

PRATIQUES DE SOINS PSYCHIQUES EN MUTATION

Sadia Ait Ouchannik

ERES | « Chimères »

2019/2 N° 95 | pages 125 à 137

ISSN 0986-6035

ISBN 9782749264080

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-chimeres-2019-2-page-125.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Pratiques de soins psychiques en mutation

L'ORGANISATION DES SOINS EN FRANCE fait l'objet de multiples transformations qui se traduisent par une inflation législative depuis de nombreuses décennies. Celle-ci n'a pas contribué à améliorer le fonctionnement des établissements de santé au quotidien. Au contraire, les énoncés et les manifestations de souffrance psychique sont nombreux, aussi bien chez les professionnels que chez les sujets accueillis. Cet article vise à explorer les sources du « malaise » contemporain et de la souffrance institutionnelle. Le questionnement portera sur les transformations de l'organisation des soins dans les structures sanitaires : comment viennent-elles affecter les institutions soignantes, leurs fondements, et donc, le rapport à la tâche primaire ?

De la procéduralisation des pratiques de soins

Des outils de gestion issus du monde de l'entreprise se sont progressivement introduits dans les services publics pour les moderniser et pour mieux maîtriser leurs dépenses. Les établissements publics de santé sont de plus en plus soumis à des injonctions gestionnaires fortes et parfois paradoxales, à des contraintes financières dont les répercussions touchent tous les corps de métiers. Un sentiment de perte de sens et un effacement des valeurs fondatrices du service public sont de plus en plus éprouvés par les professionnels de santé.

Le Nouveau Management Public¹ (NMP) renvoie à l'importation dans le secteur public du mode de gouvernance du secteur privé par l'adoption d'exigences d'efficacité, d'efficience et d'économie, par une injonction de rendement accompagnée d'une obligation de résultats. Un contrôle de l'action s'installe progressivement ainsi qu'une nécessité de justification, autrement dit l'obligation de rendre des comptes sur les résultats obtenus.

La gestion managériale trouve sa légitimité dans la neutralité prétendument scientifique qui fonde et renforce le bien-fondé de sa théorisation et de son application méthodologique. L'expansion des technologies informatiques, des instruments de mesure et de modélisation mathématique sont au service de l'idéologie gestionnaire² qui est sous-tendue par une construction réductionniste de l'homme à travers le prisme des théories portant sur le « capital humain » et l'*homo economicus*. Selon cette anthropologie, l'être humain apparaît comme un individu prévisible, mû par une rationalité instrumentale ; la subjectivité, les affects, l'historicité, la culture sont considérés comme non-pertinents. La logique technique prime, les variables non-mesurables sont tout simplement éliminées. Le scientisme entretient l'illusion que tous les phénomènes de la réalité peuvent être appréhendés alors même que ne sont saisis que des objets isolés qui se prêtent à l'expérimentation et à la mesure mathématique³. Nous voyons là la marque du déni dans ce refus de reconnaître la réalité de ce qui échappe à la saisie numérique, qui est donc maintenu hors du champ d'action de ces dispositifs instrumentaux.

Parmi les outils de gestion hospitalière les plus représentatifs de l'implantation du NMP, figure, la tarification à l'activité (T2A) qui consiste à financer les établissements de santé en fonction de la mesure de l'activité produite (pour les services de médecine, chirurgie, obstétrique dits MCO). La course au rendement et les méthodes d'optimisation des actes sont quelques unes des dérives de ce système de financement

1. Lise Demailly et Michel Autès, *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*, Paris : Armand Colin, 2012 ; Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris : La Découverte, 2010.

2. Vincent de Gaulejac, *La Société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Le Seuil, 2009.

3. « Il y a un risque de quantophrénie aïgue (la maladie de la mesure) qui guette tous ceux qui, au lieu de mesurer pour mieux comprendre, ne veulent comprendre que ce qui est mesurable. » (V. de Gaulejac, *op. cit.*, p. 71, souligné par nous).

qui a mis à mal bon nombre d'institutions hospitalières. Les services de psychiatrie sont, quant à eux, financés en dotation annuelle de financement (DAF) attribuée par le ministère de la santé aux agences régionales de santé (ARS). Des modèles de péréquation sont développés par les ARS qui incluent les données issues du RIM-P (Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie) pour répartir le plus objectivement possible cette DAF aux établissements de santé mentale de leur région. La saisie de l'activité est désormais obligatoire et ces données sont transmises trimestriellement aux ARS (ce qui est appelé « l'export »). Outre un usage épidémiologique, ces saisies d'actes permettent aussi d'effectuer des comparaisons entre les professionnels, entre les pôles et entre les établissements, venant mobiliser puissamment les enjeux de concurrence. Ainsi, des tableaux et des histogrammes comparatifs de l'activité font leur apparition dans les réunions : file active et/ou nombre d'actes par unité fonctionnelle, moyenne d'actes par patient et par unité fonctionnelle, ratio actes par corps de métier, taux de renouvellement des files actives... La mesure de l'activité est érigée en preuves objectives sur lesquelles s'étayent les choix stratégiques et les politiques de financement.

De nombreux dispositifs de gestion, dont la croissance est exponentielle, formalisent l'ensemble de l'activité soignante à travers des fiches ou des protocoles. Ils sont présentés comme la certification de l'excellence au service de la « qualité et de la sécurité des soins » (véritable leitmotiv de la nouvelle gouvernance hospitalière). Parmi ces outils de gestion, nous pouvons évoquer les incontournables recommandations de bonnes pratiques (RBP) émises par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elles se présentent comme des guides opératoires explicitant les actions à mener dans un contexte spécifique. Les RBP sont élaborées à partir de savoirs d'experts scientifiques sous le primat de l'Evidence-Based Medicine (EBM)⁴. Les actions et les décisions médicales doivent s'appuyer sur des « preuves » scientifiques, en d'autres termes, sur des connaissances validées scientifiquement, sur des données probantes, supplantant tout autant la parole du patient et ce qui le lie au médecin dans le colloque singulier, les heuristiques médicales ainsi que les enjeux transféro-contre-transférentiels.

4. Un numéro spécial (n° 41, Juin 2004) de la revue *Pour la recherche - Bulletin de la Fédération Française de Psychiatrie* est consacré à l'EBM, ainsi que l'ouvrage d'Anne Fagolt-Largeault, *L'Émergence de la médecine scientifique*, Paris : Éditions Matériologiques, 2012.

Le principal écueil de l'EBM serait le glissement arbitraire opérant une équivalence entre l'absence de preuves scientifiques d'efficacité et la preuve scientifique de l'absence d'efficacité. Le succès et l'expansion fulgurante de technologies objectivistes et instrumentales, à l'instar des thérapies cognitivo-comportementales, s'inscrivent dans ce cadre. Elles s'y prêtent davantage, pourrait-on dire, par leur vaste champ d'applications et par leur rentabilité économique. A contrario les approches psychodynamiques sont perçues comme un investissement coûteux par leur durée. Les TCC font valoir la possibilité d'amender des troubles phobiques, en quelques séances et arguent des exigences de scientificité et d'efficacité, là où les thérapies psychodynamiques se prêtent peu à l'évaluation positive. Cependant, ce qui prime dans le soin psychique, ce n'est pas tant la technique utilisée ou le type d'approche, mais la qualité de l'alliance thérapeutique, l'implication réciproque, la qualité de l'investissement de part et d'autre, le lien de confiance établi, la qualité de l'écoute du thérapeute, sa réceptivité psychique, son attention empathique, sa fiabilité. Des gains thérapeutiques ont en effet été évalués pour des pratiques dont les référentiels théoriques étaient différents (des thérapies comportementales, cognitives, Gestalt et psychodynamiques). Pierre Prades⁵ a montré, en partant de l'article de Jonathan Shedler, « The efficacy of psychodynamic psychotherapy », publié en 2010 dans la revue *The American Psychologist*, et, en s'étayant sur de nombreuses méta-analyses, que lorsqu'une psychothérapie fonctionne, quelles que soient les méthodes utilisées, ce n'est pas nécessairement pour les raisons énoncées dans les référentiels théoriques. Il a mis en exergue un « principe actif » commun aux thérapies psychanalytiques et aux thérapies cognitivo-comportementales, qui concerne la dynamique relationnelle et les enjeux transféro-contre-transférentiels, si nous nous exprimons en termes analytiques.

Pour ordonner le « désordre » de la complexité pathologique et de la diversité des réponses proposées, le pragmatisme gestionnaire réclame donc de l'ordre et impose des protocoles formalisés. La procéduralisation recouvre l'ensemble des processus de formation d'outils visant la normalisation des pratiques. Les fonctions et les marges de manœuvre de chaque soignant font l'objet d'une délimitation stricte codifiée dans et par les procédures. L'uniformisation attendue ne laisse pas de place

5. Pierre Prades, « L'efficacité des thérapies "psychodynamiques" : une validation empirique de la psychanalyse ? », *Revue du Mauss*, 2011, vol. 2, n° 38, p. 51-63.

à la subjectivité et obture les potentialités créatrices personnelles, groupales et institutionnelles. Le risque est grand d'une objectalisation des pratiques soignantes qui perdent leur essence en devenant de purs manuels opératoires reproductibles, au détriment d'approches subjectives et spécifiques à la réalité clinique du patient. Ces espaces de soin sont de plus en plus menacés s'ils ne sont pas normalisés et normalisants.

La procéduralisation tend à saisir, non seulement la conduite d'un acte de soin, mais aussi l'ensemble des dimensions de la vie institutionnelle par la mise en place de groupes de travail portant sur des thèmes variés (le dossier patient informatisé, le livret d'accueil du patient, ...) encadrés par les gestionnaires et développés selon une démarche de démocratie participative. La répétition d'événements dits « indésirables » (portés à la connaissance de l'administration par la FSEI, Fiche de Signalement des Événements Indésirables) sur la scène institutionnelle précipite aussi la mise en route de ces séances de travail qui visent à élaborer des procédures pour réduire le risque de survenue de ces phénomènes (ex. : prévention et gestion du mésusage d'alcool et des produits psychoactifs en milieu professionnel).

Il est fait appel au libre choix et au désir de chacun de participer à ces groupes, où, très vite, les gestionnaires finissent par imposer leurs contraintes méthodologiques. Nous sommes nombreux à avoir été de prime abord favorables à cette approche. Pendant les séances, lorsqu'un soignant exprimait ses difficultés en développant son point de vue, les gestionnaires lui répondaient qu'ils ont bien pris note de ses doléances, mais que celles-ci ne rentraient pas dans l'ordre du jour ; elles pouvaient éventuellement être l'objet d'un autre groupe destiné à réfléchir à des mesures concrètes pour encadrer et pour améliorer le phénomène soulevé. Ce qui nous est demandé, c'est d'être efficace et d'aller à l'essentiel pour répondre de façon pragmatique aux objectifs concrets visés.

Les problématiques soulevées sont bien souvent expédiées en quelques séances pour aboutir à la validation d'une procédure, dont les orientations principales ont été définies bien avant la constitution du groupe à partir de critères opératoires, réglementaires et juridiques. Parfois même, dès la première séance, un document présentant la procédure est soumis, court-circuitant les échanges qui auraient pu aborder la thématique dans toute sa complexité. D'emblée, une démarche ciblée et pragmatique visant à produire des actes normatifs, est présentée, qui exige une pensée opératoire. Le concret prend la place de la parole et de

l'écoute. Cette injonction met à mal et désarçonne, la pensée est sidérée comme « paralysée », empêchée par les exigences des gestionnaires. Beaucoup de participants ont fait part de leur impression d'avoir été instrumentalisés pour donner plus de poids à la procédure par la représentativité offerte par le groupe. Ils se sont laissés « piéger » malgré eux dans cette fabrique procédurale qui les assujettit à une force et à un pouvoir normalisant auquel ils souscrivent librement. Nombreux sont ceux qui ont répondu positivement à cette invite d'élaboration collective, comment refuser d'apporter sa contribution à des dispositifs qui peuvent influencer sur l'organisation du travail et le fonctionnement institutionnel. Nombreux sont ceux qui déclinent l'invite à un nouveau groupe de travail après avoir vécu une fois l'expérience.

Les gestionnaires, par la procéduralisation, cherchent à prémunir contre le risque de survenue d'événements indésirables en prenant en compte exclusivement la logique organisationnelle, sans trop se pencher et encore moins s'interroger sur le sens de ces manifestations selon une perspective institutionnelle. Loin des espaces d'échanges attendus par les professionnels, ces groupes de travail ne permettent pas une activité réflexive d'élaboration par la conflictualisation, la mise en tensions des contradictions et la confrontation de points de vue qui pourraient permettre de trouver, créer des compromis et des perspectives communes. Ils ne permettent pas non plus une interrogation, une prise en compte et une attention particulière à une recherche de sens. Ces questionnements sont empêchés, impossibles, inaccessibles. Les gestionnaires traitent ces phénomènes comme ils traiteraient un dysfonctionnement matériel ou technique, et, appliquent la même méthodologie du « groupe de travail » qui donne lieu à un formatage procédural. Leur discours reste impersonnel et instrumental, dominé par une ambition de normaliser les conduites. Les professionnels demeurent seuls avec leurs éprouvés douloureux, ce qui ne fait qu'accentuer encore leur malaise.

De la maladie mentale au handicap psychique

Dans nos sociétés où la pression pour l'action performante est continue, il est attendu des sujets de faire preuve d'une maîtrise de soi. L'expression des affects pénibles n'a guère sa place dans le corps social où les relations sont de plus en plus normalisées, voire aseptisées. Par exemple, les endeuillés sont poussés à « faire leur deuil » dans un délai raisonnable, à effacer voire taire leur souffrance pour reprendre, au plus

vite, le cours de leur vie. Freud a écrit : « Il est aussi remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin, bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal. Nous comptons bien qu'il sera surmonté après un certain laps de temps, et nous considérons qu'il serait inopportun et même nuisible de le perturber⁶ ». Contrairement à cette remarque de Freud, de nos jours, la souffrance de la perte, de l'absence d'un être cher, est de plus en plus pathologisée et relève d'un soin qui vise à normaliser les conduites par l'amendement des troubles les plus dérangeants. Avant même que le deuil ne s'exprime, nous recevons fréquemment, au CMP, des demandes de rendez-vous avec un pédopsychiatre ou un psychologue pour des fratries complètes dès l'annonce d'un décès dans la famille ! La pathologisation de la souffrance de la perte d'un proche rejoint le mouvement d'une « médicalisation de l'existence⁷ », au sens où tout passage à vide, tout coup dur de la vie, toute perte, etc. sont considérés comme des états pathologiques qu'il convient de traiter médicalement, selon une « clinique pharmaco-induite⁸ », où les troubles sont de plus en plus référencés en fonction de l'action des médicaments. La prise d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques seule peut certes améliorer les symptômes, mais elle ne conduit pas à une guérison (le fait de les dénommer « anti- » rappellent les antibiotiques et peut à tort faire référence à un prétendu pouvoir de guérison) et n'empêche pas les rechutes. Il est important que ces derniers soient prescrits dans « une autre finalité qu'eux-mêmes⁹ », c'est-à-dire inscrits dans une dimension thérapeutique globale, s'ils se suffisent à eux-mêmes, nous aurons un trajet classique de consommateur de soins.

Concomitamment, avec la pathologisation des « passions humaines¹⁰ », s'opère un autre glissement, celui des psychopathologies déplacées dans le champ du handicap psychique accompagné d'une propension

6. Sigmund Freud, « Deuil et mélancolie » (1917), in *Métapsychologie*, trad. J. Laplanche et J.-B. Pontalis, Paris : Gallimard, 1968, p. 146, souligné par nous.

7. Roland Gori & Marie-José Del Volgo, *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël, 2005 ; Édouard Zarifian, *Des paradis plein la tête*, Paris : Odile Jacob, 1994.

8. P. Landman, *Tous hyperactifs ? L'incroyable épidémie des troubles de l'attention*, Paris : Albin Michel, 2015, p. 31.

9. R. Gori & M.-J. Del Volgo, *La santé totalitaire*, op. cit., p. 272, souligné par les auteurs.

10. Roland Gori, *Logique des passions*, Paris : Denoël, 2002.

à constituer des dossiers de reconnaissance de handicap auprès des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Un jeune enfant que nous nommerons Marvin, avait trois ans et demi lorsque son enseignante de petite section de maternelle conseille à ses parents de consulter au CMP. En effet, son comportement inquiète ainsi que son retard de langage. Les parents suivent les conseils de l'institutrice et demandent un suivi orthophonique. Un bilan orthophonique est donc réalisé. Cependant, le suivi en orthophonie n'a pas pu se mettre en place, l'attitude de refus et d'opposition de Marvin mettait à mal les séances proposées.

À l'école, Marvin est un petit garçon qui peut entrer dans les apprentissages et qui possède des connaissances. Il « essaie » d'exécuter les tâches demandées, mais son enseignante parle d'une « incapacité à se concentrer plus de trois minutes ». Il a besoin d'une présence constante à ses côtés pour se mobiliser et se poser sur un travail.

Une réunion d'équipe éducative (REE) en présence de l'enseignante de grande section, du directeur de l'école maternelle et des parents est mise en place afin de réfléchir aux « besoins éducatifs spécifiques » de Marvin. L'agressivité de Marvin envers ses pairs et son agitation sont mises en avant. Ils s'accordent sur la nécessité pour Marvin de bénéficier d'un(e) auxiliaire de vie scolaire (AVS) pour maintenir son intégration scolaire. Les conclusions de cette rencontre sont transmises à la MDPH, en vue de saisir une Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Consécutivement à cette réunion, le Dr X., pédopsychiatre au CMP, a commencé à recevoir Marvin et ses parents. Un certificat médical est nécessaire pour la constitution du dossier MDPH. Ce dossier porte essentiellement sur des faits cliniques descriptifs, ce qui est pertinent en médecine somatique, notamment en cas d'atteintes physiques dont on peut mesurer la gravité, l'évolution et les conséquences sur les activités de la vie quotidienne. Cette « découpe » comportementale ne permet pas d'apporter la profondeur de champ nécessaire pour une saisie la plus complète possible par la prise en compte de l'histoire de Marvin, des dimensions de son fonctionnement psychique, du rôle du contexte, des relations intersubjectives, familiales et groupales, de son expérience vécue, des événements de vie ayant marqué son histoire ainsi que ceux liés à son environnement familial et social, qui peuvent avoir une importance dans l'expression symptomatologique très souvent multifactorielle.

Quelques mois plus tard, les parents ont reçu une notification MDPH qui institue une aide humaine mutualisée : cinq heures trente par semaine lui sont attribuées pour son entrée en cours préparatoire. Un suivi médical mensuel, puis trimestriel se met en place, parallèlement à la psychothérapie individuelle de Marvin. Un bilan psychomoteur est également effectué au CMP. La mère de Marvin en a effectué la demande suite aux remarques récurrentes de l'enseignante de grande section de maternelle qui pointait des « problèmes de graphisme ».

Marvin est un jeune garçon qui vient avec beaucoup d'enthousiasme aux séances. Il est très vif, il manifeste beaucoup de curiosité. Dès son arrivée au CMP, il entre en relation et il salue chaque professionnel rencontré, il s'attarde même au secrétariat pour discuter avec la secrétaire. Son arrivée est remarquée, dans la salle d'attente, il joue bruyamment. Il peut se montrer étouffant en submergeant les autres enfants de ses essais pour entrer en relation. Il est constamment en mouvement et il réagit mal aux frustrations. Il donne à voir une image de « gros dur », qui tente de masquer une grande sensibilité et une vulnérabilité narcissique, aussi, il est plutôt attachant. Il peut éprouver des difficultés à se situer dans le temps et l'espace mais aussi à maîtriser les limites de son corps propre. Il exprime parfois un malaise corporel mettant en avant des somatisations (douleurs au ventre, notamment). Des énoncés à tonalité dépressive sont épisodiquement exprimés. Dans ces moments-là, il verbalise des sentiments de tristesse et d'inutilité associés à des vécus de préjudice et d'injustice, essentiellement dans le milieu scolaire.

Marvin possède des capacités relationnelles et il s'inscrit volontiers dans l'échange. Il prend intérêt dans le maniement des jouets, préférentiellement des jeux de construction et de réparation ; il ébauche des jeux soutenus par l'étayage que je lui apporte. Dans les scénarii élaborés avec les Playmobiles, les figures paternelles y occupent une place centrale, dans le registre de la toute-puissance et de la revendication. Il peut introduire des éléments de sa vie quotidienne et évoquer ses amis ou sa relation avec sa maîtresse.

J'apprendrai à l'occasion d'une ESS (réunion d'Équipe de suivi de la scolarisation qui rassemble l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de l'enfant reconnu en situation de handicap) que l'institutrice conseille aux parents de réaliser un bilan auprès du CRTLA (Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages), eu égard aux difficultés motrices et aux problèmes de repérage dans l'espace de

Marvin. À l'issue de cette réunion, l'enseignante référente auprès de la MDPH nous demande de bien vouloir lui adresser un nouveau certificat médical ainsi qu'une note d'évaluation psychologique pour appuyer la demande d'augmentation des heures de l'AESH (Accompagnant-e des Élèves en Situation de Handicap).

S'ensuivront parallèlement aux suivis mis en place au CMP, des consultations auprès de médecins spécialistes et des explorations supplémentaires. Les parents ont pris contact avec le CRTLA. En attente du rendez-vous, ils ont décidé de demander un autre avis. Un rendez-vous chez un « spécialiste », un neuropédiatre en libéral, a été programmé. Dès la première consultation, ce médecin a posé le diagnostic suivant : « TDAH avec troubles du comportement secondaire » associé à un « trouble visuo-spatial », une « dysgraphie » et une « dyspraxie ». Il demandera de faire pratiquer un nouveau bilan orthophonique avec une rééducation si nécessaire. Un bilan cardiologique sera effectué pour la mise en place d'un traitement. La neuropédiatre du CRTLA rencontrée par la suite demandera une évaluation neuropsychologique qui sera réalisée en libéral.

La demande initiale des parents est avant tout commandée par la pression de l'école. Les troubles des conduites, en particulier, les agirs sont mis au premier plan et se relie à des perturbations des fonctions instrumentales, des troubles du langage, des problèmes d'attention et des maladresses psychomotrices. Des mesures rééducatives sont mises en place, et, à partir de la validation du dossier MDPH, des aménagements supplémentaires sont organisés qui incluent l'intervention d'une AESH. L'équipe du CMP, par son approche globale, accueille et porte attention à l'enfant mais aussi à sa famille ; une sensibilité est accordée aux mouvements défensifs déployés, en découlent des ajustements constants de nos moyens thérapeutiques. À cet égard, nous pouvons évoquer la perspective de soins groupaux à l'hôpital de jour. Les parents de Marvin ont exprimé beaucoup de réticence au sujet de ce lieu de soin. Leurs défenses sont entendues. Les parents ont *in fine* accepté une présentation mais se sont rétractés quelques jours avant la date prévue. Ils maintiennent un certain déni sur la gravité des manifestations psychopathologiques de leur enfant. Nous avons pris le parti de respecter le narcissisme parental pour préserver une alliance thérapeutique, en répondant notamment favorablement à leur demande essentiellement rééducative (d'abord l'orthophonie, puis la psychomotricité). Ils

accepteront quelque temps plus tard après un long travail mené avec Marvin et ses parents.

Dans notre position clinique, nous essayons autant que faire se peut, de respecter le rythme et la temporalité propres aux familles. Nous accompagnons une démarche d'élaboration de la demande par un travail de subjectivation de celle-ci par l'enfant et ses parents. Notre approche permet de rendre acteurs les familles qui s'approprient la démarche, évitant ce faisant les réactions défensives (déni, voire rupture, p. ex.) pouvant être suscitées lorsque la demande leur arrive de l'extérieur (proche ou professionnel). Nous avons été respectueux des mouvements défensifs exprimés et nous avons pris le temps de progresser selon leur temporalité propre jusqu'à l'expression d'une demande authentique tout en composant avec l'intervention d'autres professionnels (libéraux, centres ressources). Cette approche a l'avantage d'être moins stigmatisante pour l'enfant et sa famille, et, leur donne le temps de cheminer vers un soin psychique spécifique et adressé.

Un enfant « agité », « en difficulté pour apprendre » ou un enfant soupçonné d'avoir un « retard », les parents sont alors interpellés. Leur enfant est orienté vers des « spécialistes » pour la passation de bilans (orthophonique, psychomoteur, neuropsychologique, etc.) dont les conclusions vont appuyer les demandes de compensation. Les professionnels de l'Éducation nationale mettent en avant des « écarts » de conduite par rapport à une norme sociale. Les professionnels de santé sont sollicités en tant que techniciens pour repérer des dysfonctionnements ou des troubles en vue de leur diagnostic (ТДАН, troubles des apprentissages, etc.).

La reconnaissance du handicap apposée par la MDPH vient fixer l'enfant dans une position de porteur de handicap alors même que nous essayons de l'en dégager afin qu'il puisse penser et se penser différemment, et, accéder à une autre image de lui-même à travers les réaménagements narcissiques et objectaux mobilisés par et dans le processus psychothérapeutique, d'autant plus lorsque l'enfant a vécu d'importantes altérations dans ces registres.

Dès leur plus jeune âge, les enfants sont soumis à des impératifs, il est attendu d'eux qu'ils se conforment à des normes d'efficacité qui correspondent à leur classe d'âge selon une lecture essentiellement comportementale et cognitive, ceux qui s'en écartent sont très vite considérés comme déficitaires, et, des procédures sont lancées un peu trop

systématiquement pour mettre en œuvre des compensations. Marvin a été décrit comme un enfant agité, qui perturbe la classe et qui est « en difficulté » pour apprendre. Il est important de prendre en compte les processus psychodynamiques qui sous-tendent ces agirs et le contexte familial dans lequel ils se déploient.

L'étiquette vient s'inscrire dans l'identité même du sujet (« Je suis hyperactif ! »), chez Marvin, c'est d'un ton triomphant qu'il l'exprime. Nous pouvons aussi y entendre une forme de retournement du stigmaté¹¹. Tout se passe comme si, pour supporter cette étiquette apposée, il l'endosse complètement, il se l'approprie, la mettant au service d'un « soi grandiose¹² » en devenir. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure les professionnels participent à ces « usages sociaux des handicaps¹³ ». Les certificats médicaux, les notes et les bilans rédigés par nos soins et transmis aux MDPH pour « appuyer » les demandes de compensation vont dans ce sens et légitiment les orientations en participant d'une réification de la souffrance psychique évacuant la subjectivité et la part prise dans la constitution du symptôme.

Il est important de prendre en compte ces pressions adaptatives émanant d'organismes d'État et de ne pas perdre de vue que nous sommes au service d'un sujet et que nous sommes garants du respect de sa personne dans sa dimension psychique. Les soins psychiques, selon notre approche bio-psycho-sociale, prennent en compte l'intrication de facteurs biologiques, de déterminants psychologiques et sociaux, et, sont au service du sujet auquel nous garantissons une place singulière.

Les dispositifs associés à une approche bio-comportementale de la santé mentale proposent la mise en place de mécanismes de compensation pour répondre aux « besoins spécifiques » de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte reconnu en situation de handicap. Ces dispositifs visent à adapter leurs conduites aux normes sociales, scolaires et professionnelles, et, ainsi assurer leur maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Cependant, ce maintien, cette « inclusion » du sujet dans l'espace social se fait au prix de son « marquage », comme l'a écrit Alain-Noël Henri, c'est « moyennant une stigmatisation qui

11. Erving Goffman, *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps* (1963), Paris : Éd. de Minuit, 1975.

12. Heinz Kohut, *Le Soi. La psychanalyse des transferts narcissiques*, trad. M. A. Lussier, Paris : Presses Universitaires de France, 1974.

13. Erving Goffman, *op. cit.*

le place sous la tutelle étroite d'un réseau d'experts présumés¹⁴ ». L'apposition de ce stigmate n'est pas anodine et vient s'inscrire dans les signifiants identitaires comportant un risque de fixation dans l'entité diagnostique qui peut mettre à mal les potentialités évolutives du sujet.

Les mutations contemporaines de l'organisation des soins en santé mentale ont introduit une transformation radicale de la conception du soin psychique. Le modèle n'est plus orienté vers la lutte contre la maladie mais vers la promotion de la santé mentale, définie selon des notions telles que le bien-être, le développement personnel ou la qualité de vie. Les troubles sont évalués non plus dans leurs manifestations cliniques, mais à partir de savoirs-experts issus d'études épidémiologiques. L'évaluation clinique se réduit à une objectivation de signes observables qui répondent aux nosographies et qui font l'objet d'actes codifiés et normés. La conception des soins psychiques est biomédicale et s'appuie sur un déterminisme neurophysiologique, voire génétique pour expliquer l'étiologie des troubles psychiques.

La santé étant l'affaire de tous, nous constatons une superposition d'interventions aux référentiels théoriques et méthodologiques différents ainsi qu'une grande disparité de l'offre en santé mentale issue de domaines différents (sanitaires, médico-sociaux, sociaux, des acteurs privés, etc.). Les unes, certes valorisées par les politiques législatives, n'annulent pas forcément celles qui ne se fondent pas sur une logique de la preuve. Le défi majeur sera : comment ne pas se perdre, comment travailler ensemble et développer une pratique plurielle de soins psychiques qui a du sens, et ce, dans un contexte caractérisé par une nouvelle donne économique et administrative, où les cartes sont redistribuées et où chaque service, public comme privé, doit « se battre » pour obtenir tel financement ou telle allocation de ressources ou tout simplement pour continuer à exister. Toute approche, quelle qu'elle soit, prise isolément, est réductrice. Il est important de poursuivre la réflexion sur comment faire exister aux côtés de la conception biomédicale issue de l'EBM, une approche psychologique étayée sur les avancées des sciences humaines et sociales, une clinique du lien et de la rencontre clinique, qui respecte et reconnaît le travail de pensée, l'histoire propre du sujet et le sens de son inscription sociale, les affects et leurs composantes pulsionnelles.

14. Alain-Noël Henri, « Le secret de famille et l'enfant improbable », in *La formation en psychologie. Filiation bâtarde, transmission troublée* / sous la dir. de Patricia Mercader et Alain-Noël Henri, Lyon : PUL, 2004, p. 203.