies par l'enfant et dans 7,1% des cas, par des refus d'aller à l'école.

- *Une description des pratiques professionnelles d'un lieu de soin à l'autre*

Nos entretiens et observations dans les lieux de soin ont permis de reconstituer les conceptions et les pratiques qui se déploient autour des enfants (comment leurs problèmes sont pensés et décrits ? quelles sont les bonnes manières d'y répondre ? comment sont gérés au quotidien les comportements problématiques ?).

Le premier point qui ressort de nos observations à ce sujet est la diversité des pratiques qui se côtoient dans ces lieux de soin et qui correspondent à des conceptions différentes des bonnes manières de répondre aux comportements des enfants – surveiller, reprendre verbalement, parler, contenir physiquement, jouer, porter, laisser courir ou non, laisser crier ou non. Ces pratiques donnent lieu à des négociations et des jugements réciproques (portant sur le bien-fondé de ces pratiques et engageant des jugements moraux plus larges sur l'éducation des enfants) entre adultes se côtoyant dans ces structures (parents, professionnels de différents secteurs et de différentes spécialités et formations).

Le deuxième point concerne les formes d'hybridations, de bricolages et d'innovations qui caractérisent ces pratiques. 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 sur des connaissances développées par la neurologie et les théories comportementalistes. Les prises de position publiques mettent en scène ces oppositions et donnent à voir des prises de position clivées. Toutefois, nos enquêtes dans des lieux de soin montrent des positionnements plus divers et nuancés, des oppositions moins tranchées dans les pratiques que dans les discours. Certains lieux sont engagés dans la controverse et se sont saisis de notre enquête pour donner à voir une approche et des pratiques qu'ils défendent (par exemple, pour des professionnels travaillant dans une approche psychodynamique, des pratiques qu'ils ressentent comme menacées par la montée en puissance d'autres approches). Cependant, on a pu observer dans différents lieux des formes d'articulations et d'hybridations entre approches.

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. Des formes de coopération peuvent se jouer au-delà des clivages principaux : des pédopsychiatres dont l'approche privilégiée est de type psychodynamique et qui ne reconnaissent pas la pertinence de la catégorie de TDA/H peuvent se dire « prêts à prescrire de la Ritaline », si cela peut permettre de « calmer un peu l'école », lorsque l'agitation devient trop problématique et à certaines conditions (par exemple dans le contexte d'une

relation de confiance avec les professionnels d'une école). Des distinctions et des oppositions peuvent être observées à l'intérieur d'une approche a priori homogène : par exemple, parmi ceux qui reconnaissent le bien-fondé de la catégorie TDA/H, des oppositions sur les types de prise en charge (pour ou contre le médicament, en première intention ou pas, défense ou non d'approches intégrées avec d'autres thérapies) peuvent prendre des formes assez brutales.

- *Des configurations relationnelles : alliances et ruptures, négociations et socialisations*

Nos enquêtes autour des lieux de soin (c'est-à-dire à la fois dans ces lieux de soin et auprès de leurs différents partenaires et des familles) nous ont permis de reconstituer, pour chaque lieu, une configuration relationnelle, c'est-à-dire un ensemble de relations plus ou moins stabilisées entre des types de problèmes présentés par les enfants, des styles professionnels, des genres de familles, des alliances entre enfants, familles et professionnels et des types de parcours scolaire. Ces configurations relationnelles, variables d'un lieu à l'autre, sont inscrites dans le contexte des relations locales établies entre acteurs de soin, scolaires, administratifs et du travail social.

Ainsi, l'un des lieux de soin étudiés est un hôpital de jour situé dans un quartier globalement favorisé, mais comprenant des zones avec des familles en situation très précaire. Les enfants accueillis dans ce lieu viennent de familles majoritairement immigrées vivant dans des conditions difficiles. Elles sont décrites par les professionnels comme « loin des soins », venant difficilement « vers les soins ». Les professionnels travaillant dans la structure ont une formation de psychologues et travaillent dans une optique proche de la psychanalyse. Ils disent qu'ils sont identifiés par les partenaires comme spécialisés dans les cas des familles « compliquées », des situations où s'intriquent des enjeux thérapeutiques et des problématiques sociales. Les enfants sont accueillis dans des prises en charge en groupe, sur les temps scolaires ou au moment du goûter et des devoirs. Ils montrent souvent des formes d'agitation importante, de violence pour certains – auxquelles les soignants répondent avec calme, par des paroles, une mise en mots, et en les contenant physiquement quand il le faut. Les professionnels de ce lieu de soin visent une construction active de la « demande de soin », notamment en se déplaçant dans les écoles, en allant chercher les enfants et en les accompagnant à l'école ou chez eux. Les relations entre les soignants d'une part et les enfants et leur famille d'autre part sont caractérisées par un mélange de proximité clinique (les professionnels passent beaucoup de temps avec les enfants, les accompagnent, proposent des activités diverses y compris pendant les vacances, s'attachent et s'approprient d'une certaine manière les enfants) et de distance sociale et culturelle (qui se traduisent par des jugements réciproques entre soignants et parents sur les pratiques éducatives). Les professionnels ont le sentiment de travailler sur les familles plutôt qu'avec elles. Ils sont

amenés malgré eux à accompagner des demandes de reconnaissance MDPH souvent demandées en premier lieu par l'école.

Par contraste, un autre des lieux de soins étudiés est une consultation spécialisée dans les diagnostics de TDA/H, menée par une pédopsychiatre qui travaille dans une orientation plutôt comportementale. Les familles qui fréquentent cette consultation appartiennent majoritairement aux classes moyennes et supérieures. La plupart des parents sollicitent cette consultation après avoir fait d'autres démarches et sont en demande d'un diagnostic. Le médecin accède le plus souvent à cette demande. Elle renvoie certains parents vers une batterie de tests, préalable à toute décision, réalisée en externe par rapport à cette consultation. Elle opère un tri pour distinguer différents profils d'enfants relevant du TDA/H, ou renvoyant à d'autres problématiques. Elle propose alors, selon les cas, différentes options de prise en charge. La question de la décision de mettre en place un traitement est au premier plan dans ces consultations. Le médecin associe les parents à ces décisions, elle attend d'eux qu'ils jouent un rôle actif en se renseignant sur les prises en charge médicamenteuses et leurs effets, en cherchant près de leur domicile un médecin prescripteur, attentes auxquelles la plupart des parents rencontrés dans ces consultations se conforment.

Dans un autre lieu, un hôpital de semaine, des tests sont réalisés en interne et une partie du travail consiste à repérer qui parmi les enfants peut bénéficier d'une thérapie d'inspiration psychodynamique, qui peut bénéficier d'un traitement médicamenteux, qui relève d'un TDA/H ou d'une agitation associée à un autre tableau pathologique (dans les cas d'autisme où se trouvent prescrit du méthylphénidate ou ses dérivés) ou encore d'une approche comportementaliste. Ce service se veut donc un lieu où se pratique un diagnostic différentiel permettant d'identifier les cas relevant de l'une ou l'autre approche. Il n'y a pas de réticence à prescrire des médicaments mais cette décision se fait après un travail diagnostique pluridisciplinaire et en tenant compte des incidences somatiques d'un tel traitement (prise de poids, risques cardiovasculaires...). L'approche psychodynamique y occupe une place singulière réservée aux situations socialement plus favorisées et aux situations moins « enkystées », « moins complexes ».

Reconstituer ces systèmes d'interactions et les comparer permet de comprendre comment s'organisent les interactions et les négociations entre les différents acteurs impliqués dans ces univers sociaux (les institutions et professionnels du soin / les écoles et acteurs de l'éducation / les enfants concernés et leur entourage). On observe des formes d'alliances plus ou moins faciles, des décalages, des ruptures ou des conflits selon les caractéristiques du réseau local de relations entre les institutions, mais aussi selon la proximité ou la distance sociale qui rapproche ou sépare les différents acteurs. On peut voir comment les pratiques de tri ou d'orientation des enfants sont imbriquées dans des rapports sociaux. Certains contextes de

soin sont aussi le lieu de phénomènes de socialisation (quand les parents transforment leurs pratiques éducatives au contact des centres de soins, ou quand les professionnels scolaires reprennent des termes ou des raisonnements des soignants). Cet ensemble d'observations permet de comprendre comment se travaillent et se négocient, localement, la signification donnée au comportement des enfants, ainsi que les bonnes et mauvaises manières d'y répondre. Il permet d'analyser de manière ancrée et contextualisée comment se prennent les décisions et les orientations en matière de scolarité, de soin ou de reconnaissance de handicap.

Différenciations sociales des trajectoires des enfants « agités »

Ce deuxième ensemble de résultats s'appuie principalement sur les monographies de familles réalisées par différentes entrées : les enfants et leur entourage ont été rencontrés par l'intermédiaire de certains centres de soins étudiés, d'une MDPH et d'une association de parents d'enfants hyperactifs.

Les entretiens réalisés dans le cadre de ces monographies (en majorité avec les enfants et les parents mais aussi avec d'autres membres de l'entourage) ont permis de reconstituer les trajectoires des enfants. Ces trajectoires sont variables, on peut observer différentes formes de différenciations : du point de vue des trajectoires médicales (mise en place de soins ou non, approches psychodynamiques ou neurocomportementales, établissement ou non d'un diagnostic, recours ou non à un traitement médicamenteux), scolaires (école ordinaire ou secteur spécialisé, échec scolaire ou parcours adapté), ou encore familiales (inscription de l'enfant dans une continuité familiale ou cristallisation de conflits, de luttes de reconnaissance autour de l'enfant).

Ces différenciations s'expliquent en partie par des logiques professionnelles et institutionnelles (seuils locaux de tolérance à l'agitation variables selon les écoles, offre locale de soin plus ou moins développée et diversifiée), mais aussi par les différences de ressources dont disposent les familles. On ne peut pas pour autant conclure que les familles aisées permettraient à leurs enfants de « mieux s'en sortir » que dans les familles populaires, car ces différenciations ne peuvent être plaquées sur une échelle de réussite, quels que soient les critères choisis. Ainsi, en fonction de leurs caractéristiques et de leurs ressources, les familles ont des objectifs et – ce qui est peut-être encore plus révélateur – des hantises variables : 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. Si les familles aisées peuvent mobiliser davantage

de moyens financiers, de maîtrise de la communication institutionnelle et de relations dans le monde scolaire ou médical pour atteindre leurs buts et éviter certaines figures repoussoir, les familles issues des classes populaires peuvent compter sur d'autres types de ressources, qui ne sont pas uniquement celles qu'elles possèdent elles-mêmes, ni même celles qui sont présentes dans leur réseau (le « capital social »). Elles savent s'en remettre à des professionnels qui ont des ressources efficaces, se faire aider et s'appuyer sur le savoir de personnes à la fois informées et potentiellement influentes. Plus que d'une remise de soi inconditionnelle qui équivaldrait à une attitude de retrait, il est souvent question de l'établissement d'une relation personnalisée avec un professionnel en particulier, de qui elles vont savoir se faire aider, se faire apprécier, permettant un infléchissement voire un infléchissement dans une trajectoire de relégation socio-scolaire. Il s'est donc agi de penser les différences liées au milieu social, sans pour autant les penser de manière automatique comme des inégalités.

La première orientation d'enfants présentant des difficultés relationnelles et comportementales à l'école se faisant majoritairement en France vers des CMP où les professionnels mettent en œuvre des techniques d'inspiration psychanalytique, l'accès au diagnostic de TDA/H nécessite des ressources en temps, en relations et parfois en argent (via le recours à la médecine spécialisée libérale). 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, contre l'avis de beaucoup, vers des diagnostics neurocognitifs. Une lecture plus fine invite cependant à nuancer ce constat, qui reste néanmoins intéressant à une échelle globale.

Notre recherche met effectivement au jour des configurations différentes en fonction du milieu social, qui mêlent rapport à l'école, vision de la réussite et du bien-être de l'enfant, rapport à la psychiatrie et au handicap, mais aussi certaines ressources sociales et certaines dispositions. Les familles les plus dotées socialement ont en commun d'avoir une vision assez globale de l'offre professionnelle, accordant de l'importance aux différences d'approches en pédopsychiatrie. Elles ont également en commun d'attacher du prix aux classements scolaires et d'investir fortement les soins pour négocier avec les institutions scolaires.

Sur ce fond commun, deux positionnements très différenciés apparaissent cependant : d'un côté des familles qui ont pris leurs distances avec les approches psychodynamiques et investissent des diagnostics (comme le TDA/H, mais aussi parfois de manière associée la précocité intellectuelle ou des troubles envahissants du développement comme le syndrome d'Asperger) qui leur permettent – par différents biais, notamment la reconnaissance d'un 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 l'aménagement de conditions pour favoriser la réussite scolaire en milieu ordinaire. D'un autre côté, on trouve des familles qui rejettent ces diagnostics, associés aux médicaments et à des étiquettes réductrices et qui sont au contraire 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). Cette différenciation s'explique en partie par les différents types de capitaux possédés, économiques et culturels, les seconds facilitant la proximité avec le deuxième pôle (et donc les approches psychodynamiques).

Les familles de milieu populaire, voire vivant dans la précarité, font globalement moins de distinctions à l'intérieur de la psychiatrie, mais aussi du système scolaire, vu comme des ensembles peu hiérarchisés. Elles ont une faible vision d'ensemble et une faible volonté de contrôler stratégiquement la trajectoire de l'enfant à long terme. 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 hétérogène, au sein duquel nous proposons de distinguer de nouveau deux pôles. D'un côté des familles qui souhaitent avant tout éviter les plaintes de l'école et la stigmatisation de l'enfant, 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 ». D'un autre côté, 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. Ici la différenciation se fait notamment 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.

Diffusion, valorisation et prolongements

Articles de revues scientifiques et chapitres d'ouvrages

La liste ci-dessous recense les publications scientifiques issues de la recherche SAGE. D'autres textes sont en cours de préparation, ainsi qu'un livre collectif qui rendra compte de l'ensemble de la démarche et les différents volets de la recherche.

Chapitre d'ouvrage

Cottet P., Eideliman J-S., Fansten M., Radiszcz E., Sir H., Velpy L., « Variations sociales et nationales autour du TDA/H. Familles et écoles au Chili et en France », in Caliman L., Citton Y. & Prado Martin M. R., *L'attention médicamentée. La Ritaline à l'école*, A paraître, 2020.

Chapitre d'ouvrage

Barbarini T., Béliard A., Nakamura E., Sartori L., Tibi-Levy Y., Turlais A., « Attentes des professionnels scolaires et réponses des professionnels de la santé mentale face à l'agitation des enfants: une comparaison France / Brésil, des enjeux transnationaux », in Caliman L., Citton Y. & Prado Martin M. R., *L'attention médicamentée. La Ritaline à l'école*, A paraître, 2020.

Chapitre d'ouvrage

Aude Béliard, Jean-Sébastien Eideliman, « Familles et professionnels dans le domaine de la santé mentale », in Coutant I., Wang S., *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, CNRS Editions, 2018, p. 289-306.
<https://www.cnrseditions.fr/catalogue/sciences-politiques-et-sociologie/sante-mentale-et-souffrance-psychique/>

Dans le cadre d'un ouvrage collectif à vocation pédagogique, présentant la manière dont les sciences sociales abordent le psychisme, ce chapitre analyse les relations entre familles et professionnels dans le champ de la santé mentale à travers des enquêtes de terrain menées auprès de différentes populations (enfants handicapés mentaux, enfants considérés comme « agités », adolescents souffrant de troubles psychiques, personnes âgées atteintes de troubles de type Alzheimer).

Dossier de revue scientifique

Pablo Cottet, Aude Béliard, Eunice Nakamura, « Presentation - Concepts, trajectories, and approaches to "agitation" and "non-conforming children": social and cultural experiences in Brazil, Chile and France», (presentation of the special issue), *Saúde e Sociedade*, vol.28 no.1,

2019, p. 6-11. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100001

Résumé traduit : La revue brésilienne *Saúde e Sociedade* consacre son numéro (1/2019) à la question de l' « agitation » et de l'enfance « non conforme ». Les travaux présentés dans ce dossier émanent des échanges et réflexions au sein du réseau Non Conformés, constitué de chercheurs en sciences sociales (anthropologues, psychologues, sociologues), à partir de recherches menées au Brésil au LICHSS (Université fédérale de Sao Paulo), au Chili au LaPSoS (Université du Chili) et en France au CERMES3 (Université Paris Descartes) et au CeRIES (Université Lille 3). Les situations où des enfants et/ou leurs comportements sont identifiés comme problématiques ou perturbants interrogent et révèlent les normes de nos sociétés, celles à partir desquelles ces enfants sont considérés comme non conformes : normes d'attention, d'autonomie ou d'autocontrôle, importance donnée aux performances et au contexte scolaire... Ces comportements perturbants sont souvent difficiles à qualifier, à penser, car ils relèvent d'une intrication entre problèmes médicaux, problèmes psychologiques, problèmes scolaires et problèmes sociaux. Ils sont ainsi révélateurs de la manière dont chaque société qualifie les problèmes, pense les réponses sociales adaptées, organise des séparations et des articulations entre problèmes sociaux et problèmes médicaux. Les textes réunis dans ce dossier participent d'une réflexion sur les concepts et approches théoriques grâce auxquels les sciences sociales nous aident à penser ces situations et ces qualifications. Ils en éclairent différents aspects, tant du côté des pratiques et des conceptions des professionnels des centres de soins que du côté de l'expérience des personnes vivant avec un diagnostic de TDA/H ou de TSA.

Article de revue scientifique

Borelle C., Fansten M., Eideliman J.-S., Planche M. et Turlais A., « Against the tide: psychodynamic approaches to agitated childhood in France, between crisis and resistance », *Saúde e Sociedade*, vol. 28, n°1, mars 2019, p. 27-39. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

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

Article de revue scientifique

Aude Béliard, Javiera Díaz-Valdés, Álvaro Jiménez-Molina, Alice Le Goff, Sarra Mougel, Hugo Sir, "The multiple meanings of ADHD: between deficit, disruption and hidden potential", *Saúde e Sociedade*, vol.28 no.1, 2019, 55-74.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100005

Abstract : The purpose of this article is to describe the subjective experience of the diagnosis of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) and the cultural meanings that shape this experience. Based on interviews and discussion groups with diagnosed people and their families in Chile and France, this article shows that ADHD can acquire multiple meanings. From a thematic analysis, we identified three registers or ways of living and thinking about ADHD. In the deficit register, the disorder is experienced primarily as a failure of certain abilities. In the disruption register, the disorder is experienced as disrupting the person's life, personality and interactions, which must then be normalized. In the register of hidden potential, on which this article focuses, ADHD is simultaneously thought of as a difficult and valuable condition, a source of exceptional capacities that are often hidden in the ordinary functioning of social life. We therefore invite reflection that identifies the factors of mobilization or non-mobilization of the hidden potential register, with particular emphasis not only on relational configurations, socio-economic variables, and the gender variable, but also on the institutional and political context of each country.

Article de revue scientifique

Aude Béliard, Jean-Sébastien Eideliman, « Familles et handicaps mentaux ou psychiques », *Savoir/Agir*, vol. 1., n°47, 2019.

Le n° 47 de la revue *Savoir/Agir* (Editions du Croquant) (2019/1) – « Pour une sociologie du handicap » – réunit un ensemble de travaux récents en sciences sociales recouvrant des dimensions très variées de la question du handicap (dimensions politique, juridique, scolaire, familiale, questions de l'accès à l'emploi, etc.) et apportant un éclairage indispensable sur ce que signifie être (dit) « handicapé-e » aujourd'hui. L'article intitulé « Familles et handicaps mentaux ou psychiques » aborde les questions suivantes : comment le handicap mental ou psychique d'un enfant affecte-t-il les relations familiales et comment, en retour, les dynamiques familiales concourent-elles à construire une situation de handicap, pouvant aller dans certains cas jusqu'à sa reconnaissance officielle ? Cet article entreprend de faire un panorama des connaissances sociologiques sur ce double lien, que l'on réduit trop souvent à la question du « fardeau » que ferait peser sur une famille la présence d'un enfant dont le développement mental ou psychique n'entre pas dans les normes médicales et sociales de notre société. Il insiste sur les usages familiaux des qualifications qui gravitent autour du handicap mental ou psychique, en soulignant le rôle de facteurs aussi divers que le milieu social, la configuration familiale et l'offre locale de soin et d'éducation.

Article de revue scientifique

Aude Béliard, Jean-Sébastien Eideliman, Maïa Fansten, Sarra Mougel, Maëlle Planche, Sébastien Vaumoron, « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H », *Sciences sociales et santé*, vol. 37, n°1, 2019, 5-28.
<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante.htm>

Résumé : Notion aux contours flous et objet de vives controverses, l'agitation infantile est un cas exemplaire pour mettre en lumière les liens complexes entre qualification des troubles et organisation familiale. Au sein d'un paysage très morcelé, éclaté entre différents symptômes, approches professionnelles et modes de prise en charge, nous nous centrons ici sur l'expérience de familles adhérentes de l'association HyperSupers TDA/H France. Notre enquête, qui repose sur 37 entretiens conduits auprès de 27 familles différentes, nous conduit à relativiser fortement une interprétation en termes de médicalisation de l'échec scolaire. Si certains pans de l'existence de l'enfant sont médicalisés, des processus contradictoires sont également en jeu. La quête diagnostique est sous-tendue par d'autres logiques, liées autant aux enjeux scolaires qu'aux trajectoires sociales et aux configurations familiales. Le diagnostic de TDA/H apparaît ainsi comme une occasion pour les parents de reprendre la main dans plusieurs domaines. Par ailleurs, les différentes formes de « traitement » des troubles, de l'usage d'un médicament à la transformation des pratiques éducatives, invitent à distinguer médicalisation et pathologisation : la place prise par une lecture en termes de problèmes de santé n'est pas forcément corrélée à l'usage de pratiques associées au champ médical, comme la prise de médicaments. Au contraire, le médicament peut être pris dans une perspective de normalisation de la situation, tandis qu'un travail sur les pratiques éducatives peut s'accompagner d'une mise en exergue du caractère pathologique de la situation.

Article de revue scientifique

Aude Béliard, Jean-Sébastien Eideliman, Maïa Fansten, Álvaro Jiménez-Molina, Sarra Mougel et Maëlle Planche, « Le TDA/H, un diagnostic qui agite les familles. Les quêtes diagnostiques autour d'enfants agités, entre rupture et continuité », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 17, 2018. <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/4019>

Résumé : Cet article porte sur les liens entre problèmes de santé et trajectoires sociales. À travers l'exemple d'enfants diagnostiqués TDA/H, il met au cœur de l'analyse les quêtes diagnostiques qui les entourent, c'est-à-dire la recherche de sens et de solutions que les jeunes et leur entourage mènent pour faire face à leurs difficultés. Cette quête peut prendre des directions variées, car elle se déploie en fonction des caractéristiques et trajectoires sociales passées (genre, milieu social, configuration familiale...), mais aussi d'enjeux présents qui nécessitent de s'organiser au quotidien et de prendre des décisions pour l'avenir (en matière de scolarité, d'éducation, de traitement...). S'appuyant sur 45 entretiens menés auprès d'enfants et/ou de membres de leur entourage, l'article met en lumière les déterminants des variations de ces quêtes diagnostiques particulièrement longues et complexes, mais qui éclairent les ressorts des manières de faire face à de nombreux problèmes de santé.

Article de revue scientifique

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. <https://www.cairn.info/revue-politix-2017-1-page-201.htm?contenu=resume>

Résumé : 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 le social et le psychiatrique induit une approche « dualiste » : 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. Dans cet article, 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, de même que le rapport de concurrence entre sciences sociales et psychiatrie qu'il induit. Cette remise en cause se fonde sur une approche qui privilégie les tensions internes à l'activité comme point d'entrée dans l'étude de la psychiatrie. On s'attache à décrire un type de tension spécifique : la tension ontologique, c'est-à-dire la manière dont les professionnels répondent, en pratiques 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 psychiatrique et social qui est en jeu dans les pratiques de diagnostic et de traitement des comportements et individus problématiques. On entend montrer que la question de l'ontologie du problème, plus précisément le problème ontologique de la frontière entre psychiatrique et social, se pose aux professionnels de la psychiatrie eux-mêmes et que cette question, cadrée par des professions institutionnalisées, engage des enjeux cruciaux de division concrète du travail et de partage de la responsabilité d'une situation.

Communications lors de colloques, de séminaires ou de rencontres professionnelles

Les résultats de la recherche SAGE ont été présentés et discutés dans différents contextes : lors de manifestations scientifiques ou des colloques professionnels, dans le cadre d'enseignements ou de restitutions dans des lieux de soins. La liste ci-dessous, non exhaustive, donne une idée de la diversité de ces contextes.

Eideliman J.-S., « Les sens de l'agitation chez l'enfant », Colloque « Une société d'individus, c'est-à-dire ? », Colloque des 20 ans du CERLIS, Paris, 18 janvier 2019.

Béliard A., « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux des troubles », Séminaire « Parcours de santé », PACTE, Grenoble, 22 mars 2019.

Turlais A., A contre-courant. Les approches psychodynamiques de l'enfance agitée en France, entre crise et résistance, Colloque « Ninez disruptive, adulez disconforme », Université du Chili, Santiago, 9 novembre 2018.

Barbarini T., Béliard A., Nakamura E., Sartori L., Tibi-Lévy Y., Turlais A., « Les places et les rôles des familles dans les soins aux enfants dans les services de santé mentale en France et au Brésil. Une réflexion sur la notion de responsabilisation », Colloque « Ninez disruptive, adulez disconforme », Université du Chili, Santiago, 9 novembre 2018.

Béliard A., « Approche sociologique des trajectoires des enfants « agités ». Configurations familles/écoles/soin », Journée d'études, Lyon, 14 décembre 2018.

Mougel, S. (2018), « Derrière l'enfant, ses parents : quelle division du travail dans l'accompagnement à la parentalité pour les « travailleurs de l'enfance » ? », Journée d'études « Les travailleurs de l'enfance. Comment les professionnels de la petite enfance (0-6 ans) travaillent-ils ensemble ? », Lyon, 20 juin 2018.

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., Mougel 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., Mougel 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.

Planche M., « *Pour lui, il faudrait autre chose* ». *De l'incertitude diagnostique aux décisions sur la prise en charge et la scolarité d'un enfant remuant*, Journée d'étude « Enfance et Santé mentale », Université Paris Descartes, 4 décembre 2015.

Stettinger V., *Du social au médical. La trajectoire agitée d'un enfant et de sa mère*, Journée d'étude « Enfance et Santé mentale », Université Paris Descartes, 4 décembre 2015.

Eideliman J.-S., Mougel S. et Ville I., « École et handicap : des liens multiples et complexes », Séminaire « École et Handicap », Paris, EHESS, 5 novembre 2015.

Planche M. et Mougel 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.

Valorisations et prolongements dans le cadre d'un réseau pluridisciplinaire et international

Depuis 2018, les résultats de la recherche SAGE et les collaborations développées ont permis d'ouvrir plusieurs prolongements et de s'inscrire dans de nouvelles dynamiques collectives :

- Des recherches comparatives sur les parcours des enfants « agités » au Brésil, au Chili et en France.
- Un réseau pluridisciplinaire rassemblant des acteurs partageant des questionnements communs : comment se construisent les parcours des patients « non conformes », ceux dont les comportements font problème, dans le domaine de l'enfance comme en gériatrie ou en psychiatrie adulte, en établissement ou en ambulatoire ? Comment ces comportements dits « perturbateurs », « difficiles », troublés et troublants, mettent-ils à l'épreuve les relations de soin, les pratiques professionnelles et les articulations entre institutions et secteurs d'intervention ?
- Une série de séminaires pluridisciplinaires (sociologie, anthropologie, psychologie, psychiatrie) sur les pratiques de soin en santé mentale.

Le site internet « Non conformes », encore en cours d'élaboration, est pensé comme un support d'échange et de diffusion autour de ces différents chantiers : <https://nonconformes.org/>