



L'ENFANT « NON CONFORME ». CORPS, NORMES, CLASSIFICATIONS

9 ET 10 NOVEMBRE 2018

Université de Strasbourg
Faculté de psychologie
Amphi Viaud
12 rue Goethe, 67000 Strasbourg

COLLOQUE ORGANISÉ PAR L'EA 3071 -
SULISOM
AVEC LE SOUTIEN :

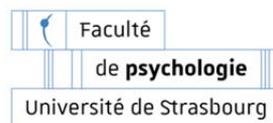


Table des matières

Remerciements	7
Programme	8
Vendredi 9 - Plénière (8h45-10h).....	10
Corps sexué de l'enfant et normes sociales	11
Gérard NEYRAND.....	11
Vendredi 9 - Plénière (10h-11h15).....	12
L'enfant non conforme : l'idéal du pédopsychiatre ?.....	13
Bernard GOLSE	13
Vendredi 9 - Table ronde : Autisme, diagnostic, subjectivité.....	14
Autisme et Affinity therapy	15
Myriam CHÉREL	15
Autismes de l'enfance : perspectives théoriques et cliniques	16
Jérôme BOUTINAUD.....	16
La traversée du diagnostic comme mode d'accès à la subjectivité.....	17
Laure RAZON.....	17
Vendredi 9 - Atelier 1 : Dispositifs thérapeutiques au collège et ensuite	18
Le tournant thérapeu-éthique de la philosophie contemporaine	19
José-Miguel ALVARÈZ.....	19
Philosophie et Résilience testées auprès d'adolescents en lycée professionnel..	21
Johanna HENRION-LATCHÉ, Emmanuèle AURIAC-SLUSARCZYK.....	21
« Adaptez-vous, qu'ils disaient ! » L'éthique du psychologue clinicien dans l'institution scolaire.....	23
Frédérique RIEDLIN	23
Vendredi 9 - Atelier 2 : L'enfant "agité"	25
Relation d'objet et recours à la motricité chez des filles en âge de latence.....	26
Julie COHEN-SALMON	26
La question de l'agitation chez l'enfant : trouble, symptôme ou névroses actuelles ? La figure de l'enfant maléfique	27
Stéphane MUTHS.....	27
L'enfant « TDAH » et effet de la norme dans la clinique.....	28
Jonathan NICOLAS.....	28

Séductions et position passive érotisée : des « éléments perturbateurs' » dans la classe et dans le collège ?.....	30
Pierre DELLACA-MINOT	30
Vendredi 9 - Atelier 3 : L'enfant "inadapté"	32
Préserver la subjectivité de l'enfant dit « Dys »	33
Chantal COISEUR	33
Les discours cliniques face aux corps mutilés : l'ombre portée de l'inquiétante étrangeté.....	35
Adrien CASCARINO	35
L'enfant et son orientation dans le champ du handicap.....	37
Elisabeth COLAS.....	37
Vendredi 9 - Atelier 4 : Dispositifs thérapeutiques à l'école et ailleurs.....	39
Le dispositif d'approche ethnoclinique du Service d'Investigation Educative du Haut-Rhin (SIE68 – ARSEA).....	40
Jean DUMEL, Ravi SIVANANDAME	40
Renouer avec la pratique de secteur et la psychothérapie institutionnelle. Développer des dispositifs spécifiques. Une nécessité pour la prise en charge d'enfants « non conformes »	41
Catherine ZITTOUN	41
Les « troubles du comportement » à l'école : rôle et place des ateliers de médiation. Apports dans les relations famille-école.....	42
Nadine DEMOGEOT, Anne PORRECA, Delphine MATUSZYNSKI.....	42
Une forme de travail parent-adolescent	44
Noémie GACHET-BENSIMHON.....	44
Vendredi 9 - Table ronde : La consultation psychologique	46
Le jour d'après : premier entretien avec un enfant et sa famille après l'annonce par le médecin traitant de la mort inévitable.	47
Florence SCHMITT	47
La structure et son dehors organique. Réflexions à partir d'une psychothérapie analytique en contexte de « pathologie neurodéveloppementale » infantile d'origine génétique	48
Olivier PUTOIS.....	48
Les enfants en deuil. Faut-il pleurer ?.....	49
Marie-Frédérique BACQUÉ.....	49

Samedi 10 - Table ronde : Le corps	51
Nul doute possible : les enjeux de la prise en charge chirurgicale des bébés intersexes.....	52
Mélanie JACQUOT	52
« L'hyperactivité : un enfant trop vivant ? »	53
Claire METZ, Anne THEVENOT.....	53
Samedi 10 - Table ronde : École et apprentissages.....	54
Approche clinique des troubles des apprentissages	55
Jean-Yves CHAGNON.....	55
La « suspicion » de haut potentiel intellectuel et le paradoxe de l'hyper-normalisation de la souffrance psychique de l'enfant	56
Pascal ROMAN	56
Le phénomène de répétition lié à la pulsion de mort dans les situations de décrochages scolaires. Etudes de cas.....	57
Jean-Marie WEBER	57
Samedi 10 - Table ronde : Le travail thérapeutique.....	59
La psychanalyse d'enfant présentant des mécanismes de défenses psychotiques	60
Liliane GOLDSZTAUB.....	60
Entre l'enfant et l'adulte qui s'occupe de lui, un comportement... ..	60
Marie-Claude CASPER	60
Samedi 10 - Atelier 1 : Apprentissages et handicaps à l'école aujourd'hui	61
L'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap : enjeux éthique et subjectifs	62
Christina PINELLI	62
L'école troublée : du trouble de l'élève à la question du handicap	63
Jeannine LOSSER.....	63
Ulysse ou construire un pont entre deux mondes	64
Catherine KLEIN	64
Savoir lire et calculer est-il le produit d'un élève neuronal ?.....	66
Philippe MEYER.....	66

Samedi 10 - Atelier 2 : "Hyperactivité" et violences agies sur soi ou sur l'autre	68
L'incertitude diagnostique, une nécessité pour la compréhension des enfants hyperactifs.....	69
Sonia AJILI-JUNG, Gauthier DUBAUT	69
« Dé-monstrer » les jeunes inscrits dans la violence ; propositions d'outils thérapeutiques pour restaurer l'espace privé	71
Marie RÉVEILLAUD.....	71
L'enfant placé : un enfant comme les autres...quoique !	73
Chad CAPE	73
L'enfant désigné comme « monstre ».....	75
Barbara SMANIOTTO	75
Samedi 10 - Atelier 3 : L'enfant, les TICs, l'éthique	77
« Facebook à l'épreuve de la différence ».....	78
Rémy POTIER.....	78
« Etre conforme dans les univers numériques : injonctions et paradoxes »	79
Marion HAZA.....	79
Les névroses actuelles de l'enfant et leurs « in-patients ». Essai de classification phénoménologique.....	80
Alex RAFFY	80
Des nouvelles formes de dénouage de R.S.I. dans le discours scolaire : nouveaux défis à l'école.....	81
Ilaria PIRONE, Jean-Marie WEBER	81
Samedi 10 - Atelier 4 : Corps et normes	82
De l'identité sexuelle à l'identité de genre. Comment accompagner les enfants et les adolescents transgenres ?.....	83
Thierry GOGUEL D'ALLONDANS	83
L'enfant au corps « hors norme » - une maladie à soigner ?	84
Daria DRUZHINENKO-SILHAN	84
L'enfant peut-il être non conforme sur le plan de son sexe ?.....	86
Dr Guillaume RIEDLIN	86
Index des intervenants	88

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout particulièrement à remercier pour leur soutien dans l'organisation de ce colloque :

Mme Catherine Florentz, Vice-Présidente Recherche et Formation doctorale et le Conseil Scientifique de l'Université de Strasbourg pour son soutien financier.

Mme Eva Louvet, Doyen de la Faculté de Psychologie de l'Université de Strasbourg
pour nous accueillir dans les locaux de la Faculté de Psychologie et la commission
Recherche pour son soutien financier.

La Maison Interuniversitaire des Sciences de l'Homme d'Alsace et l'École Supérieure du Professorat et de l'Éducation de l'Académie de Strasbourg pour les subventions allouées au laboratoire SuLiSoM.

Le Conseil de l'Europe qui a accepté de nous soutenir en nous accordant son patronage.

Harmonie Mutuelle pour leur apport financier.

Mme Sandrine Amé, Secrétaire de l'EA 3071, pour son aide précieuse sans laquelle ce colloque n'aurait pas lieu.

M. Philippe Enderlin, pour la réalisation du site internet et des supports de communication.

Les étudiants de Psychologie pour leur aide matérielle et logistique.

Et bien sûr l'ensemble des intervenants pour avoir accepté d'apporter leur contribution scientifique et d'échanger avec nous, ainsi qu'au public qui a répondu à notre invitation.

Au nom de l'EA 3071 et du Comité scientifique,
Les coordinatrices : Marie-Frédérique Bacqué & Claire Metz

PROGRAMME

Vendredi 9 novembre 2018

8h15 Accueil des participants

8h30 Ouverture du colloque, **Catherine Florentz, Vice-présidente Recherche et formation doctorale**

Introduction du colloque, **Claire Metz, Marie-Frédérique Bacqué, directrice EA 3071**

8H45 – 10h PLÉNIÈRE DÉBAT

Gérard Neyrand, « Corps sexué de l'enfant et normes sociales »

10h – 11H15 PLÉNIÈRE DÉBAT

Bernard Golse, « Les nouvelles nosographies en clinique infantile »

11h15 Pause

11H30 – 13H00 TABLE RONDE DÉBAT « AUTISME, DIAGNOSTIC, SUBJECTIVITÉ »

Myriam Chérel, « Autisme et Affinity Therapy »

Jérôme Boutinaud, « Les autismes de l'enfance : perspectives théoriques et cliniques »

Laure Razon, « La traversée du diagnostic comme mode d'accès à la subjectivité »

13h00 – 14h30 Pause déjeuner

14H30 – 16H30 4 ATELIERS EN PARALLÈLE

1 - Dispositifs thérapeutiques au collège et ensuite : José Miguel Alvarez, Johanna Henrion-Latche & Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Frédérique Riedlin

2 - L'enfant « agité » : Julie Cohen-Salmon, Stéphane Muths, Jonathan Nicolas, Pierre Dellaca-Minot

3 - L'enfant « inadapté » : Chantal Coiseur, Alexandra Gillet, Adrien Cascarino, Elisabeth Colas

4 - Dispositifs thérapeutiques à l'école et ailleurs : Ravi Sivanandame, Catherine Zittoun, Porreca Anne, Demogeot Nadine, Matuszinski Delphine, Noémie Gachet-Bensimhon

16h30 – 16h45 pause

16H45 – 18H15 TABLE RONDE DÉBAT « LA CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE »

Florence Schmitt, « Premier entretien avec un enfant et sa famille après annonce par le médecin de la mort inévitable »

Olivier Putois, « La structure et son envers organique. Réflexions à partir d'une psychothérapie analytique en contexte de "pathologie neurodéveloppementale" infantile d'origine génétique »

Marie-Frédérique Bacqué, « Les enfants en deuil : faut-il pleurer ? »

Samedi 10 novembre 2018

9H – 10H TABLE RONDE DÉBAT « LE CORPS »

Mélanie Jacquot, « Nul doute possible : les enjeux de la prise en charge chirurgicale des bébés intersexes »

Anne Thevenot et Claire Metz, « L'hyperactivité : un enfant trop vivant ? »

10H – 11H30 TABLE RONDE DÉBAT « ÉCOLE ET APPRENTISSAGES »

Jean-Yves Chagnon, « Approche clinique des troubles des apprentissages »

Pascal Roman, « La suspicion de haut potentiel intellectuel et le paradoxe de l'hyper-normalisation de la souffrance psychique de l'enfant »

Jean-Marie Wéber, « Le phénomène de répétition lié à la pulsion de mort dans les situations de décrochages scolaires. Études de cas »

11h30 Pause

11H45 – 13H15 TABLE RONDE DÉBAT « LE TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE »

Simone Korff-Sausse, « L'enfant handicapé, un enfant "hors norme" »

Liliane Goldsztaub, « Psychanalyse d'enfants présentant des mécanismes psychotiques prépondérants »

Marie Claude Casper, « La place du comportement dans la prise en charge de l'enfant »

13h15 – 14h30 Pause déjeuner

14H30 – 16H30 4 ATELIERS EN PARALLÈLE

1 - Apprentissages et handicaps à l'école aujourd'hui : Christina Pinelli, Jeannine Lossier, Catherine Klein, Philippe Meyer

2 - « Hyperactivité » et violences agies sur soi ou sur l'autre : Sonia Ajili-Jung, Gauthier Dubaut, Marie Reveillaud, Chad Cape, Barbara Smaniotto

3 - L'enfant, les TICs, l'éthique : Rémy Potier, Marion Haza, Alex Raffy, Ilaria Pirone, Jean-Marie Wéber

4 - Corps et normes : Wendy Vives Leiva, Thierry Goguel D'Allondans, Daria Druzhinenko-Silhan, Guillaume Riedlin

16H30 – 17H CONCLUSIONS DU COLLOQUE, Claire Metz

Vendredi 9 - Plénière (8h45-10h)

CORPS SEXUE DE L'ENFANT ET NORMES SOCIALES

Gérard NEYRAND

Sociologue. Professeur émérite à l'université Toulouse 3, F2SMH, laboratoire CRESCO

L'immaturation du nouveau-né donne une importance fondamentale à tous les processus de transmission, notamment la transmission des normes qu'il doit acquérir pour devenir un être humain, un individu d'une société et le sujet de son histoire. Mais cette transmission normative multiforme peut connaître bien des aléas. A cet enfant qui se trouve constitué d'emblée en être social la socialisation vient apporter l'ensemble des façons d'être, de vivre, de se comporter, les systèmes symboliques qui lui permettront de se repérer, les règles et les lois qui l'encadrent, et les émotions qui le façonnent. Le tout venant s'inscrire d'une façon largement inconsciente et non maîtrisée dans son corps et le produire comme une personne unique. L'un des grands organisateurs de cette conformation de l'enfant à la société qui l'héberge et à la famille qui s'en occupe réside de toute évidence dans la différence des sexes, ou, plus exactement, dans ce que le genre interprète comme participant du masculin ou du féminin à l'intérieur de l'ordre normatif de la société. D'emblée le sexe est codé en genre et renvoyé à une différenciation multiforme de l'un par rapport à l'autre. Nous évoquerons quelques-unes des stratégies de différenciation et de perpétuation d'un ordre social explicitement genré, qui trouve dans le corps de l'enfant le meilleur support pour établir des différenciations qui seront presque naturellement renvoyées à ce qui fonde en évidence la différence, le biologique. L'approche socio-anthropologique permet alors d'effectuer quelques démarches de déconstruction de cet ordre et des classifications qu'il opère.

Vendredi 9 - Plénière (10h-11h15)

L'ENFANT NON CONFORME : L'IDEAL DU PEDOPSYCHIATRE ?

Bernard GOLSE

Pédopsychiatre-Psychanalyste (Association Psychanalytique de France) ; Chef du service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants malades (Paris) ; Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris Descartes (Paris 5) ; Président de l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA), Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Université Paris Descartes (Paris 5)

Mots-clés : AUTISME, CLASSIFICATIONS, DÉPRESSION, HYPERACTIVITÉ, SOCIÉTÉ

Le pédopsychiatre ne cherche aucunement à rendre conformes les bébés, les enfants et les adolescents qu'il rencontre.

Son objectif est plutôt d'aider les patients à être en adéquation avec leurs propres désirs tout en faisant en sorte, bien entendu, que leurs mouvements psychiques soient respectueux d'autrui et d'eux-mêmes.

Il importe de rappeler que la grande majorité des patients qui consultent en pédopsychiatrie se situent dans ce qu'il est convenu d'appeler « les variations de la normale », sans pouvoir aucunement être référés - fort heureusement - à telle ou telle rubrique spécifique des grandes classifications internationales.

C'est dans cette perspective que se déploiera cette intervention avec divers possibles questionnements :

- Entre l'enfant qui ne bouge pas assez et celui qui bouge trop, où se situe véritablement le champ de l'hyperactivité ?
- Entre l'enfant triste et l'enfant excité, où se situent véritablement les champs de la dépression et de l'hypomanie ?
- Entre le retrait interactif simple et le retrait autistique proprement dit, où se situe véritablement la dimension autistique propre au vivant psychique ?

Comme on le verra, l'enfant non conforme plait au pédopsychiatre.

Ceci étant, si chaque société secrète effectivement ses normes en matière d'éducation, de croissance et de maturation psychiques, c'est le rôle de l'éthique du sujet et de l'éthique du savoir d'aider les bébés, les enfants et les adolescents à conserver, en dépit de tout, un certain degré de liberté développementale

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Golse B., *Les destins du développement chez l'enfant (Avenirs d'enfance)*, Éditions Érès, Coll. « la vie de l'enfant », Toulouse, 2010
- Golse B., *Mon combat pour les enfants autistes*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2013

Vendredi 9 - Table ronde : Autisme, diagnostic, subjectivité

AUTISME ET AFFINITY THERAPY

Myriam CHÉREL

Maître de conférences en psychopathologie et clinique psychanalytique, responsable du GRA (Groupe recherche autisme), Université européenne de Bretagne, EA4050, Rennes 2

Mots-clés : AUTISME, INTÉRÊT SPÉCIFIQUE DE L'ENFANT, CRÉATION D'UN LIEN, OUVERTURE AU MONDE

Les nouvelles recherches sur l'autisme rassemblées sous le terme d'*Affinity therapy*^[1], montrent combien prendre appui sur l'intérêt spécifique de chaque autiste, sur son affinité a des incidences majeures dans le traitement de l'autisme, tout aussi bien quant à son rapport au corps par une régulation de la libido, mais aussi à la parole vers la création d'un lien, vers une ouverture au monde et aux apprentissages.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- ^[1] Perrin M. (dir.), *Affinity therapy, nouvelles recherches sur l'autisme*, PUR, Rennes, 2015

AUTISMES DE L'ENFANCE : PERSPECTIVES THEORIQUES ET CLINIQUES

Jérôme BOUTINAUD

Psychomotricien-Psychologue clinicien ; Psychothérapeute ; Maître de conférences en psychologie clinique (Université Paris Descartes SPC) ; Membre titulaire du laboratoire PCPP (Psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse, EA 4056)

Mots-clés : AUTISMES DE L'ENFANCE, IMAGE DU CORPS, ANGOISSES ARCHAÏQUES, AUTOSENSUALITÉ, SENSORI MOTRICITÉ

La problématique des autismes (déclinés ici au pluriel afin de rendre compte de la diversité des tableaux cliniques rencontrés sur le terrain) invite à envisager des processus complexes touchant à l'ensemble du développement de l'enfant et de ses avatars. Dans le cadre de ces pathologies, les distorsions du déploiement des fonctions cognitives et psychomotrices ainsi que de la vie psychique débouchent sur une atteinte globale de l'émergence de la personnalité de l'enfant, souvent accompagnée d'une forme de souffrance très envahissante. Si les causalités impliquées dans ces manifestations restent aussi plurielles que mal discriminées, un axe fort de leur compréhension et de leur accompagnement demeure le rapport de l'enfant autiste à son corps. La façon singulière dont s'élabore ce lien, central dans le cadre de cette pathologie, invite à une autre lecture des manifestations comportementales de ces enfants, parfois trop rapidement envisagées comme de simples signes indésirables. La lecture psychanalytique proposées par le courant post-kleinien, présentée ici de façon succincte, offre quant à elle des outils théorico-cliniques permettant non seulement de donner du sens à ces émergences mais aussi de les accompagner au cœur du travail thérapeutique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Boutinaud J. (2009). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. Paris: In'Press
- Brun A. (2007). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris: Dunod
- Haag G. (2018). *Le Moi corporel*. Paris: Puf

LA TRAVERSEE DU DIAGNOSTIC COMME MODE D'ACCES A LA SUBJECTIVITE

Laure RAZON

Maître de conférences en psychopathologie clinique, HDR, psychologue, SuLiSoM- EA 3071, Université de Strasbourg

Mots-clés : DIAGNOSTIC, SUBJECTIVITÉ, ENFANCE EN SOUFFRANCE

Les enfants hors-normes, les débiles tout comme « les fous ont simplement échoué dans une lutte qui est la même pour tous et que nous avons tous à mener sans cesse. » M. Mannoni, (*Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse*, 1970, p. 35) Il s'agit dans les propos de Maud Mannoni d'un positionnement tout autant que d'une hypothèse de travail avec l'enfant en souffrance ; positionnement qui engage le professionnel du soin et de l'éducatif et qui articule la question du soin à la scène politique.

La lutte politique continue, autrement. En effet le constat actuel du discours politique (HAS) catégorisant les enfants hors-normes ainsi que les perspectives de soins préconisés, nous les connaissons tous. Du lieu de notre résistance en travaillant sur la scène inconsciente les enjeux psychiques d'une conflictualité à laquelle est confronté l'enfant, je mettrai au travail dans cette communication les deux questions suivantes : Pourquoi un diagnostic enfermant, c'est-à-dire excluant tant la parole que la scène inconsciente, est-il si plébiscité ? Pourquoi existe-t-il des perturbateurs s'engageant sur la scène de l'inconscient ?

En tant que psychologue au CMPP de Strasbourg, j'interrogerai ces résistances à l'appui d'exemples clinique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Mannoni, M. (1970). *Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse*. Le Seuil
- Mannoni, M. (1964). *L'enfant arriéré et sa mère*. Le Seuil
- Razon, L., Putois, O., et Vanier, A. (2017). The Lacanian concept of cut in light of Lacan's interactions with Maud Mannoni. *Frontiers in psychology*, 8, 2177. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02177>

Vendredi 9 - Atelier 1 : Dispositifs thérapeutiques au collège
et ensuite

LE TOURNANT THERAPEU-ETHIQUE DE LA PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

José-Miguel ALVARÈZ

Doctorant, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg

Mots-clés : JEUNESSE, INSERTION PROFESSIONNELLE, THÉRAPIE, PHILOSOPHIE, SOUFFRANCE

Traditionnellement considérée en France comme une discipline éminente, la philosophie conserve jusqu'à nos jours le prestige d'y être le couronnement du cursus secondaire et le passage obligé vers des études généraux. Enrichie par les apports de la phénoménologie et la mise en question de la part de la psychanalyse, la « philo » se présente de nos jours sous un tournant contemporain novateur plutôt orienté vers la pratique et ses multiples possibilités thérapeutiques.

C'est grâce aux travaux de Pierre Hadot qu'une nouvelle lecture de la philosophie antique s'ouvre : la « philo » va se rapprocher d'une affaire éminemment pratique car elle serait un " exercice spirituel " plutôt qu'une construction purement intellectuelle. Dans cette lignée, un nouveau regard de la philosophie s'oriente vers sa considération comme « art de vivre », plutôt que comme une discipline abstraite et théorique, censée de travailler sur l'analyse des textes en déconnexion savante face à l'éphémère quotidienneté de nos négligeables soucis individuels.

La « Philo » a-t-elle encore quelque chose à nous apporter dans les soucis de notre actualité concrète, notamment face à la question du décrochage scolaire ? Est-ce qu'une approche multidisciplinaire rassemblant la philosophie, la phénoménologie et la psychanalyse pourrait-elle encore dire quelque chose à ce propos, autrement que comme prêche instrumentalisée de la quête d'un bonheur et d'un bien-être individuels ? Quelles applications concrètes pour une discipline dont son exercice même d'abstraction demeurerait sophistiqué et distant face à un public démuné des bagages académiques pour s'y mettre ?

Notre pari c'est qu'à partir d'une compréhension interdisciplinaire de la philosophie, nous pourrions en extraire une composante thérapeutique susceptible d'être appliquée à des multiples domaines. Notre communication a l'intention de présenter nos expériences, où nous entrevoyons la nécessité d'un recentrage du sujet vers l'envisagement de l'altérité à travers les échanges intersubjectifs. Nous avons pu constater que ces ateliers ont contribué à une réduction de la souffrance psychique des jeunes en situation d'insertion professionnelle et donc en rupture avec le système éducatif. Nous avons découvert que l'établissement d'une distinction entre école et apprentissage ou entre système éducatif et processus éducatifs, permet d'orienter un travail de réappropriation de l'image narcissique individuelle.

Dans un premier moment, nous allons présenter brièvement ce courant contemporain de la philosophie où nous y voyons une exigence « éthique », pour ensuite présenter l'apport de la psychanalyse et de la phénoménologie, cette dernière étant axée sur la

réappropriation de la sensibilité, face à la rationalité des processus subjectifs. Avec cet arrière-fond théorique, la dernière partie développera l'intention panoramique de nos ateliers de parole, que nous avons appelés « thérapeute-éthique » pour l'occasion.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Levinas E., *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*, 4e édition corrigée, Bibliothèque d'histoire de la philosophie (Paris: Vrin, 2010)
- Hadot P., *Exercices spirituels et philosophie antique* (Paris: Michel, 2008)
- Lacan J., *L'éthique de la psychanalyse: 1959 - 1960*, Le séminaire de Jacques Lacan VII (Paris: Éditions du Seuil, 1986)
- Cahn R., *L'adolescent dans la psychanalyse : l'aventure de la subjectivation*, 1re éd, Le Fil rouge (Paris: Presses Universitaires de France, 1998)

PHILOSOPHIE ET RESILIENCE TESTEES AUPRES D'ADOLESCENTS EN LYCEE PROFESSIONNEL

Johanna HENRION-LATCHÉ, Emmanuèle AURIAC-SLUSARCZYK

Enseignante, Membre associé au Laboratoire Acté, EA 4281, Université Clermont Auvergne, Maître de Conférences en Psychologie, HDR, Laboratoire Acté, EA 4281, Université Clermont Auvergne

Mots-clés : ADOLESCENCE, DISCUSSION, PHILOSOPHIE, ADAPTATION, SUBJECTIVATION

Post collège, des dispositifs scolaires inclusifs conformément à la loi de 2005 s'expérimentent. Les structures d'accueil ou dispositifs variés ne manquent pas (ESS, SESSAD, EBEP, PAI, PPS ou PAP) et l'école déborde de voies/voix d'adaptation potentiellement ou réellement stigmatisantes. La problématique d'apprentissage ou de reprise(s) des apprentissages pense intégrer ou inclure les adolescents issus du champ du handicap. Or, les jeunes se côtoient sans que leur singularité de sujet ne soit prise en compte, même si la singularité du symptôme a, parfois, servi l'orientation. La question du sujet, celle de ses potentialités reste donc comme en suspens. Des propositions d'aménagement didactiques ou pédagogiques investissent souvent ce qui est désigné comme relevant de la sphère cognitive, les diagnostics préalables devenant prescriptifs d'une forme voire d'un format de remédiation. L'abondance des pathologies en « dys » a pourtant été tôt signalée comme une dérive (Florin, 2003 ; Jacquart et le collectif zéro de conduite, 2006). La polarisation sur les composantes cognitives, en voie d'être réduites aux focales neurologiques selon l'instrumentalisation récente des travaux de S. Dehaene, rétrécit encore l'espace de remédiation. Une fonction instrumentale domine au détriment d'une prise en considération (et en charge) de l'élève dans sa totalité (Wallon). Face à l'amalgame vécu (comportement mutique, hyperactivité réactionnelle, provocation), en refusant la stigmatisation que nous jugeons stérilisante (défiance, souffrance, vulnérabilité), nous avons mis au point un dispositif pariant sur la mise en discussion des adolescents entre eux, à partir de thématiques existentielles ce, dans la lignée d'un philosophe américain fondateur d'école dès 1969 (Lipman et al., 1980 ; Lipman, 1995). Au lycée, la voie professionnelle est concernée où des dispositifs pédagogiques tentent d'amener des élèves aux parcours scolaires empreints d'échecs à la résilience (Henrion-Latché, 2016 ; Auriac-Slusarczyk & Henrion-Latché, 2018). Loin des assignations à la canalisation des troubles, nous avons parié sur la force vive et de vie du groupe classe, la transformant en ce que Lipman nomme, après Dewey, une « communauté » de recherche. C'est l'ouverture d'un espace d'interlocution (Trognon, 1996), régulé par l'activité de reformulation et l'esprit d'ouverture de l'enseignant qui engage les élèves à une activité libre de penser, de s'exprimer. Reconnaisant la conversation comme princeps des conduites sociales (Trognon, 1995 ; Auriac-Slusarczyk, 2007), la tenue de celle-ci en contexte scolaire, la transforme en matériau et processus intellectuels. L'intelligence est déclarée comme fondement et non comme aboutissement de l'activité. L'adolescent est déclaré

interlocuteur valable (Lévine, 1995). La confrontation des subjectivités déploie les capacités sociales, cognitives, affectives. Nous proposerons de décrire le matériau qui sert d'ancrage au déploiement de ces conversations dialogiques, tel qu'inspiré et adapté des travaux de Matthew Lipman. Nous illustrerons les ébauches de remise en sens que les adolescents démontrent dans les propos qu'ils tiennent. Nous validerons ainsi le postulat de Cyrulnik que « ce n'est pas sur le blessé qu'il faut agir mais sur la culture ». L'orientation vers une praxis de résilience assistée par la philosophie sera défendue, ainsi que la notion de remise en récit de sa propre histoire (Ricoeur), dans ce qu'elle détient intérieurement de subjectivant (Cyrulnik, 2018) et non dans ce qu'elle arbore extérieurement de stigmatisant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Auriac-Slusarczyk, E. et Henrion-Latché, J. (2018). *Résilience et philosophie. Du courage en éducation*. Paris: L'Harmattan
- Henrion-Latché, J. (2018, juin). « Penser la résilience culturelle à l'école à partir de la discussion philosophique ». *Congrès mondial sur la résilience*, association Resilio, 27, 28, 29 et 30 juin 2018, Marseille. A paraître
- Anault, M. et Cyrulnik, B. (2014). *Résilience. De la recherche à la pratique*. Paris: O.Jacob
- Lévine J. (2008) *L'enfant philosophe, avenir de l'humanité ?* Issy-les-Moulineaux : ESF
- Gregory, M.R., Haynes, J. et Murriss, K. (2017). *The Routledge International Handbook of Philosophy for Children*, New York: Routledge Editions

« ADAPTEZ-VOUS, QU'ILS DISAIENT ! » L'ETHIQUE DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN DANS L'INSTITUTION SCOLAIRE

Frédérique RIEDLIN

PhD, Intervenante enseignante UDS, Psychologue en D.A.P, psychanalyste, Laboratoire Sulisom

Mots-clés : ADAPTATION, RECONNAISSANCE, PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET INSTITUTION SCOLAIRE, CLINIQUE DU PSYCHOLOGUE DANS L'INSTITUTION SCOLAIRE

C'est notamment sous les termes de " science de la conduite ", que Daniel Lagache a œuvré avec persévérance pendant une dizaine d'années (1937-1947) pour instituer une licence de psychologie en science puis un statut professionnel de psychologue clinicien, en y intégrant la psychanalyse, lui faisant, lui le psychanalyste par ailleurs, la part belle - malgré quelques remaniements de circonstance - dans le corpus doctrinal de la formation. Son projet constant, nous le verrons, sera d'établir de manière quelques fois hasardeuse, entre compromis et compromission, « l'unité de la psychologie »^[1], et des approches a priori contradictoires entre psychologie expérimentale et clinique, entre naturalisme et humanisme. Et ce, quel que soit le contexte social et politique, en témoigne un épisode déconcertant, que nous reprendrons : sous Vichy, D.Lagache, après avoir été fait prisonnier de guerre et s'être échappé, reprend ses activités de consultation à l'Hôpital de Clermont-Ferrand - avec des jeunes délinquants envoyés par le Tribunal - et d'enseignement à l'Université de Strasbourg repliée à Clermont-Ferrand, mais aussi dans le « centre de formation des orienteurs » point pivot du dispositif idéologique vichyste - toujours œuvrant et animé par le même but, persistant à constituer la formation du psychologue clinicien avec le succès que l'on sait aujourd'hui. Avant, pendant, après, il défendra son projet, presque dans les mêmes termes, à quelques nuances près, nous le verrons, et sa visée principale : la formation et la professionnalisation de psychologues.

Ainsi, dès l'origine, de diverses manières, mais de manière d'autant plus troublante pendant cette période tant elle vient se lover de façon tendancieuse dans le projet vichyste de la " révolution nationale ", quelque chose vient faire travailler le lien entre le rôle social voire idéologique du psychologue assermenté et l'éducation, voire alors le redressement, l'adaptation, la conduite, la sélection.

Et pourtant, dans le même geste, en introduisant de plain-pied la question de la psychanalyse et le motif de la clinique dans la formation du psychologue, Lagache a aussi contribué à ouvrir une brèche, donner une place à la naissance d'une approche psychologique qui mettra l'accent sur l'entretien et le cas particulier, l'écoute de la singularité, la subjectivité au cœur de la clinique, dont sauront se saisir des générations de psychologues cliniciens, qui constitueront une pratique clinique à partir de la théorie de l'inconscient, de la psychopathologie et de la métapsychologie freudienne, mais aussi pour beaucoup à partir d'un positionnement éthique, notamment celui de l'éthique psychanalytique.

Aujourd'hui nombre de ces tensions sont toujours à l'œuvre autour des registres de « l'adaptation » et se rejouent à partir du développement des neurosciences, une nouvelle variation sur le même thème : un retour à la causalité physique du symptôme psychique, pris « au pied de la lettre », une volonté forte de dépasser définitivement le dualisme cartésien qui représenterait désormais un point de résistance à la progression de la science, - mais avec lui la division subjective, un retour d'une forme d'amalgame dans la référence à « la clinique » et à « l'expérimental », l'émergence d'un humanisme néo-naturaliste, la tendance, s'imposant, à aborder le symptôme infantile comme comportement, conduite, ou facteur génétique ou neurologique, tendance souvent sourde à la singularité de sa formulation ou de son émergence, à sa dimension signifiante ou sa fonction dans le rapport d'un sujet à l'Autre, creusant aveuglément le fossé de plus en plus ignoré et insondable entre « un jeune » et « son comportement ». Cette contribution se propose de partir de cette « scène originaire » de la psychologie clinique, pour considérer l'actualité de cette fonction, dans le cadre de l'institution scolaire, à partir de ces pratiques cliniques en « dispositifs d'écoute » dans l'institution scolaire, notamment ici en collège, qui s'élaborent en frayant - voire forant - l'écart entre nomination et stigmatisation, reconnaissance et identification, écouter et entendre, demande, besoin et désir, dans une roche de plomb de plus en plus dure. Notre hypothèse de travail étant que la traversée de certains fantasmes originaires, permettrait d'avancer dans l'émancipation et l'affirmation de ce qui opère dans la clinique du psychologue avec les enfants et les adolescents.

[1] Nom de son ouvrage le plus célèbre, issu de la leçon inaugurale du cours de Psychologie – Sorbonne 1947.

Vendredi 9 - Atelier 2 : L'enfant "agité"

RELATION D'OBJET ET RECOURS A LA MOTRICITE CHEZ DES FILLES EN AGE DE LATENCE

Julie COHEN-SALMON

ATER Université de Rouen ; Chercheure temporaire Laboratoire PCPP Université Paris Descartes, Université Paris Descartes, Laboratoire de Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse, EA 4056., Université de Rouen, Laboratoire de Psychologie Clinique, CRFDP, EA 7475

Mots-clés : SENSORI-MOTRICITÉ, SENSORIALITÉ, TROUBLES DU COMPORTEMENT, PRÉPSYCHOSES, ADDICTION PRÉCOCE

Certains enfants, âgés de 6 à 12 ans, traversent une période de latence pleine de turbulences et ont recours à des agirs. Ces expressions agies s'opposeraient au travail psychique spécifique de la période de latence. L'enfant latent est en effet censé désinvestir sa sensori-motricité au profit d'une pensée intérieure qui se passe davantage de l'activité corporelle. L'enfant latent en bonne santé prend plaisir à apprendre, c'est-à-dire à intérioriser et à investir sa pensée. Est-ce que les manifestations comportementales bruyantes et répétées inhibent véritablement ce processus de la latence ? A partir du cas clinique d'une enfant de 10 ans rencontrée en internat thérapeutique, dans le cadre de consultations thérapeutiques individuelles et familiales, nous allons nous pencher sur cette question. Elle va nous amener à proposer une réflexion psychopathologique, situant les agirs de l'enfant au carrefour des prépsychoses et des addictions.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Anzieu, D. 1994. *Le Penser : du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris : Dunod
- Jeammet, P. 2000. « Les conduites addictives : un pansement pour la psyché » in, Le Poulichet, S. *Les addictions*. Paris : PUF, p.93-108
- Puyuelo, R. 2010. « Les enfants empêchés de latence » *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°58, p.15-21
- Winnicott, D-W. 1984. *Déprivation et délinquance*. Paris : Payot, 1994
- Zaltzman, N. 2004. « Children are pigs » in *L'esprit du mal*. Paris : Penser/Rêver, Ed. De l'Olivier, p.13-27

LA QUESTION DE L'AGITATION CHEZ L'ENFANT : TROUBLE, SYMPTÔME OU NEVROSES ACTUELLES ? LA FIGURE DE L'ENFANT MALEFIQUE

Stéphane MUTHS

Psychologue clinicien (Service de psychiatrie infanto-juvénile, EPSAN Brumath ; Docteur en Psychopathologie et Psychanalyse et Chercheur associé au CRPMS (EAD 3522) de l'Université Paris-Diderot

Mots-clés : AGITATION, DÉFENSE MANIAQUES, NÉVROSES ACTUELLES, SYMPTÔME, MÉLANCOLIE

Le travail psychothérapique avec les enfants et les adolescents en milieu hospitalier nous conduisent à interroger la question de la demande au-delà du sommaire motif de consultation. La notion de trouble et son utilisation dans certains discours normatifs ne sont pas sans effet sur leur fonctionnement psychique et laisse de côté la dimension de la souffrance psychique au profit d'une logique de dépistage diagnostique. Notre intérêt s'est focalisé sur la question des enfants agités qui n'avaient pas encore pu se construire un symptôme au sens de la psychanalyse à savoir une formation de compromis portant un sens pour le sujet. Le travail sur le fantasme semble mis en difficulté dans ces cas où le symptôme ne semble pas constitué, d'où la réactualisation nécessaire de la notion de névroses actuelles. Par ailleurs, il existe à notre sens un phénomène d'une forte destructivité que nous nommons le fantasme de l'enfant maléfique dans une chute vertigineuse de la figure de l'enfant idéal au sein de la famille. La figure de l'enfant maléfique opère à différents niveaux dans le discours de l'environnement de l'enfant. Il peut y avoir la manifestation de conduites étranges chez l'enfant qui interrogent les parents. Ces derniers peuvent peu à peu projeter à l'endroit de l'enfant un vécu persécutif. L'enfant peut à son tour s'identifier à cette figure d'enfant maléfique pour s'assurer une contenance narcissique de substitution. Peut-on envisager les réactions exacerbées de ces enfants comme une défense maniaque ? Pour ces enfants qui provoquent une résonance aussi massive que la figure de l'enfant maléfique, il convient de se poser la question de la mélancolie, voire ce que développe Louis Ruiz (2010) autour des mouvements mélancoliques en position de processus psychiques défensifs. Il situe la mélancolie se situe dans la difficulté mener à son terme l'expérience psychique de la perte.

L'ENFANT « TDAH » ET EFFET DE LA NORME DANS LA CLINIQUE

Jonathan NICOLAS

Psychologue clinicien. Docteur en psychopathologie, Chercheur associé SULISOM, EPSAN

Mots-clés : TDAH, NORMES, DIAGNOSTIC, EFFET DE NOMINATION, ÉCOLE

« C'est pas moi, c'est mon trouble ! » C'est ainsi qu'un jeune enfant reçu dans le cadre d'une thérapie m'indique qu'il n'était nullement responsable des bêtises faites à l'école, et que la seule raison qui pouvait l'expliquer était liée au diagnostic qui lui avait été posé quelques semaines auparavant, celui de son « trouble de l'attention ». Le questionnement autour du diagnostic de TDAH, comme " trouble neurodéveloppemental ", apparaît de plus en plus régulièrement dans les consultations en pédopsychiatrie publique où j'exerce. Cette nouvelle (dé)nomination semble supplanter celle d'« hyperactivité » ou d'enfant « agité », « perturbateur ». Un sigle que les parents, instituteurs et les enfants eux-mêmes semblent avoir assimilé pour évoquer les difficultés psychiques et motrices de ces derniers. En effet, cela fait quelques années qu'un glissement s'opère entre le terme de « symptôme » et celui de « handicap », intégrant ainsi les difficultés de l'enfant non plus du côté de l'expression inconsciente, de ses mécanismes de résistance, mais dans le champ du médico-social où il se verra attribuer une prise en charge scolaire (Aide à la Vie Scolaire, Projet d'Aide Individualisé, ...) et thérapeutique (TCC, ...). Cela semble rejoindre la pensée de Yann Diener lorsqu'il distingue le symptôme comme « une invention du sujet alors que le handicap est une invention de l'institution » (Y. Diener, 2011). Il ne s'agira pas ici de nier la réalité clinique qui rend compte de la prévalence de symptôme d'agitation et de déficit de l'attention, causant d'importantes difficultés pour l'enfant et sa famille. Beaucoup d'enfants souffrent d'une agitation qu'ils ne sont pas capables de maîtriser, emportés par un élan parfois anxieux qui est à la source d'un épuisement familial mais aussi scolaire. Pour certains, la mise en place d'un traitement par Ritaline apparaît comme un préalable à une thérapie guidée par la psychanalyse. Mais mon intervention aura pour objet de rendre compte de la manière dont la souffrance du sujet se trouve camouflée derrière un diagnostic, mettant ainsi en difficulté son expression et son élaboration. En somme, je pose comme premier axe de réflexion les effets d'une telle nomination sur l'enfant et sa famille, avec le risque que la notion de « handicap » vienne en quelque sorte « morceler » la singularité de l'enfant en isolant ainsi la manifestation d'agitation de son contexte familial et social. La clinique de deux petits garçons et de leurs familles va servir ici de base à notre réflexion. Mais il s'agira aussi de questionner l'émergence dans notre société d'un tel diagnostic, dont les fondements scientifiques restent critiquables (P. Landman, 2018). De quoi le TDAH est-il le symptôme contemporain ? En quoi est-il un « choix de société » (B. Golse, 2003) ? En effet, en prenant l'exemple de l'école, je vais aborder un deuxième axe de réflexion qui

portera sur les origines de ce nouveau diagnostic, mettant ainsi à jour les nouvelles exigences de la société sur l'enfant et la recherche de normalisation qui les sous-tendent. Que ce soit à travers la demande d'adaptation à la vie scolaire, avec notamment l'utilisation de techniques d'évaluation comportementale visant à la régulation du groupe classe (A. Thevenot, C. Metz, 2011) ou encore l'exigence de réussite scolaire et l'influence prépondérante des neurosciences dans le nouveau conseil scientifique de l'Éducation Nationale (G. Pommier, 2018), l'enfant semble être mis « sous tension » : celle de ne pas sortir de son cadre, que celui-ci soit celui du « bon élève » ou celui de « l'handicapé ». Ceci pose en dernier lieu la question de l'accueil de ces enfants et de leurs familles dans la consultation thérapeutique, comme lieu où la singularité de l'enfant peut être abordée et son agitation mise en sens.

SEDUCTIONS ET POSITION PASSIVE EROTISEE : DES « ELEMENTS PERTURBATEURS' » DANS LA CLASSE ET DANS LE COLLEGE ?

Pierre DELLACA-MINOT

Doctorant en psychologie à l'université Paris 13, Université Paris 13, laboratoire UTRPP

Mots-clés : SÉDUCTION NARCISSIQUE, SÉDUCTION ORIGINAIRE, SÉDUCTION ŒDIPIENNE, FANTASME, ADOLESCENCE, RELATION ÉLÈVE-ENSEIGNANT, PASSIVITÉ

Certains élèves de collège présentent des comportements en classe non adaptés aux attentes scolaires et tendent ainsi à être qualifiés d'« éléments perturbateurs ». Nous proposons par notre intervention d'envisager ces « troubles des conduites » comme les symptômes d'une difficulté pour supporter certains aspects de la relation aux enseignants de collège. Parmi ces aspects, nous attirons spécifiquement l'attention sur la dimension de séduction mise en jeu dans la relation intersubjective élèves-enseignant. En effet, nous appuyant sur les travaux de plusieurs auteur(e)s d'inspiration psychanalytique (J. Filloux, 1996 ; B. Pechberty, 2015 ; C. Blanchard-Laville, 2001 ; R. Kaës, 1975), nous postulons que la relation élèves-enseignant sollicite plusieurs types de séductions en interactions les unes avec les autres, stimulant l'activité fantasmatique (individuelle et groupale). Il s'agit des séductions narcissique (P. C. Racamier, 1995), originaire (J. Laplanche, 1990) et œdipienne. La séduction narcissique modérée procède surtout d'un jeu de miroir entre l'élève et l'enseignant qui garantit un sentiment de reconnaissance mutuelle et une certaine familiarité de bon aloi. La séduction originaire est séduction par l'énigme que l'enseignant pose à l'élève en le confrontant à un savoir non encore familier. La séduction œdipienne serait mise en jeu par la dimension d'initiation de la transmission pédagogique qui, sur le plan fantasmatique, fait écho à l'initiation sexuelle. Ce mode d'investissement initiatique de la relation pédagogique implique le désir d'être pénétré et fécondé par le discours enseignant, ce qui ne manque pas d'éveiller la fantasmatique passive œdipienne, sollicitant ainsi l'acceptation et l'élaboration d'une certaine passivité (C. Chabert, 1999). Nous proposons d'investiguer l'hypothèse selon laquelle les troubles de la relation élève-enseignant au collège résultent d'une difficulté dans l'élaboration de ces différentes séductions et de la position passive érotisée. Nous avons rencontré dans le cadre de notre thèse 17 sujets présentant des comportements en classe jugés inadaptés et qui ont été orientés en classe relais (structures de l'éducation nationale destinées au soutien pédagogique et éducatif de certains élèves en grande difficulté au collège). Nous leur avons demandé de parler de leur relation à leurs enseignants de collège et avons fait passer à 11 d'entre eux des tests projectifs (TAT et Rorschach). Nous nous sommes également entretenus avec deux enseignantes exerçant en classe relais. Il ressort des entretiens qu'une majorité de sujets attendent que se développe dans la relation aux enseignants une séduction narcissique porteuse du sentiment d'être reconnu, écouté et installant une atmosphère de familiarité. Constatant

l'absence apparente dans leur discours des autres séductions originaire et œdipienne. Nous nous sommes interrogés sur le sens de cette absence. Compte tenu de certains éléments tirés du discours des sujets et des tests projectifs, nous pouvons supposer qu'une majorité de sujets rejettent ou évitent ces deux types de séduction parce qu'elles les confrontent à une position passive excessivement menaçante. Il nous semble que la séduction œdipienne difficilement élaborable fait retour sur la scène de la classe sous la forme de conflits avec les enseignants qui prennent souvent l'allure de scénarios sadomasochiste. Les comportements de bon nombre de sujets peuvent être interprétés comme des tentatives d'attirer à soi et de choquer l'enseignant, ce que nous percevons comme une forme de séduction qui recourt particulièrement aux langages du corps et de l'acte. A partir d'éléments tirés du discours des élèves et des deux enseignantes de classe relais nous nous demandons dans quelle mesure l'institution scolaire et les enseignants favorisent l'émergence de ces scénarios conflictuels problématiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Kaës, R. (1975a). Désir de toute-puissance, culpabilité et épreuves dans la formation. In R. Kaës, D. Anzieu, et L.-V. Thomas, *Fantasme et formation* (p. 76-92) Paris: Dunod, 2007
- Kaës, R. (1975b). Quatre études sur la fantasmagorie de la formation et le désir de former. In René Kaës, D. Anzieu, et L.-V. Thomas, *Fantasme et formation* (p. 1-75). Paris: Dunod, 2007
- Racamier, P.-C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris: Dunod, 2010
- Laplanche, J. (1990). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris: PUF
- Chabert, C. (1999). Les voies intérieures. *Revue française de psychanalyse*, LXIII (Spécial Congrès), 1444-1488
- Filloux, J. (1996). *Du contrat pédagogique*. Paris: Éditions L'Harmattan

Vendredi 9 - Atelier 3 : L'enfant "inadapté"

PRESERVER LA SUBJECTIVITE DE L'ENFANT DIT « DYS »

Chantal COISEUR

Psychologue clinicienne, Éducation Nationale

Mots-clés : DIAGNOSTIC DYS, SUBJECTIVITÉ, REMÉDIATIONS, PAROLE, ÉCOLE

L'école est le lieu d'expression de toutes les difficultés d'apprentissage parmi lesquelles les symptômes du langage oral et ou écrit, des mathématiques, de logique, mais aussi de comportement, Les observations des difficultés d'apprentissage par les enseignants, sont bien souvent à l'origine des consultations de professionnels, considérés comme « supposés- sachant » par l'école.

Des diagnostics, dont le préfixe Dys est le point commun, sont souvent posés par les médecins. Ce préfixe définit dans l'école les difficultés d'apprentissage. Il est emprunté au grec et signifie négation, malformation, mauvais, erroné, difficile. Il a donc une valeur péjorative. Pendant la Grèce antique, il formait déjà des termes médicaux. Ce sont à ces DYS-fonctionnements auxquels l'école se confronte. Comment sont-ils abordés par le psychologue de l'Éducation Nationale ?

Les parents se saisissent du discours médical dominant et demandent à l'école toujours plus de prises en charge de la difficulté de leur enfant (lobbying des associations de parents).

Force est d'observer que la hiérarchie de l'Éducation Nationale se saisit de la logique diagnostique et des remédiations pour organiser des parcours d'aide (PAP, PPRE, PPS...). Pourtant, au-delà de tous ces protocoles inspirés des discours savants et élaborés, pour aider au mieux les élèves, leurs difficultés résistent. Comment alors, dans ce contexte, laisser place à la subjectivité de l'enfant ?

Comment dans ces conditions, la fonction de psychologue de l'Éducation Nationale peut préserver des espaces de parole et de rencontre pour les enfants mais aussi leurs parents et enseignants, afin de faire place à l'expression de leur subjectivité ?

- Vignette clinique de Mohamed, enfant d'origine turque de 7 ans, psychotique, exprime son refus du féminin en refusant l'article défini là. Au point de refuser d'avoir des vêtements dont le nom est féminin (la veste, la chemise...). En turc, il n'y a pas d'article. C'est à cet endroit qu'il pose son symptôme.
- Vignette clinique de Samir, 7 ans et demi, diagnostiqué dyscalculique par son orthophoniste. A l'école, il a du mal à rentrer dans tous les apprentissages. Des aménagements sont mis en place. La maman vient me voir et me raconte tout ce qui a été fait par différents professionnels (ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, ORL et ophtalmologiste, neuro pédiatre, ...). Elle me demande un bilan psychologique. Toutes ces demandes invasives sont-elles pour mieux comprendre leur enfant, au point de le rendre « trans-parents » à leurs yeux ?

La démarche clinique adoptée n'empêche pas les logiques médicales, rééducatives, ou les décisions administratives. Elle constitue une préoccupation permanente d'accueillir les questions des enfants, de leurs parents et des enseignants. Dans cet espace l'enfant

tente de retrouver sa place d'élève et de s'ouvrir à une dynamique d'apprentissages et de dépasser si possible, les difficultés rencontrées.

Ces Dys-fonctionnements déclinés à l'école, nous confrontent à ce qu'agite l'enfant, au-delà de l'élève qu'il devrait être.

LES DISCOURS CLINIQUES FACE AUX CORPS MUTILES : L'OMBRE PORTEE DE L'INQUIETANTE ETRANGETE

Adrien CASCARINO

Doctorant Contractuel, UFR Institut Humanités, Sciences et Sociétés, département Études Psychanalytiques, E.A. 3522 Centre de Recherche Psychanalyse, Médecine et Société

Mots-clés : CORPS, AUTOMUTILATION, ADOLESCENCE, PSYCHANALYSE, NORME

Depuis quelques années, certaines pratiques corporelles comme le tatouage ou le piercing, autrefois marquées du sceau de la déviance, bénéficient d'une plus grande tolérance dans les sociétés occidentales. Au contraire, pour d'autres pratiques telles que les entailles corporelles délibérées et exécutées par la personne elle-même, le discours de répression s'est accentué, comme l'atteste l'inscription en 2013 d'une nouvelle pathologie, intitulée *Non Suicidal Self Injury* ^[1], dans la catégorie « Conditions for Further Study » de la 5^{ème} édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Cette nouvelle entité nosographique ne se limite pas aux pratiques d'incisions cutanées mais cite explicitement ces dernières comme premier exemple de lésion possible.

Cette pathologisation « officielle » de la pratique d'entame corporelle, justifiée en partie par la nécessité de pouvoir diagnostiquer des personnes qui ne remplissaient pas les critères suffisants pour être considérés « Borderline » ^[2], fait suite à une inflation des discours la prenant pour objet, alors même que des méta-analyses récentes ^[3] indiquent que la prévalence de ces blessures est restée stable. Ainsi, entre 1966 et 1990, 253 articles de journaux en format papier mentionnaient le mot *self injury*, ce nombre atteignant 1,750 entre 2000 et 2005 ^[4].

L'objectif de cette communication est d'analyser les raisons sous-jacentes à cet intérêt grandissant pour les pratiques d'entailles et à la pathologisation de ce comportement. Si de nombreuses recherches tentent d'expliquer les raisons pour lesquelles des personnes, et principalement des adolescents, s'automutilent, peu d'articles ont à ce jour analysé les réactions provoquées par ces pratiques d'entames corporelles et ceux qui l'ont fait se sont principalement appuyés sur des paradigmes sociologiques.

Cette communication propose donc de se concentrer sur les ressentis du clinicien qui sous-tendent ces discours. Autrement dit, qu'est-ce que cela fait au supposé soignant, psychiatre, psychologue ou psychanalyste, qu'un adolescent ouvre son corps, seul, qu'il laisse couler son sang et s'inflige ainsi, supposément, une douleur physique ? Quelles représentations fantasmatiques du corps ouvert, souffrant, mutilé sont convoquées par ce geste ? Ces représentations sont-elles entièrement contingentes au contexte de nos sociétés occidentales actuelles ou procèdent-elles plus globalement de la relation de l'homme à son corps ?

Ainsi, à travers l'étude des discours cliniques et des dispositifs de contrôle développés autour de l'automutilation et à partir d'une perspective psychanalytique, cette

communication montrera d'abord que la construction de l'automutilation en tant que comportement dangereux et contagieux relève en partie d'un mouvement défensif et projectif de l'interlocuteur. Ensuite, à travers l'exploration du sentiment d'effroi et d'inquiétante étrangeté des cliniciens confrontés à l'automutilation, j'établirai que l'automutilation ravive l'image du corps morcelé, qui peut alors évoquer à son tour soit l'image répulsive d'un corps mutilé et infirme soit celle attrayante d'un corps polymorphe et érotique, le corps originaire de l'enfant avant son identification aliénante à un corps intact et fonctionnel. Travailler avec des adolescents qui s'automutilent nécessite donc que le clinicien analyse son contre-transfert sans être submergé, ni par les motions pulsionnelles qui sont attachées à la représentation refoulée de ce corps morcelé, ni par les mécanismes de défenses qui s'y opposent.

^[1] Ce terme est traduit dans la version française parue en 2015 par " lésion auto-infligée non suicidaire "

^[2] E. Arensman et H. Keeley, " Defining intent: With preparations underway for DSM-5, is there a case for a new diagnostic category of non-suicidal self-injury? ", *Psychiatry Professional*, 2012, 1, p. 8-9 ; S. Bain et L. Fedynich, " Therapy on the cutting edge: Supportive perspectives of the Inclusion of Self-Injury in the DSM-V ", meeting of meeting of the American Counseling Association. New Orleans, LA, 2011 ; N.D. Kapusta, " Non-suicidal self-injury and suicide risk assessment, quo vadis DSM-V ", *Suicidol Online*, 2012, 3, p. 1-3.

^[3] S.V. Swannell et al., " Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression ", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2014, 44, 3, p. 273-303.

^[4] J.L. Whitlock, A. Purington et M. Gershkovich, " Influence of the media on self-injurious behavior " dans Matthew K. Nock (ed.), *Understanding Non-suicidal Self-injury: Current Science and Practice*, Washington D.C., American Psychological Association Press, 2009, p. 139-156.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Sigmund F., « L'inquiétante étrangeté » (1919) dans *L'inquiétante étrangeté: Et autres essais*, tr. fr. de B. Féron, Paris, Gallimard, 1985, p. 213-263
- Lacan J., « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique » (1949) dans *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 93-100
- Favazza A. R., *Bodies under Siege: Self-mutilation, Non suicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry*, Baltimore, JHU Press, 2011
- Stiker H.-J., « Pour une nouvelle théorie du handicap : La liminalité comme double », *Champ psy*, 2007, 45, 1, p. 7
- Millard C., *A History of Self-Harm in Britain*, Palgrave Macmillan Welcome Trust, 2015

L'ENFANT ET SON ORIENTATION DANS LE CHAMP DU HANDICAP

Elisabeth COLAS

Psychologue EDA, Université de Strasbourg, faculté de psychologie

Mots-clés : HANDICAP, APPRENTISSAGE, IDENTIFICATION

Il est souvent difficile pour des enfants inscrits en dispositif Ulis à l'école primaire de pouvoir tenter une scolarité en dehors du champ du handicap lorsque le passage au collège est requis. En effet les révisions d'orientation pour les enfants relevant des classes Ulis dépendent de plusieurs critères. Le niveau scolaire est prépondérant et constitue un repère déterminant la trajectoire scolaire et de vie. Ainsi une difficulté persistante est préférentiellement évoquée comme un possible trouble des apprentissages et non comme un temps psychique nécessaire pour l'enfant qui peine à élaborer cet apprentissage. Une situation éclairera cette problématique de sortie du champ du handicap pour une nouvelle orientation scolaire. Dans cette situation évoquée, malgré une évolution intéressante de l'enfant, il est décidé que ce dernier poursuivra une scolarité en Ulis-collège. La suite dans le champ du handicap, accompagnée d'aides instrumentales variées, le risque étant d'inscrire l'enfant à long terme dans un processus d'identification majeure et figée à ce handicap. Car au regard de la projection des adultes fondée sur un élément scolaire il est prévu l'échec important et assuré si l'enfant sort de son statut.

Ces décisions peuvent freiner une trajectoire désirante d'un sujet dont l'évolution globale est intéressante. Par souci de protection de l'enfant " dit en souffrance " le danger est de pérenniser l'inscription du sujet dans les voies tracées du champ du handicap. En sortir pourrait lui offrir un espace de respiration car il serait moins pris dans les rets des compensations instrumentales liées à une incapacité. L'image inconsciente du corps suite au changement de regard s'en trouverait dynamisée aussi. De cette nouvelle place, découvrir la réalité commune pourrait obliger le sujet à identifier le monde suivant un travail de recherche personnelle l'échec permettrait en même temps un réajustement de ses propres représentations de soi en lien au monde. Ne pourrait-on pas réfléchir sur l'apprentissage en lui-même en tant que travail de la pensée conceptualisant les données pour de nouvelles représentations mentales ? L'apprentissage peut être défini comme un temps d'appropriation du réel environnant pour élargir et enrichir la représentation du monde de chacun. Ce travail de la pensée a besoin d'un temps d'absence de l'Autre pour recréer alors la présence désirée et transformer ainsi les données face à soi en repérages symboliques. C'est bien ce qui manque lors des difficultés de l'acquisition du nombre. Il faut pouvoir continuer à se repérer, être en lien aux autres mais avec un temps de créativité indispensable. Ce dernier ne peut exister que si l'adulte envoie un message de confiance à l'enfant : « Tu peux y arriver ».

De plus le risque de se « perdre » un peu aide à trouver sa place dans l'activité sublimatoire nécessaire de notre statut d'être humain. Cette place acquise par les expériences et les rencontres peut être une aide quant à l'émergence d'une appropriation des nombres dans une suite logique. Car pour compter il faut pouvoir agir et parler en son nom propre ce que permet et favorise l'autonomie en lien sécurisé à l'Autre.

Mais à vouloir trop guider et trop prévoir ne sommes-nous pas en train d'éteindre l'étincelle désirante du sujet qu'il est en droit de revendiquer ? Par effet de retour il est possible qu'il s'accommode de la place qu'on lui assigne dans une identification totale à l'image que la société lui renvoie : ici le handicap et ses droits. L'éducation ne serait-elle pas de soutenir l'articulation entre le désir du sujet et la réalité à laquelle nous sommes soumis ? Ce désir ne doit pas être collé au désir de l'Autre : il est nécessaire de soutenir un effet d'entre deux c'est-à-dire un jeu dialectique de reconstruction de ses propres savoirs, pensées dans un temps indéfini de rencontre avec les autres : ce jeu doit être soutenu par une éthique du désir. Dans le champ du handicap sans attendre la réussite totale des compétences ciblées ne pourrait-on pas envisager une voie plus ouverte vers l'ordinaire ? Dans notre situation il était question d'une orientation en SEGPA.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Dolto F., *L'image inconsciente du corps*, Éditions du Seuil, 1984
- Freud S., "*Esquisse d'une psychologie scientifique*", dans *la naissance de la psychanalyse*, 8ème édition, 2002 Paris, PUF
- Lacan J., Le séminaire XI, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Seuil, 1973
- Piaget J., *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Delachaux et Niestlé, Lausanne, Suisse, 1994
- Winnicott D.W., *Jeu et réalité*, 1975, Gallimard, Paris

Vendredi 9 - Atelier 4 : Dispositifs thérapeutiques à l'école
et ailleurs

LE DISPOSITIF D'APPROCHE ETHNOCLINIQUE DU SERVICE D'INVESTIGATION EDUCATIVE DU HAUT-RHIN (SIE68 – ARSEA)

Jean DUMEL, Ravi SIVANANDAME

Psychologue clinicien

Mots-clés : INTERCULTURALITÉ, FAMILLE, PROTECTION DE L'ENFANCE, PRÉVENTION, ACCOMPAGNEMENT

Les enfants fragilisés par un parcours migratoire personnel, ou par les aléas d'une immigration parentale, sont nombreux à être concernés par l'ouverture de dossiers d'Assistante Éducative. (Juge des Enfants). Ces mineurs apparaissent en souffrance mais l'origine de leurs difficultés, demeure souvent comme inaccessible pour eux-mêmes et leurs parents. Ne reste alors que la dimension symptomatique, à laquelle la société répond parfois sous forme de sanctions, aggravant le symptôme, car la réponse n'est pas reliée à la façon de penser le monde qui prédomine dans la famille.

Parents et enfants se trouvent confrontés à un « impossible » à penser et sont en difficultés pour dresser des passerelles entre deux cultures. De fait, ils ne parviennent pas à associer dans un même modèle éducatif, les fondements des deux « mondes ». Pour mieux prendre en compte ces situations, le SIE a mis en place un Dispositif d'Approche Ethnoclinique à destination des professionnels et des familles. Notre communication vise à présenter ce dispositif, en l'illustrant par des situations rencontrées et d'expliquer en quoi il peut être intéressant pour des professionnels du champ sanitaire, social et clinique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Bouznah S. et Lewertowski C., *Quand les esprits viennent aux médecins*, In Press, 2013
- Douville O. *Les Figures de l'Autre - Pour une anthropologie clinique*, Paris, Dunod, 2014
- Konicheckis A. « Transmission culturelles premières », dans *Quelles Transmissions autour des Berceaux* (sous la direction de N. Presme, P. Delion, S. Missonnier), Érès, 2010
- Moro M.-R., *Aimer ses enfants ici et ailleurs*, Odile Jacob, 2007
- Ibrahim S., « Le bébé nomade est témoin des mondes. L'expérience d'un espace de médiation ethnoclinique », *Spirale* 2015/3 (N°75), p 94-102

RENOUER AVEC LA PRATIQUE DE SECTEUR ET LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE. DEVELOPPER DES DISPOSITIFS SPECIFIQUES. UNE NECESSITE POUR LA PRISE EN CHARGE D'ENFANTS « NON CONFORMES »

Catherine ZITTOUN

Psychiatre, Chef de pôle Intersecteur de Paris-Buttes Chaumont (19e arr.),
Établissement Public de Santé Maison Blanche Maison-Blanche, Paris

Les composantes des troubles des enfants qualifiés aujourd'hui d'« éruptifs » sont multifactorielles. Ces enfants appellent une prise en charge spécifique aux confins des institutions soignantes, des institutions scolaires et, dans certains cas, de la protection de l'enfance. Cette prise en charge institutionnelle, à l'état expérimental dans certains hôpitaux de jour séquentiels peut susciter la création de dispositifs alternatifs faisant une large part à l'aspect institutionnel, aux relations des enfants avec l'école (traitement de boucles interactives péjoratives, analyses de pratiques...), aux relations des parents avec l'école, à la prise en charge bi-hebdomadaire individuelle et en petits groupes des enfants, sur une période moyenne de 2 ans. Ces dispositifs doivent être accompagnés d'une recherche évaluant leur efficacité.

LES « TROUBLES DU COMPORTEMENT » A L'ECOLE : ROLE ET PLACE DES ATELIERS DE MEDIATION. APPORTS DANS LES RELATIONS FAMILLE-ECOLE

Nadine DEMOGEOT, Anne PORRECA, Delphine MATUSZYNSKI

Maître de conférences en psychologie, psychologue clinicienne, psychothérapeute, Université de Lorraine/ ESPE Laboratoire Interpsy, EA 4432, Anne PORRECA, psychologue de l'Éducation nationale ; Delphine MATUSZYNSKI, psychologue de l'Éducation nationale

Mots-clés : TROUBLES DU COMPORTEMENT, ENFANT, MÉDIATION THÉRAPEUTIQUE, SYMBOLISATION, ENSEIGNANT, FAMILLE

Introduction :

Face à l'augmentation des comportements agressifs et « explosifs » en classe, les enseignants montrent leur désarroi et leur incompréhension, certains envisageant même de se réorienter professionnellement. D'une part, nous avons cherché à cerner les caractéristiques de ces enfants troublés dans leur comportement et ce qui, dans leur histoire et leur vécu, éclairent une manière particulière d'être en classe. D'autre part, nous avons tenté de mettre en place un dispositif singulier et original d'accompagnement de ces élèves à l'appui de médiation par le modelage alors même que les réponses institutionnelles ont tendance à s'inscrire davantage dans le champ médical. Enfin, au-delà des changements de comportements attendus, notre propos s'intéresse à l'évolution intrapsychique des sujets, aux modifications de leurs relations à l'autre et aux apprentissages. Du côté des enseignants, nous avons interrogé l'influence des activités de médiation menées sur leurs représentations de ces enfants montrant d'importantes difficultés comportementales.

Méthodologie :

Une recherche-action a été effectuée pendant 10 mois auprès de quatre élèves scolarisés au cours préparatoire. Plusieurs outils ont été utilisés : des entretiens semi-directifs auprès des enseignants, des observations cliniques régulières, un dispositif de médiation par le modelage pour quatre élèves scolarisés au cours préparatoire ainsi que le questionnaire de Connors afin de préciser les éléments somatiques et comportementaux.

Résultats :

Nous présenterons les résultats de cette recherche action et montrerons l'intérêt et la richesse des ateliers de médiation par le modelage dans trois axes. Tout d'abord, le dispositif a permis de rendre compte du défaut de symbolisation des enfants concernés et leur ancrage dans l'agir comme modalités défensives. Dans un second temps, les ateliers de médiation ont offert des possibilités d'élaboration de la peur et de la perte inhérentes à l'entrée dans l'apprendre. Enfin, nous soulignerons les évolutions permises quant à la relation à l'autre et à la qualité du lien développé tout au

long de l'atelier de médiation. Les répercussions positives constatées du côté des représentations des enseignants et les implications générées quant à la façon d'accompagner ces élèves dans les apprentissages seront également développées. Des dispositifs de prévention susceptibles de prendre en considération les particularités de ces enfants « non conformes » et d'aider les enseignants deviennent aujourd'hui une priorité au regard de la clinique du scolaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Berger M. (2013). *Les troubles du développement cognitif*, Paris, Editions Dunod
- Brun A., Chouvier B., Roussillon R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod
- Blanchard-Laville, C. (2011). Pour un accompagnement clinique groupal du travail enseignant. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 11,(1), 131-147
- Brun, A. (2016). Spécificités de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques. *Cliniques*, 11,(1), 16-44. doi:10.3917/clini.011.0016
- Ribeyrolles, A., Lefebvre, A. (2010). L'« atelier céramique » comme lieu de remodelage des traumatismes et de l'histoire individuelle et familiale. *Cahiers de psychologie clinique*, 34,(1), 91-117

UNE FORME DE TRAVAIL PARENT-ADOLESCENT

Noémie GACHET-BENSIMHON

Psychologue clinicienne, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et Maison des Adolescents de Strasbourg

Mots-clés : ANGOISSE, PRIVATION SENSORIELLE, MUSÉE, POLYSÉMIE DES MOTS, TRAVAIL PARENT-ADOLESCENT

Si on peut comprendre l'adolescence comme un temps de désintrinsication de l'emprise parentale et de l'emprise narcissique qu'elle sous-tend, sur un fond d'abandon symbolique des premiers objets d'amour, l'enfant devenu adolescent va souvent en découdre avec les parents pour se construire. Il va tenter de devenir créateur pour se décentrer de la fonction narcissique et se constituer comme un maillon dans la généalogie, s'inscrire dans la rivalité et devenir plus tard parent à son tour. Le risque est grand qu'il apparaisse alors non conforme aux attendus parentaux. Hors des discours normatifs et prescripteurs, l'approche que nous développons ici envisage adolescents et leurs parents de manière inédite et singulière.

Les adolescents que nous rencontrons souvent n'ont pas trouvé la sortie des rets œdipiens qui nouent parents et adolescents, et les parents, chacun pour ses raisons propres, non plus n'ont pas trouvé les modalités de cette évolution. Souvent également se donne à entendre dans le discours des parents (et les symptômes de l'ado) leur difficulté à « faire confiance » à leur ado qui, lui, multiplie les raisons d'alimenter leur inquiétude.

Devant cette circularité de l'angoisse, se pose la question de savoir quelle modalité de travail privilégier : avec l'ado seul, avec un ou les parents, avec les parents seuls ?

Répondre à la demande des parents de « soigner » leur enfant peut dans certains cas revenir à signifier aux parents qu'ils auraient raison de désigner leur enfant comme « souffrant » ou cause de tous leurs maux. Offrir un espace de parole et de réflexion à l'adolescent seul nécessite qu'un processus de pensée dialectique soit déjà possible a minima. Dans le cas inverse, lorsque personne ne peut écouter l'autre et que tout dialogue se réduit à répondre (violemment parfois) sans écouter, lorsque l'émotion va primer dans le rapport intersubjectif, un travail préliminaire s'avère nécessaire.

De là la question de savoir comment penser et co-créer un espace, même bref, pour aider au décalage des certitudes des uns et des autres.

Un atelier, qui a lieu dans un musée de la ville, pour un parent avec son ado, va tenter de permettre ce décalage. Le parent, guidé par son ado, va visiter deux salles de ce musée, sous une modalité particulière : la déambulation se fait sous le sceau d'une privation sensorielle puisque le parent, tel Œdipe, va cheminer yeux bandés. Son ado va devoir le guider, et lui faire la « visite » des œuvres. Cette déambulation est suivie d'un temps, parfois tout aussi long, d'échange où rapidement affleure l'essentiel de leurs « différents ».

Cet état de dépendance inversée va s'inscrire comme une expérience singulière, tant pour le parent que pour son adolescent et de cette singularité va naître un échange sur la difficulté d'entendre, sur la fragilité de l'écoute, et la polysémie des mots. Ce dispositif constitue en même temps une ouverture, un préambule à un autre type de travail thérapeutique, mais aussi permet une investigation clinique intéressante par la richesse des observations qu'il permet.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Dolto F., Nasio J.-D., *L'enfant du miroir*
- Freud S., *Inhibition symptôme et angoisse*
- Lacan J., *Les complexes familiaux*
- Richard F., Œdipe des adolescents, Œdipe des parents in *Parents et adolescence*, sous la direction de C. Miollan

Vendredi 9 - Table ronde : La consultation psychologique

LE JOUR D'APRES : PREMIER ENTRETIEN AVEC UN ENFANT ET SA FAMILLE APRES L'ANNONCE PAR LE MEDECIN TRAITANT DE LA MORT INEVITABLE.

Florence SCHMITT

Psychothérapeute, PhD, Hôpital universitaire de Turku, Finlande, Département de pédopsychiatrie, Université de Turku, Faculté de Médecine, Pédopsychiatrie

Mots-clés : MORT, PSYCHOTHERAPIE FAMILIALE, SOINS PALLIATIFS

Siiri est une petite fille de 8 ans. Elle avait 4 ans à sa première leucémie. Pendant 2 ans de traitements je l'ai vu, elle et sa famille régulièrement. Environ six mois après la fin des traitements et la rupture de l'isolement elle fait une rechute et nouvel épisode de combats thérapeutiques. Malgré les chimiothérapies et les transplantations de cellules souches la maladie progresse. Le médecin traitant finit par annoncer que toutes les ressources ont été employées et que l'enfant va mourir. Le jour d'après, je vois toute la famille.

En Finlande il y a une culture de transparence très profonde. L'enfant et sa famille reçoivent en même temps toutes les informations concernant le traitement et le pronostic.

Nous allons décrire la consultation du psychologue/psychothérapeute à l'hôpital universitaire de Turku en Finlande, son contexte, déroulement, propositions pour la suite de la prise en charge psychothérapeutique, à travers la conversation que nous avons eue avec Siiri et sa famille le jour d'après.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Fredman G. (1997) *Death talk: conversations with children and families*. London. Karnac books
- Altschuler J. (2012) *Counselling and psychotherapy for families in times of Illness and Death*. 2nd Edition. London. Palgrave Macmillan.
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss*, vol. 3 Harmondsworth: Penguin Books.
- Walsh, F. and McGoldrick, M. (2004) *Loss and the Family: A systemic Approach*, in Walsh, F. and McGoldrick, M. (eds) *Living Beyond Loss: Death in the Family*. London:W.W. Norton

LA STRUCTURE ET SON DEHORS ORGANIQUE. REFLEXIONS A PARTIR D'UNE PSYCHOTHERAPIE ANALYTIQUE EN CONTEXTE DE « PATHOLOGIE NEURODEVELOPPEMENTALE » INFANTILE D'ORIGINE GENETIQUE

Olivier PUTOIS

Maître de Conférences en Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychanalyse ;
Psychologue-Psychanalyste

Mots-clés : SYNDROME DE DIGEORGE, GÉNÉTIQUE, DEMANDE, PSYCHOTHÉRAPIE
ANALYTIQUE, RISQUE PSYCHOTIQUE, CONTRE-TRANSFERT, TEMPORALITÉ, STRUCTURE

Je partirai d'une enquête sur les présupposés épistémologiques qui déterminent la construction nosologique du syndrome de DiGeorge ("accident" génétique de microdélétion 22q11.2) dans le champ médical et notamment dans la psychiatrie d'orientation biologique. Ce syndrome est aujourd'hui considéré comme le paradigme du risque génétique de psychose, encore appelé "vulnérabilité psychotique" (cf. sur ce point par exemple Troubé, Potier, Putois 2018) - raison pour laquelle son examen est d'importance dans une perspective psychanalytique. Ce signifiant de vulnérabilité psychotique, dont je rappellerai quelques attendus, constitue le relais médical de l'effraction narcissique produite par le handicap de l'enfant ; il détermine de ce fait largement la demande parentale de soin psychique à l'endroit des enfants atteints du syndrome, ainsi nourrie d'un discours médical qui fait peser sur le devenir de l'enfant l'ombre de la fatalité. J'indiquerai les implications contre-transférentielles de cette configuration spécifique, et quelques-uns des enjeux de la prise en charge en partant de celui, initial et fondateur, de la relativisation de ce signifiant de risque psychotique (et de son ombre : une vision fixiste de la structure psychique); c'est par cette relativisation que le déploiement du transfert peut être soutenu. Je finirai en généralisant les enseignements de ce type de prise en charge quant au rapport contre-transférentiel du clinicien à la structure de ses patients.

LES ENFANTS EN DEUIL. FAUT-IL PLEURER ?

Marie-Frédérique BACQUÉ

Psychologue, psychanalyste, professeure de psychopathologie clinique, EA 3071-SuLiSoM, Université de Strasbourg

Mots-clés : DEUIL CHEZ L'ENFANT, CHAGRIN DES PARENTS, MENTALISATION, ENTRETIENS FAMILIAUX PSYCHANALYTIQUES

Si la perte d'un proche fait aujourd'hui l'objet d'une relative attention, elle donne lieu à de nombreuses hésitations lorsqu'elle concerne un enfant. Les difficultés à cerner la variabilité du développement, l'influence parentale et celle de l'école (véritable auxiliaire de l'éducation familiale)^[1], brouillent ce qui « est » attendu et conduit à une perplexité qui peut mener à une consultation médicale ou psychologique. Dans le meilleur des cas, les parents se dirigent vers des ouvrages, des conseils d'amis ou de professionnels. Dans les autres cas, l'enfant est livré à lui-même. Le deuil chez l'enfant est mal connu et n'a été exploré qu'à partir de la seconde guerre mondiale. Un constat empirique découle de ces observations fondatrices : avant le langage, l'enfant exprime ce que ses parents (sa mère) laissent passer au travers du filtre du pare-excitation. Lorsque le langage est progressivement mis en place, l'enfant se risque à formuler sa pensée et ses affects s'il constate chez les adultes, écoute, questionnements, aide à penser l'absence, le manque et la solitude. Par ailleurs l'enfant tente inconsciemment de ne majorer en aucun cas le chagrin des parents survivants.

L'expérience avec des enfants à partir de deux ans, montre que très tôt, l'enfant ressent l'absence et a besoin de comprendre. L'information sur la disparition d'un proche est donc essentielle^[2]. L'accès à la réalité de la mort reste cependant très mesuré et le raisonnement par analogie peut être employé à partir de supports de l'imaginaire connus chez l'enfant. Le jeu du Fort-Da est un modèle du genre très utile avec les tout petits. Pour les enfants à partir de trois ans, ce que le défunt a laissé devient un moyen de ne pas vider l'espace physique et psychique du lien établi précédemment. Un père schizophrène se suicide le jour de Pâques alors que ses filles de quatre et six ans devaient le rencontrer après une année d'isolement volontaire. La mère, divorcée, à la demande de sa psychothérapeute, retourne à l'appartement et retrouve des objets symboliques qu'elle apporte à ses filles, il s'agit de pierres de météorites (le papa était chercheur en astronomie). Le travail avec les trois endeuillées en est grandement facilité. Les éléments délirants bien perçus par les fillettes chez leur père peuvent trouver une expression poétique prenant appui sur l'héritage paternel. *A contrario*, cette mère dont le mari est agonisant à l'hôpital déménage brutalement quinze jours avant sa mort. Ses deux enfants n'iront pas à l'enterrement, décide-t-elle contre tout avis. Elle consulte deux mois plus tard, se plaignant que sa fille de quatre ans dise « J'en ai marre, je veux plus en parler », tandis que son fils de six ans demande tous les matins si c'est vrai que Papa est mort... Des entretiens familiaux permettront aux

reproches et aux mouvements de colère des uns et des autres de se confronter pour aboutir à un apaisement progressif.

L'apaisement peut cependant mener au pire car les deuils précoces ne permettent souvent pas d'intégration psychique lorsque les enfants sont très jeunes. La perte d'un parent provoque souvent un stress majeur qui bloque la pensée pour favoriser la survie à tout prix. L'hyper-vigilance au moment de la révélation se traduit par une acuité de tous les sens au détriment de la mentalisation. Croiser les affects avec toutes les représentations de l'amour et de la haine ressenties à l'égard du parent, devient impossible. À chaque nouvelle étape du développement, une régression permet à l'enfant d'être de nouveau disponible pour « penser » la perte de son parent.

Cependant, ces réactivations du deuil sont repoussées par le parent restant qui souhaite « tourner la page ».

Nous concluons donc par le fait que les enfants ont une temporalité du deuil différente. Absence d'expression affective fréquente dans un premier temps ne signifie pas qu'ils n'éprouvent rien. Réactions différées à chaque nouvelle étape du développement, explosions de colère ou recherche désordonnée d'identification à l'adolescence, sont les marques d'une absence de prise en compte de leur sensibilité. Les enfants en deuil ne peuvent être « normalisés », leur difficulté à être entendus les places souvent hélas vers la psychopathologie alors que des mesures familiales simples peuvent limiter des conséquences majeures sur toute la vie. Entretiens familiaux, médiations projectives, accompagnement groupal et individuel seront développés pour ouvrir le champ thérapeutique de l'enfance blessée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- ^[1] Bacqué M.-F. (2015) *Une pédagogie de la mort et de la perte à l'école : écouter, parler, représenter.* in Julier-Costes M, Fawer-Caputo C. *La mort à l'école : annoncer, accueillir, accompagner.* De Boeck Eds : 35-53
- ^[2] Bacqué M.-F., (2018) Parler de la mort d'un proche avec un enfant. Jusqu'à la mort accompagner la vie-*Revue de soins palliatifs.* Vol.1, N°132 : 11-22

Samedi 10 - Table ronde : Le corps

NUL DOUTE POSSIBLE : LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES BEBES INTERSEXES

Mélanie JACQUOT

MCU en Psychologie et psychopathologie cliniques, MCU EA 3071 SULISOM

Mots-clés : CORPS, NORMES, ASSIGNATION

L'ONU définit les personnes dites intersexes comme étant « nées avec des caractères sexuels (génitaux, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires des types "mâles" et "femelles" ». Cette définition renvoie à des conditions anatomiques variées dont les enjeux le sont tout autant.

Nous prenons ici le parti de nous intéresser à une situation d'intersexuation spécifique, celle pour laquelle la condition anatomique génitale de l'enfant, souvent repérée à la naissance, ne permet pas de le situer d'emblée d'un côté ou de l'autre de la bipartition sexuée. Outre le risque vital lié au symptôme de perte de sel rencontré dans certaines situations d'hyperplasie congénitale des glandes surrénales, l'intersexuation et les étiologies à l'origine de celle-ci n'engagent aucunement le pronostic vital du nouveau-né. Or, la naissance d'un enfant dont la condition anatomique ne permet pas le déclarer d'emblée fille ou garçon se pose aujourd'hui en France comme un problème qu'il reviendrait à la médecine de régler. Ainsi, les chirurgies d'assignation constituent-elles l'un des aspects majeurs des prises en charge médicales précoces de ces bébés. Dans un premier temps, c'est à partir d'une approche historique du traitement social de l'intersexuation d'une part et de la place faite à la médecine dans notre société d'autre part, que cette communication propose de soulever les enjeux sous-jacents à l'actuelle prise en charge médicale de l'intersexuation. Dans un second temps, et à partir d'une analyse du positionnement des chirurgiens face aux attaques récentes de militants intersexes pour que cessent ce qu'ils dénoncent comme des mutilations, nous soutiendrons l'hypothèse selon laquelle la poursuite des interventions chirurgicales précoces, si elle peut être entendue comme une entreprise de normalisation du corps de l'enfant intersexe, se comprend également comme une réponse à ce qui fonde l'expérience intersexe : le doute éprouvé, avant tout et en premier lieu, chez les proches appelés dans la relation avec cet enfant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Laqueur, T. (1990). *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*. Paris, Gallimard
- Ombredanne, L. (1939). *Les Hermaphrodites et la chirurgie*. Paris : Masson
- Rajon, A.-M. (1998). La naissance de l'identité dans le cas des ambiguïtés sexuelles. *Psychiatrie de l'enfant*, XLI, 1, 5-35
- Laplanche, J. (2003). Le genre, le sexe, le sexual. Dans J. Laplanche, *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien* (p. 153-193). Paris : PUF, 2007
- Jacquot, M. (2010). Comment penser la clinique de l'intersexuation ? *Champ Psychosomatique*, 58, 107-123

« L'HYPERACTIVITE : UN ENFANT TROP VIVANT ? »

Claire METZ, Anne THEVENOT

Pr de Psychologie clinique, Université de Strasbourg EA 3071

Mots-clés : PSYCHOPATHOLOGIE SYMPTÔME CORPS AGIR HYPERACTIVITÉ

Depuis quelques années les troubles du comportement des enfants constituent un motif croissant de nos consultations. L'hyperactivité en devenant le nouveau signifiant de l'instabilité se présente comme une nouvelle pathologie, celle d'un corps malade devant être alors soigné voire médicamenté. Si certains facteurs organiques peuvent être impliqués dans certains cas, cependant l'apport psychanalytique permet de rendre compte de la diversité des situations que nous rencontrons dans notre clinique.

Certains auteurs (Lebrun, 2007) ont vu dans cette manifestation comportementale l'expression d'enfants nés dans une époque dépourvue de repères. De manière plus générale nous nous intéressons à la singularité de chaque sujet, le symptôme de l'enfant pouvant constituer l'expression d'un conflit inconscient, un effet de la structure psychique ou encore comme le rappelait Lacan (1986) il est en place de répondre à ce qu'il y a de symptomatique dans la structure familiale".

Nous présentons *le cas d'Emilie extrait d'une recherche clinique*, menée auprès d'une population d'enfants dits "hyperactifs" et de leurs parents, montrant l'apport des méthodes projectives à la clinique de l'"hyperactivité". *La méthodologie a consisté en un recueil de données provenant de la passation de tests projectifs par les enfants et d'entretiens non-directifs menés avec leurs parents.*

A partir des analyses des entretiens réalisés avec les parents, nous nous centrons sur les effets de ce diagnostic d'hyperactivité dans la représentation de leur enfant qui influe dans leur relation avec lui. Le cas d'Emilie *met en lumière la souffrance et la fragilité psychique d'une fillette que certains spécialistes ainsi que sa mère considèrent avant tout comme une enfant à rééduquer.*

Les résultats révèlent l'hétérogénéité du groupe d'enfants du point de vue psychopathologique et aussi une figure particulière de l'enfant dans la société d'aujourd'hui : un enfant à contrôler.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Metz, C., et Thevenot, A. (2006), Trouble ou symptôme, comment penser la psychopathologie contemporaine ? *Pratiques psychologiques*, 12, 437-445
- Tanase, E. A. (2016). Le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité : un état limite ? *L'information psychiatrique*, 92(3), 241-247
- Westphal, L. (2018). Les défenses maniaques de l'enfant dit inattentif et/ou hyperactif et les perspectives thérapeutiques. *Research in Psychoanalysis*, (1), 55a-65a

Samedi 10 - Table ronde : École et apprentissages

APPROCHE CLINIQUE DES TROUBLES DES APPRENTISSAGES

Jean-Yves CHAGNON

Pr de psychologie et de psychopathologie clinique, Université Paris 13, Président de CLINAP

Mots-clés : CLINIQUE, TROUBLES DES APPRENTISSAGES, DYSLEXIE

Troubles des apprentissages spécifiques et non spécifiques.
Approche clinique versus approche cognitive ? La naturalisation des troubles et l'hypermodernité. Un exemple clinique d'enfant dyslexique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Chagnon J.-Y. (dir.) (2018), *Approche clinique des troubles instrumentaux (Dysphasie, Dyslexie, dyspraxie)*, Paris, Dunod
- Chagnon J.-Y. (dir.) (2018), *Garçons et filles face aux apprentissages*, Paris, In Press
- Chagnon J.-Y. (dir.) (2017), *Le décrochage scolaire*, Paris, In Press
- Flagey D. (2002), *Mal à penser, mal à être. Troubles instrumentaux et pathologie narcissique*, Ramonville St Agne, Érès
- Jumel B. (2015), *Troubles des apprentissages*, Paris, Dunod

LA « SUSPICION » DE HAUT POTENTIEL INTELLECTUEL ET LE PARADOXE DE L'HYPER-NORMALISATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DE L'ENFANT

Pascal ROMAN

Professeur de psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse, LARPsyDIS, Institut de psychologie, Université de Lausanne (Suisse), Consultation de l'enfant et de l'adolescent, Université de Lausanne (Suisse)

Mots-clés : HAUT POTENTIEL INTELLECTUEL, ENFANT, ADOLESCENT, ÉVALUATION, NARCISSISME

Dans les consultations pour enfants et adolescents, la demande d'évaluation des compétences cognitives en vue de confirmer une « suspicion » de haut potentiel intellectuel explose, au point de devenir un des motifs principaux qui accompagnent la sollicitation d'un bilan psychologique (aux côtés des troubles de l'attention et/ou de l'hyperactivité). Parallèlement, on peut faire le constat que seul un faible pourcentage des enfants ou adolescents qui font l'objet d'une évaluation intellectuelle dans ce cadre remplissent à l'issue de celle-ci les critères du haut potentiel communément admis par la communauté scientifique. Il s'agira alors d'apporter une contribution à la compréhension des enjeux qui sous-tendent ces démarches, dans un contexte où il apparaît que les demandes d'évaluation du haut potentiel intellectuel de l'enfant ou de l'adolescent tendent à faire écran à l'expression d'une souffrance psychique en inscrivant l'enfant ou l'adolescent dans une « hyper-normalité ». En d'autres termes, je me propose d'aborder, au-delà des spécificités cliniques identifiables, le paradoxe de la revendication, de la part des parents ou de différents professionnels de l'enfance (enseignants, pédiatres, logopédistes...), d'une non-conformité de l'enfant sur le mode de l'hyper-normalisation, afin d'obtenir des aménagements spécifiques du point de vue scolaire, tout particulièrement dans un temps où l'école se veut « inclusive ». L'approche de cette problématique prendra appui sur le repérage des différentes voies que peut prendre l'investissement du narcissisme, qui constituera un analyseur privilégié pour penser cette clinique contemporaine.

LE PHENOMENE DE REPETITION LIE A LA PULSION DE MORT DANS LES SITUATIONS DE DECROCHAGES SCOLAIRES. ETUDES DE CAS

Jean-Marie WEBER

Université du Luxembourg

Mots-clés : DÉCROCHAGE SCOLAIRE, RÉPÉTITION, PULSION DE MORT, DÉSIR, TRAUMA, RACCROCHAGE

Le phénomène de répétition apparaît systématiquement chez les élèves « décrocheurs » participants à une recherche sur le décrochage scolaire (Université de Luxembourg). La majorité des jeunes interrogés, dont le désir de savoir et le rapport à l'école se trouvent fortement en panne, manifestent des difficultés à subjectiver leur parcours de formation, enfermés pour certains dans une monotonie presque morbide, pris dans une répétition de comportements, d'actes et d'échecs. Quel est le moteur psychique de cette répétition qui pousse ces élèves à recommencer le même chemin année après année ? Comment s'en sortent-ils dans certains cas ? Grâce à une approche psychanalytique, nous avons analysé les entretiens biographiques recueillis. Il s'agit de trois entretiens de type narratif avec une dizaine de jeunes ayant vécu un décrochage scolaire. Nous avons découvert qu'après de multiples répétitions d'échec, d'expériences de vie insatisfaisantes, certains ont vécu un événement traumatique qui a marqué un tournant. Ils ont ainsi symbolisé ce Réel traumatique par son inscription dans la chaîne signifiante en le subjectivant. Ceci semble avoir été possible grâce à leurs mises en échec répétitif qui les ont amenés à prendre une position active au lieu d'être simplement soumis passivement au traumatique.

A travers cette présentation nous voulons montrer que la pulsion de mort peut constituer un concept heuristique qui permet de mieux comprendre et faire avec le décrochage scolaire comme répétition d'un ratage. Nous pensons que le concept de la pulsion de mort permettrait de signifier une réaction destructrice, mais visant souvent une guérison de quelque chose qui s'est inscrit dans le corps et qui se découvre à travers la répétition d'expériences de vie, de symptômes qui font souffrir le sujet. En tant que « volonté d'Autre-chose » qui « met en cause tout ce qui existe » mais qui peut finir par se découvrir aussi comme « volonté de création à partir du rien » (Lacan, 1986, 251). Ce concept nous a permis de penser le décrochage scolaire autrement comme une éventuelle solution ultime du sujet afin qu'il trouve son chemin de vie. Finalement le concept de la pulsion de mort apporte un autre éclairage nécessaire et un rappel essentiel sur le fait que la recherche du plaisir de l'être humain est énigmatique, parfois paradoxale.

La question qui se pose c'est comment l'École peut accompagner le jeune à rompre avec ce « cercle vicieux » et refaire lien et à raccrocher à l'École ? Quelles sont les expériences que nous avons détecté à travers nos interviews avec des élèves et des enseignants ? Et qu'est-ce qu'on peut en dire d'un point de vue psychanalytique ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Demoulin, C. (2007). « Jouissance et pulsion de mort », *Mensuel 21 de l'École de Psychanalyse des Forums des champs Lacaniens*, 2007 (http://spip.epfcl.fr/IMG/pdf/Mensuel21_CDemoulin.pdf)
- Lacan, J. (1986). Le Séminaire Livre XVII (1969-1970) *L'envers de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil
- Lippi, S. (2013). *La décision du désir*. Toulouse, Érès
- Pommier, G. (1998). *Louis le Néant. La mélancolie d'Althusser*. Paris, Aubier / Psychanalyse

Samedi 10 - Table ronde : Le travail thérapeutique

LA PSYCHANALYSE D'ENFANT PRESENTANT DES MECANISMES DE DEFENSES PSYCHOTIQUES

Liliane GOLDSZTAUB

Maîtresse de conférences en psychopathologie clinique, psychanalyste, SuLiSoM
EA3071, Faculté de Psychologie, Université de Strasbourg

Mots-clés : PSYCHANALYSE D'ENFANT, LATENCE, MÉDIATION

Je présenterai le travail avec des enfants qui vers 4 ans n'ont pas encore intégré les limites et qui restent en délicatesse avec la frustration et la castration. Je déploierai la psychanalyse d'enfants en période de latence qui sont en délicatesse de distinguer le réel de l'imaginaire.

Je m'appuierai sur une clinique à partir d'objets de médiation choisis alternativement par moi ou par l'enfant et l'intérêt des objets de médiation, leurs choix et la pertinence de l'alternance de choix.

Je conclurai sur l'espace transitionnel et l'espace analytique tels que je les conçois avec les enfants.

ENTRE L'ENFANT ET L'ADULTE QUI S'OCCUPE DE LUI, UN COMPORTEMENT...

Marie-Claude CASPER

Maître de conférences, HDR, Psychologue, SuLiSoM - EA3071, université de Strasbourg

Mots-clés : ENFANT, INSTITUTION, COMPORTEMENT, RÉALITÉS

Comment se crée et s'installe cette réalité « comportementale » entre l'enfant et le professionnel qui s'occupe de lui ? Partant d'un temps pour définir et situer cette réalité, nous envisagerons la façon dont, aujourd'hui et en particulier dans le domaine de l'enfance, elle est perméable au pathologique d'une part et au normatif d'autre part. Porter notre attention sur le comportement de l'enfant nous conduit à proposer quelques éléments de réflexion qui permettent d'éclairer qui est l'enfant dans le contexte de sa prise en charge, ce qu'on attend de lui et comment il s'en débrouille.

Samedi 10 - Atelier 1 : Apprentissages et handicaps à l'école aujourd'hui

L'INCLUSION SCOLAIRE DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP : ENJEUX ETHIQUE ET SUBJECTIFS

Christina PINELLI

Psychologue clinicienne aux services de MPR pédiatrique de l'IURC, étudiante en master d'éthique au CEERE

Mots-clés : INCLUSION, HANDICAP, ÉCOLE INCLUSIVE, ÉTHIQUE, VULNÉRABILITÉ

En France, depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation de la citoyenneté des personnes handicapées, la politique concernant la scolarité des enfants en situation de handicap s'est voulue plus inclusive. Dans les textes, le poids est mis sur l'inclusion en scolarité ordinaire, afin qu'elle augmente en qualité et en quantité. Cependant, c'est également par la diversité des parcours et l'individualisation des aménagements que les conditions de scolarisation seront améliorées. L'inclusion ne peut pas se réduire à un état ou à une action. Il s'agit davantage d'une visée qui ne peut alors s'approcher qu'en tenant compte de chaque personne concernée et de chaque institution dans laquelle elle tend à se réaliser. Aussi, dans la pratique, allier inclusion et adaptation suppose à la fois de garantir une participation pleine et entière de tous les enfants tout en tenant compte de leur diversité et de leur vulnérabilité. Ce projet juste et ambitieux suppose alors un engagement de tous les acteurs mais également un changement plus profond de conceptions tels que le handicap, l'enseignement et la société. C'est pourquoi l'inclusion connaît encore de nombreuses limites à la fois humaines, économiques, socio-politiques voire philosophiques. Elle peut alors devenir la source de souffrance pour chacun qui est engagé dans ce projet.

Quelle est alors la meilleure orientation scolaire pour un enfant lorsque les conditions pour une inclusion réussie ne sont pas remplies ? Comment garantir aux enfants un accès aux apprentissages tout en respectant leur vulnérabilité ?

Connaître les enjeux de l'inclusion scolaire, éthiques et subjectifs, pourrait alors être un premier pas sur le chemin de sa réalisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- L'inclusion des personnes en situation de handicap : entre idéologies dominantes et réalité des parcours de vie, *Les Cahiers de l'Actif*, mars/juin 2016
- Cobbaut J.-P., Doat D., « Chapitre 4. Care, capacité et handicap : quelle éthique pour une société inclusive ? », *Journal International de Bioéthique* 27, no. 3 (December 29, 2016), p. 69-80
- Thiel M.-J., *La santé augmentée : réaliste ou totalitaire ?*, Bayard, 2014

L'ÉCOLE TROUBLÉE : DU TROUBLE DE L'ÉLÈVE À LA QUESTION DU HANDICAP

Jeannine LOSSER

Psychologue Éducation Nationale

Mots-clés : ÉCOLE, TROUBLE, HANDICAP, SYMPTÔME, SUBJECTIVITÉ

Depuis une quinzaine d'année, le monde scolaire s'est laissé imprégner, voire submerger, d'une part par la question du diagnostic fondé sur la notion de trouble et d'autre part par celle découlant de la notion du handicap. Ces signifiants et leur ribambelle de troubles associés se sont généralisés dans l'univers scolaire. Chacun, professionnels et parents, détient un savoir sur ces questions, savoirs multiples qui peuvent venir complexifier l'appréhension des difficultés de l'élève et enfermer l'enfant dans ses symptômes.

Actuellement, de la nomination du trouble à celle du handicap il n'y a qu'un pas. Les démarches d'aide et d'évaluation des difficultés de l'élève mettent le sujet au risque de son effacement. Ces démarches ne sont pas sans effets, que ce soit sur les élèves, les parents ou les professionnels. Le climat scolaire s'en ressent.

La place du psychologue dans les écoles permet de préserver celle du sujet. Il soutient la rencontre et la fonction accueillante au sein de l'institution scolaire. Dans la dynamique de l'école d'aujourd'hui, le psychologue ouvre un espace de parole qui permet de donner une place à l'enfant au-delà du symptôme de l'élève.

Cet exposé se nourrit de mon travail de psychologue auprès des élèves, des parents et des professionnels dans les écoles. Il vise à faire part de mes observations, questionnements et élaborations en prenant appui sur une approche clinique concernant les manifestations symptomatiques en lien avec la question des apprentissages et des comportements.

Je souhaite mettre en exergue ce qu'il en est de la rencontre des questions de handicap et de trouble au sein de l'école normative pour tous. Qu'est-ce qui trouble l'école et ceux qui la fréquentent ?

Nous observerons ce qu'il en est de l'accueil et de l'application de la loi de 2005 sur le handicap au sein de l'institution scolaire. Nous questionnerons le rapport entre handicap et difficultés d'apprentissage et de comportement. Nous nous intéresserons aux effets de ce signifiant et des démarches associées sur les enfants élèves, les parents et les professionnels. Comment accompagner les personnes concernées dans ce parcours ?

Plus spécifiquement nous explorerons la question des enfants diagnostiqués TDA-H. Nous chercherons à éclairer la notion de trouble et à comprendre, non seulement leur fonction, mais aussi les effets de cette nomination diagnostique. Nous interrogerons leur prise en charge diverse basée sur la rééducation du trouble.

ULYSSE OU CONSTRUIRE UN PONT ENTRE DEUX MONDES

Catherine KLEIN

Psychologue clinicienne exerçant à l'Éducation Nationale

Mots-clés : DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, APPRENTISSAGES SCOLAIRES, HANDICAP, TRANSCULTURALITÉ, SUBJECTIVITÉ

Au travers d'une vignette clinique élaborée à partir de ma pratique de psychologue à l'Éducation Nationale orientée par la psychanalyse, je souhaiterais mettre au travail la notion de « déficience intellectuelle », très prégnante dans le champ scolaire de nos jours, et leurs corollaires, les ULIS, Unités Localisées d'Inclusion Scolaire, dispositifs permettant la scolarisation d'élèves en situation de handicap et mis en place en 2015. Les concepts d'« intégration », d'« altérité » qui y sont associés, seront interrogés au-delà du champ du handicap, ma pratique m'invitant régulièrement à traverser les frontières de la langue par la rencontre d'enfants issus de familles d'origine étrangère. Comment soutenir la subjectivité de l'enfant face à une demande institutionnelle d'évaluation et d'objectalisation des difficultés scolaires ? Comment offrir un espace de parole, de mise en récit lorsque l'enfant et/ou sa famille ne parle(nt) pas le français ? Comment favoriser l'accueil de l'altérité, de la différence souvent plus perçues comme un " handicap " que comme une richesse tant pour l'enfant que pour l'institution ? L'enseignante d'une petite fille que nous appellerons Ines, m'avait sollicitée parce qu'elle souhaitait que j'effectue un bilan psychologique afin de comprendre pourquoi cette petite fille n'entrait pas dans la langue française, ni dans les apprentissages. Elle m'expliqua que l'école ne semblait pas faire sens pour Ines, et se demandait si elle n'était pas « déficiente » et s'il ne serait pas mieux de l'« intégrer » alors au sein d'un dispositif ULIS. Qu'entendre dans cette demande de bilan et surtout qu'en faire ? Demander un bilan sous couvert d'une orientation en dispositif ULIS, ne serait-ce pas demander une objectivation de la déficience intellectuelle supposée de la fillette ? La question de ce qui ne semblait pas faire sens pour Ines ne risquait-elle pas, concrètement, d'être fermée par celle de son efficience intellectuelle ? Nous verrons au travers de cette illustration clinique que ce qui empêchait l'entrée dans les apprentissages scolaires n'était pas sans lien avec la situation transculturelle dans laquelle grandissait Ines, une enfant dont le monde lié à la culture familiale et le monde du dehors, celui de l'école, étaient différents. Comment construire un pont entre deux mondes, celui du pays d'accueil et celui du pays d'origine, mais aussi entre l'enfant et son enseignant ? Ma rencontre avec Ines, m'a fait entendre l'acronyme ULIS comme le nom du héros grec qui n'a eu de cesse d'élargir son horizon allant à la rencontre d'autres mondes, tout en demeurant attaché à ce que je nommerai une certaine éthique qui n'est pas sans rappeler selon moi celle que se doit d'avoir le psychologue clinicien exerçant sur le grand navire qu'est l'Éducation Nationale : comment est-il possible d'offrir à des enfants perçus trop différents, voire en position d'exclusion au sein du système scolaire, un espace où leur subjectivité puisse se déployer ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Moro M.-R., Quitterie de la Noë, Yoram Mouchenik, *Manuel de psychiatrie transculturelle : travail clinique, travail social*, 2006
- Cordié A., *Les cancrs n'existent pas*, 1993
- Winnicott D. W., *L'enfant et sa famille*, 1949
- Antoine-Milhomme J., Des contes cambodgiens, un exemple d'utilisation du conte dans l'approche clinique, *Revue L'Autre*, 2001, Vol.2. N°1
- Pinon-Rousseau D., *Le conte bilingue : lien entre les deux milieux référentiels de l'enfant de migrants d'Afrique noire : effets structurants sur son évolution maturative*, 2003

SAVOIR LIRE ET CALCULER EST-IL LE PRODUIT D'UN ELEVE NEURONAL ?

Philippe MEYER

Psychologue Éducation nationale, docteur en psychopathologie et psychologie cliniques de l'Université de Strasbourg

Mots-clés : DIFFICULTÉS SCOLAIRES, NEUROSCIENCES, PSYCHOLOGIE CLINIQUE, SÉPARATION, INDIVIDUATION, AMÉNAGEMENTS DÉFENSIFS

La difficulté et le décrochage scolaires émergent d'une impossibilité d'un élève à effectuer des apprentissages selon le rythme de la programmation scolaire. Celle-ci s'adresse à une même classe d'âge, ce qui n'inclut pas les différences interindividuelles liées au développement propre et singulier de chaque enfant. Ces variations sont pourtant observables dès la petite section de maternelle, moment où sont signalées pour un certain nombre d'enfants les premières difficultés. Lorsqu'une difficulté d'apprentissage est repérée chez un élève, celui-ci peut être adressé pour une expertise dans un centre d'évaluation des apprentissages (UETA) pour en déterminer la nature, voire la cause. Les investigations menées recouvrent un vaste champ d'hypothèses qui sont souvent formulées en termes de déficience intellectuelle, référée alors au chiffre du QI, et/ou à celui d'un possible « trouble des apprentissages » répertorié dans les classifications médicales issues des nosographies nord-américaines (DSM V, CIM 10). Pour soutenir l'hypothèse lésionnelle de ces troubles, l'imagerie cérébrale à résonance magnétique (IRM), apporte un éclairage nouveau en visualisant dans le cerveau, la réactivité des sujets en phase d'apprentissage. Cela permet pour l'instant, à défaut d'avoir débusqué une cause cérébrale aux troubles des apprentissages, de donner une caution scientifique à valeur de preuve à certaines méthodes pédagogiques plutôt que d'autres ; ce qui peut porter à croire qu'un apprentissage réussi serait le résultat de la rencontre entre un cerveau organiquement sain et une méthode pédagogique déterminée à caractère universel. Or à l'école, dans une même classe, il n'y a pas d'homogénéité des niveaux d'apprentissage et les enfants n'apprennent pas tous d'une manière unique (Meyer 2008). Sur ce point, les hypothèses fondées exclusivement sur certaines approches neuroscientifiques ne nous renseignent pas et les techniques rééducatives préconisées, ces dernières décennies, par l'approche médicale, notamment neuropédiatrique, sont d'une efficacité qui n'est pas attestée à ce jour (Piquée, Viriot-Goedel, 2016). C'est pourquoi, il nous semble utile d'approfondir l'abord de la difficulté scolaire par une approche fonctionnelle globale de l'enfant (Chagnon 2014) qui prenne en compte sa singularité, sur un versant plus psychodynamique, ce qui n'implique pas de réfuter l'apport des neurosciences. Notre approche, celle de la psychopathologie clinique, sans emprunter le sillon de la pathologie, peut apporter sa contribution par la prise en compte des problématiques psychiques qui jalonnent la construction de la personnalité du jeune enfant. Il s'agit notamment du processus de séparation/ individuation (Mahler 1973) dont l'achèvement est une condition nécessaire

pour favoriser son intérêt pour les apprentissages scolaires. Intérêt qui prend ses appuis sur sa capacité à se séparer de son milieu familial, à rompre le lien maternel pour investir d'autres personnes, ses enseignants, ses camarades de classe, mais aussi un vaste champ d'explorations. Il en découle l'aptitude à déployer une pensée qui intègre les jeux symboliques (Winnicott 1971) qui faciliteront sa rencontre avec les lettres et les chiffres. C'est donc selon cette perspective théorique et clinique que nous apporterons notre éclairage sur la difficulté scolaire, à la lumière d'exemples tirés du terrain de l'école. Notre attention se portera sur les aménagements défensifs qu'un enfant peut mettre en œuvre contre l'angoisse parce qu'il ne parvient pas à s'adapter aux contraintes de l'école et à s'engager dans les apprentissages scolaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Chagnon J.-Y., *Approche clinique des troubles instrumentaux* (collectif), sous la direction de J.-Y. Chagnon, Paris, Dunod, 2014
- Piquée C., Viriot- Goedel C., La fréquentation des dispositifs d'aide aux élèves en difficulté au cours préparatoire : un révélateur de l'organisation scolaire contemporaine, *Revue française de pédagogie* (en ligne), <http://rfp.revue.org/4975>, 2016
- Mahler M., *Psychose infantile* [1973], Paris, Petite bibliothèque Payot, 2001.
- Winnicott D. W. - *Jeu et réalité* [1971], Paris, Gallimard, 1976
- Meyer Ph., *Apprendre ou à laisser, l'école sous l'œil de Darwin*, Paris, Ramsay, 2008

Samedi 10 - Atelier 2 : "Hyperactivité" et violences agies sur
soi
ou sur l'autre

L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE, UNE NECESSITE POUR LA COMPREHENSION DES ENFANTS HYPERACTIFS

Sonia AJILI-JUNG, Gauthier DUBAUT

Psychiatre libéral

Mots-clés : HYPERACTIVITÉ, DIAGNOSTIC, INCERTITUDE, PÉDOPSYCHIATRE, SUBJECTIVITÉ

En tant que pédopsychiatres, nous sommes amenés à réfléchir l'agitation et l'hyperactivité des enfants et à nous positionner face à ces symptômes. Ce positionnement a des conséquences sur les choix thérapeutiques mis en œuvre et les représentations de l'enfant dans la société.

Un débat théorique a opposé durant des décennies le courant neurobiologique anglo-saxon et la tradition psychanalytique française autour de la question de l'hyperactivité de l'enfant. Depuis les années 2000 ce débat semble évoluer vers un affaiblissement de la position psychodynamique au profit des modèles neurobiologiques sans que cela ne repose sur des découvertes majeures concernant l'étiologie biologique de ce " trouble ". S'agit-il d'un " choix de société " sous couvert scientifique (Pr. B. Golse) ? Quelles conséquences thérapeutiques induit un tel choix dans la manière dont nous avons de nous représenter les enfants et nos possibilités de les aider ?

Une vision purement biologique de l'hyperactivité secondaire à un dérèglement neurodéveloppemental comporte plusieurs écueils. Premièrement, la dimension transférentielle du symptôme risque d'être évacuée. Au lieu d'ouvrir à une réflexion psychodynamique plus large, l'enfant porte dans son corps la responsabilité de sa souffrance. Le questionnement systémique familial de ce comportement devient souvent impossible. L'ensemble de l'entourage familial et social échappe ainsi à une remise en question pourtant nécessaire et toujours positive afin d'accompagner l'enfant dans son développement.

Deuxièmement, en objectivant trop souvent de manière normée et métrique les aptitudes des enfants, ne met-on pas à mal la notion de temporalité, variable du développement de chaque enfant. Des diagnostics vidés de sens, déliés de leur contexte psychosocial risquent d'impacter définitivement les représentations que l'enfant et son entourage ont de lui.

Nous ne nions pas la complexité de ces prises en charge d'enfants agités mettant à mal tout cadre, refusant de se conformer aux canons d'une société normative. Mais cette complexité ne doit pas nous faire accepter des simplifications diagnostiques et donc thérapeutiques qui nous écarte de la complexité de l'esprit humain et des conditions de son développement.

L'intrusion omnipotente de la neurobiologie dans les représentations de la souffrance humaine et ses prises en charge nous apparait comme une simplification qui nous prive de leviers thérapeutiques pourtant nécessaires.

En conclusion, nous souhaitons promouvoir la notion d'incertitude et discuter les possibilités offertes par ce positionnement incertain. Loin des certitudes scientifiques et statistiques qui réduisent la subjectivité et l'histoire individuelle du sujet à une peau de chagrin. L'incertitude est le garant d'une créativité et d'une dynamique dans la relation transférentielle. Elle permet de saisir l'instant thérapeutique, de restaurer enfant et parents dans leur aptitude et leur liberté de sujet.

Seule l'acceptation de notre incertitude face à l'origine de ces troubles peut, entre autres, permettre une relation transférentielle, une réflexion introspective de l'environnement au sens large de ces enfants, ou encore une évolution dans le temps de chacun selon son rythme, sa biologie et son environnement sans stigmatisation. Ainsi la psychologie clinique doit défendre sa place dans la prise en charge de ces enfants notamment en faisant entendre que nous disposons de modèles théoriques psychodynamiques permettant de défendre l'enfant en souffrance dans sa subjectivité et d'entendre ce qui justement n'a pu être mis en mots.

« DE-MONSTRER » LES JEUNES INSCRITS DANS LA VIOLENCE ; PROPOSITIONS D'OUTILS THERAPEUTIQUES POUR RESTAURER L'ESPACE PRIVE

Marie RÉVEILLAUD

Psychiatre - Psychanalyste ; Présidente de l'association RAPAV - Réflexion et Aide Pour les Auteurs de Violences, La Roche sur Yon

Mots-clés : ENFANT-ADOLESCENT, VIOLENCE, ESPACE PRIVÉ, ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE SÉQUENTIEL, ATELIER PARENT -ENFANT

Comment sortir les enfants et adolescents, pris dans des comportements violents (comme ceux qui sont adressés en ITEP) de l'étiquette qui les emprisonne dans une identité ? Nous nous pencherons sur les comportements d'opposition et de violences générales ayant souvent pour conséquence le rejet de leurs auteurs des écoles et classes ordinaires ou même des centres de loisirs et amenant les instances à les orienter vers des institutions spécialisées.

Nous présenterons en détail deux outils thérapeutiques visant à restaurer l'espace privé de l'enfant. **L'accueil familial thérapeutique séquentiel** : l'AFT séquentiel vise à restructurer les instances psychiques des enfants et des adolescents, sans pour autant exclure l'appui des identifications parentales. En proposant aux parents que leur enfant passe chaque semaine quelques jours et nuits dans une famille thérapeutique pendant une période limitée – variant de deux mois à un an, nous évitons la disqualification des parents. En outre, nous offrons à l'enfant des points d'appui identificatoires non substitutifs à ceux que lui donnent ses parents. Ainsi, si l'on conçoit l'AFT séquentiel comme une ressource identificatoire complémentaire, régulière, mais intermittente, nous évitons le clivage. Il s'agit donc d'œuvrer à la reconstruction des liens en donnant à l'enfant la capacité de restaurer son espace privé. **L'atelier nommé « un parent-un enfant autour de la terre »**. Le dispositif mis en place s'inspire du concept de Winnicott (1958) « *la capacité d'être seul* » en présence de l'autre ; et est à la base de la restauration de l'espace privé. Le dispositif se déploie sous forme de sessions de six séances avec un enfant ou un adolescent, un de ses parents et un thérapeute. Tous les trois sont autour d'une table, chacun avec un morceau de terre (argile) et la seule règle est de *ne pas intervenir sur ce que fait l'autre*, cet autre ayant aussi le droit de ne rien faire.

Nous terminerons notre exposé par une illustration clinique, en présentant Marc 13 ans.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Réveillaud, M., Smaniotto, B. (2017). « *Démonstrer* » : *comprendre et aider ceux qui sont traités de monstre. A la rencontre des auteurs de violences sexuelles*. Paris : In Press
- Réveillaud, M. (2018). *Restaurer l'espace privé*. (2018). In, B. Smaniotto et N. Dumet (dirs) *La pratique psychologique auprès des adolescents : 15 dispositifs originaux*. Paris : In Press

L'ENFANT PLACE : UN ENFANT COMME LES AUTRES...QUOIQUE !

Chad CAPE

Docteur en psychologie, psychologue formateur, attaché au service de protection de l'enfance de Strasbourg, SuliSoM-EA 3071, université de Strasbourg, Association RESCIF, Strasbourg

Mots-clés : ENFANT, VISITES MÉDIATISÉES, FAMILLE, CONTRETRANSFERT, SOCIÉTÉ

« Les visites médiatisées sont un dispositif qui consiste à ne faire se rencontrer des parents et leur enfant qu'en présence **d'une tierce personne**, le plus souvent après une décision judiciaire. Elles sont nécessaires chaque fois qu'un enfant est en danger physique ou psychique lorsqu'il est en contact avec un de ses parents. » (Berger & Ricaud, 2001).

Un signalement des informations préoccupantes par ceux qui sont en contact avec l'enfant – enseignants, infirmières scolaires ou même la gendarmerie – fait appel au Service de Protection de l'Enfance. Ce dernier met en place une enquête et dans certains cas, les enfants sont placés. Les raisons du placement sont variées, et sont parfois perçues comme des déviations sociales : précarité, troubles psychiatriques des parents, violences, abus sexuels, etc. Par la suite, ces familles sont confiées aux institutions comme celle dont il sera question dans cette communication.

La société attend de ces visites une compréhension des raisons du placement, afin que l'enfant puisse à nouveau vivre avec ses parents, sans danger. Elle demande que ce travail soit fait dans un endroit **neutre et sécurisant pour l'enfant**, pour lui permettre d'affronter ses angoisses, et de retrouver sa place au sein de la famille. Autrement dit, la société demande aux praticiens de retravailler et de rétablir les places et les rôles de chaque membre, c'est-à-dire de **normaliser les rôles des différents membres de la famille**. Mais une question se pose : comment normaliser l'enfant qui est issu d'une famille difficile, bizarre ou carrément maltraitante ? « Normaliser » ne veut pas dire changer l'enfant pour le conformer à la société, mais plutôt pour lui offrir une autre vision du fonctionnement familial et l'aider à aborder autrement sa situation. Ces normes sociales donneraient à l'enfant l'envie de sortir d'une vie difficile et favoriseraient également son développement et intégration dans la société.

Il y a trois axes de travail :

1. Certes, elles ne se conforment pas à l'idée sociale de la famille ; elles vivent avec d'autres règles. Néanmoins, il existe des enjeux, des liens et des échanges intrapsychiques au sein de ces familles. Lorsque nous comprenons mieux leur fonctionnement, nous pouvons débiter un travail avec elles. Cela nous permet de mieux comprendre le rôle de l'enfant, et d'être plus attentif à sa souffrance psychique, ainsi qu'à sa demande.
2. Plus que jamais, l'enfant reconnaît le dysfonctionnement familial. Sa place n'est guère anodine ; elle est inadaptée mais dans le but inconscient de mieux vivre sa situation et de compenser un manque au sein de la famille. La neutralité du lieu

de rencontre et la posture de l'intervenant favorisent l'expression de la demande de l'enfant qui ne se sent pas en danger pour s'exprimer.

3. Notre place n'est pas anodine. D'une certaine façon, nous représentons la société. Nos réactions et notre contre-transfert face à l'enfant, ainsi qu'aux autres membres de la famille, sont déterminants dans le travail. Nous rappelons – ou dans certains cas introduisons – à l'enfant et à sa famille la loi et les règles sociales. Cela permet une autre vision du fonctionnement familial.

Avec ces trois axes, il peut y avoir une renégociation des places au sein de la famille. Dans certains cas plus graves, cela peut aider l'enfant à renoncer à sa famille pour choisir une autre vie plus " normalisée ". Dans tous les cas, le choix doit venir de l'enfant. La société, et donc l'institution, donne à l'enfant les cartes, mais c'est à lui de jouer.

L'ENFANT DESIGNÉ COMME « MONSTRE »

Barbara SMANIOTTO

Maître de Conférences en Psychopathologie et Psychologie Clinique, Université Lyon 2, Institut de Psychologie ; Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique (CRPPC - EA653) ; Psychologue Clinicienne, CRIAVS85 (Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles), EPSM Georges Mazurelle - La Roche sur Yon ; Association RPAV (Réflexion et Aide Pour les Auteurs de Violences)

Mots-clés : ENFANT, MONSTRE, VIOLENCES SEXUELLES, ASSIGNATION, PSYCHOTHÉRAPIE

D'après ses racines étymologiques, le monstre « montre », ce que nous ne voulons pas voir, ce que nous ne voulons pas savoir et qui en l'occurrence fait peur. En effet, derrière ce mot résonne toujours la peur – de l'autre, de la différence, de la destruction et in fine de la mort. Ainsi, le monstre incarne l'horreur de l'insoutenable qu'il dévoile sans fard. Image même de l'étrange, du marginal et du dangereux, il provoque la rupture en tant que messenger du changement, de l'initiation voire de la sublimation. Le monstre met en lumière ce qui est voué à demeurer caché ; la part d'ombre du monde, de la nature, de l'humanité. Il se pose comme un miroir révélateur de l'homme dans ses distorsions et ses outrances, et nous place d'emblée dans le registre des dichotomies : beauté/laideur, ordre/chaos, normalité/anormalité, moi/autre. Il désigne encore ce qui agit en nous à notre insu et que nous ne parvenons pas à identifier, à symboliser, soit la part pulsionnelle qui *résiste à l'éducation*. A travers le monstre, c'est la massivité du pulsionnel pré-génital qui se donne à voir. A tous ces égards, il occupe une place particulière de la vie psychique de l'enfant, mais c'est dans une toute autre perspective que nous allons aborder cette question.

L'enfant, dont le statut relève d'une création culturelle relativement récente, est depuis référé, dans l'imaginaire collectif, à des représentations de pureté et d'innocence. En ce sens, l'association entre l'enfant et le monstre apparaît pour le moins incongrue voire transgressive. D'autant plus lorsque la personne de l'enfant se confond avec l'une des figures du monstre de notre monde contemporain : l'auteur de violences sexuelles. Un enfant peut-il, eu égard ses comportements sexualisés, être considérés comme un « auteur de violences sexuelles », peut-il être désigné comme « monstre » ?

Le cas de Dylan nous amènera à interroger ce paradoxe. Nous explorerons son histoire d'enfant, doublement victime – dans son corps et dans le discours porté sur ce corps. Avec sa fratrie dont il est l'aîné, Dylan est placé en famille d'accueil depuis ses 8 ans après avoir subi des agressions sexuelles par un ascendant. Quelques temps plus tard, il agira des conduites sexualisées répétées sur ses petits frères. C'est dans ce contexte, alors qu'il est âgé de 11 ans, que nous le rencontrerons pour la première fois accompagné de la psychologue de la protection de l'enfance et de ses parents d'accueil. Ces derniers se disent choqués et le surveillent étroitement, jugeant son *regard vicieux*. Tous demandent à ce que Dylan intègre en urgence le dispositif groupal que nous

venons d'élaborer (« Conduite Accompagnée ») pour les adolescents présentant une sexualité préoccupante. Dylan, qui n'est pas pubère à cette époque, ne répond pas aux indications du groupe, et nous semble devoir être traité comme victime et non comme auteur d'agression sexuelle.

Alors qu'il a 13 ans, nous recevons à nouveau Dylan dans une situation de crise. Les parents d'accueil, loin de le contenir, continuent de le considérer comme *dangereux pervers*, et le rejettent sans ménagement, mettant fin brutalement à son placement – Dylan intègrera sa nouvelle famille juste après la consultation. Face à l'absence manifeste de prise en charge du trauma sexuel, nous décidons de ne pas abandonner Dylan, maintenant en phase pubertaire, et de l'inscrire dans cette thérapie spécifique. Si nous reconnaissons les dimensions *préoccupantes* de son entrée dans la sexualité, c'est dans une visée de sollicitude en deçà de toute stigmatisation ou pathologisation. A partir de ces éléments et du cheminement de Dylan dans le groupe, nous discuterons la question de l'assignation d'un enfant comme « auteur de violences sexuelles ». Et de nous demander si cette représentation ne risque pas d'entraver toute rencontre authentique avec ces sujets en pleine évolution. Au fond qu'est-ce qui est le plus monstrueux : le sujet désigné comme monstre, ses actes ou bien le regard porté sur lui ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Smaniotto, B., Dumet, N. (2018). *La pratique psychologique auprès de l'adolescent : 15 dispositifs originaux*. Paris : In Press
- Réveillaud, M., Smaniotto, B. (2017). « *Démonstrer* » : *comprendre et aider ceux qui sont traités de monstre. A la rencontre des auteurs de violences sexuelles*. Paris : In Press
- Smaniotto, B., Réveillaud, M. (2016). La rencontre des adolescents auteurs de violences sexuelles accueillis dans un dispositif de soin spécifique. *Les Cahiers de la Psychologie Clinique*, 1(46), 205-218
- Calamote, E. (2014). *L'expérience traumatique : clinique des agressions sexuelles*. Paris : Dunod
- Ciccone, A., Ferrant, A. (2015). *Honte, Culpabilité et Traumatisme*. Paris : Dunod, 2ème éd

Samedi 10 - Atelier 3 : L'enfant, les TICs, l'éthique

« FACEBOOK A L'EPREUVE DE LA DIFFERENCE »

Rémy POTIER

Maître de Conférence, Maître de conférences en Psychologie clinique et Psychanalyse ;
Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société - EA3522 ; UFR Institut
Humanités, Sciences et Sociétés (IHSS) ; Université Paris Diderot - Sorbonne Paris Cité

Mots-clés : NARCISSISME DES PETITES DIFFÉRENCES, MULTITUDE, RÉSEAUX SOCIAUX,
IMAGE, MALADIES RARES, HANDICAP

Les nouvelles socialisations à l'œuvre en sein des réseaux sociaux sont particulièrement investies de nos jours, si bien que ces nouveaux usages sont pleinement constitutifs de notre réalité quotidienne. La clinique contemporaine, que ce soit dans le cadre des consultations ou des thérapies témoigne de cet investissement et des enjeux narcissiques qui lui sont corrélés. Ces plateformes, comme Facebook ou Instagram, imposent à cet égard de nouvelles normes qu'il convient d'interroger pour repérer les modalités psychiques d'investissements et de mise en scène de soi qui en résulte. Pour en saisir l'envers inconscient, le récit des patients sont particulièrement précieux. Parmi ces occurrences, les usages, dont certains parents d'enfants atteints de handicap comme ceux des adolescents malades, témoignent d'une psycho(patho)logie du numérique au quotidien qu'une approche psychanalytique permet d'éclairer depuis cette clinique spécifique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Casilli, A. A. (2010). *Les Liaisons numériques. Vers une nouvelle sociabilité ? : Vers une nouvelle sociabilité*. Paris: Le Seuil
- Potier, R., Putois, P. (2018), A Lacanian view of the demand in pediatric genetics: a plea for subjectivization, *Frontiers in Psychology*
- Potier, R. (2013). Facebook à l'épreuve de la différence. Avatars du narcissisme des petites différences. *Topique*, 121(4), 97-109
- Potier, R. (2009). Au risque du Virtuel ? *Topique*, 107(2), 149
- Potier, R., et Bialès, P. (2007). De l'amitié en virtuel. *Adolescence*, 61(3), 581-13

« ETRE CONFORME DANS LES UNIVERS NUMERIQUES : INJONCTIONS ET PARADOXES »

Marion HAZA

Psychologue clinicienne, MCU HDR, EA4050 CAPS, Université de Poitiers, Secrétaire générale du CILA, membre de l'IVSO

Mots-clés : PARADOXE, NUMÉRIQUE, LIMITES, CADRE, PARENTALITÉ, INJONCTION

L'enfant est aujourd'hui plongé dès son plus jeune âge dans les univers numériques. La paradoxalité éducative se retrouve dans les attentes adultes envers ces jeunes - voire précoces- utilisateurs et l'absence fréquente de cadre et d'accompagnement dans ces espaces pourtant illimités et ouvrant à toutes les virtualités. L'enfant utilisateur des espaces numériques (des jeux ou vidéos sur YouTube pour les plus petits aux réseaux sociaux ou à la pornographie pour les adolescents) ne se retrouve-t-il pas abandonné face à une conformité à créer par lui-même ? Les adultes tendent à laisser l'enfant découvrir ces espaces seul et construire ses limites, tout en attendant de leur part une sagesse innée et un respect total de règles fictives. Les injonctions pour être enfant dans les univers numériques reproduisent souvent les attentes de la vie quotidienne sans penser les écarts et spécificités du virtuel. Comment être conforme dans ces espaces en tenant compte des attentes et de la créativité à l'œuvre ? C'est ce que nous discuterons ici.

LES NEVROSES ACTUELLES DE L'ENFANT ET LEURS « IN-PATIENTS ». ESSAI DE CLASSIFICATION PHENOMENOLOGIQUE

Alex RAFFY

Psychologue clinicien, psychanalyste ; Docteur en psychopathologie

Mots-clés : NÉVROSE DE L'ENFANT, NÉVROSES ACTUELLES, HYPERACTIVITÉ, HYPERMODERNITÉ, NOSOGRAPHIE PÉDOPSYCHIATRIQUE, STADE FREUDIEN, PSYCHOSOMATIQUE, PHÉNOMÉNOLOGIE

Les modifications anthropologiques apportées par l'hypermodernité nous paraissent générer de nouvelles expressions et des plaintes inédites, par rapport à la traditionnelle névrose phobique de l'enfant. Ni autistes, ni psychotiques, les "in-patients" sont des jeunes initialement incapables d'un travail de parole, malgré l'expression patente de difficultés subjectives. Cette psychopathologie se manifeste corporellement, à travers deux polarités correspondant à deux modalités d'être au monde renvoyant à la bipolarité explosion/implosion. Pour ce faire, le concept de névroses actuelles - auquel Freud recourait pour l'adulte - sera acclimaté au jeune "in-patient", et nous permettra d'esquisser une schématisation mettant en perspective les principales manifestations psychopathologiques de l'enfant et l'adolescent. Nous pourrions débattre des modifications sociétales et subjectives, de la pertinence des nosographies pédopsychiatriques passées et présentes, ou réfléchir aux réponses à apporter faces aux nouvelles demandes des familles consultantes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Raffy A., *La "pédofolie". De l'infantilisme des grandes personnes*. Paris, Téraèdre, 2013
- Raffy A., « Les jeunes "in-patients". Nouveaux profils cliniques, nouvelle nosographie : les névroses actuelles de l'enfant », *L'information psychiatrique*, septembre 2018
- Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945
- American Psychiatric Association, *DSM-V*, Paris, Masson, 2017
- Raffy A., *La théorie psychanalytique et l'enfant*, Paris, L'Harmattan, 2009

DES NOUVELLES FORMES DE DENOUEGE DE R.S.I. DANS LE DISCOURS SCOLAIRE : NOUVEAUX DEFIS A L'ECOLE

Ilaria PIRONE, Jean-Marie WEBER

Dans cette contribution, nous souhaitons interroger comment le discours actuel de l'école produit des pratiques éducatives et des formes de subjectivation qui mettent à l'épreuve le nouage borroméen R.S.I. Certaines modalités de transmission répandues dans le système scolaire poussent à une forme de technicisation du savoir réduisant la dimension symbolique. Ce processus peut donner une forme d'écriture à deux registres, qui serait : R.I. Les nouvelles tendances de moralisation du discours social, des discours enrobés de bienveillance et de positivité, semblent esquiver la dimension du Réel, et donnent une autre forme d'écriture à deux du nœud S.I.

Nous partirons d'exemples concrets tirés de nos pratiques de formation à l'université et de nos recherches en sciences de l'éducation pour illustrer ces dénouages et leurs conséquences pour le vivre ensemble, la démocratie, et comment des séries d'objets viennent boucher les béances de ces discours.

Samedi 10 - Atelier 4 : Corps et normes

DE L'IDENTITE SEXUELLE A L'IDENTITE DE GENRE. COMMENT ACCOMPAGNER LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS TRANSGENRES ?

Thierry GOGUEL D'ALLONDANS

Anthropologue (formateur en travail social ESEIS, professeur associé ESPE-UDS, chercheur associé « Dynamiques européennes »), ESEIS (école supérieure européenne de l'intervention sociale), ESPE - UDS (école supérieure du professorat et de l'éducation - université de Strasbourg)

Mots-clés : IDENTITÉ SEXUELLE, IDENTITÉ DE GENRE, TRANSIDENTITÉS, TRANSGENRES, DYSPHORIE DE GENRE

« Beaucoup d'enfants aiment jouer d'autres rôles parfois même, le temps d'un carnaval ou d'un charivari, en se travestissant. Mais quelques enfants ne sont pas dans le jeu ; ils souffrent d'être enfermés dans un corps "étranger" et contraints par les rôles sociaux et culturels prévalents à leur sexe biologique. Le spectre large des transidentités nous oblige à penser autrement nos rapports à l'altérité et, plus spécifiquement encore, nos éducations. »

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Goguel d'Allondans T., *Ados LGBTI. Les mondes contemporains des jeunes lesbiennes, gays, bisexuel(le)s, transgenres, intersexes*, Lyon, Chroniques sociales, 2017

L'ENFANT AU CORPS « HORS NORME » - UNE MALADIE A SOIGNER ?

Daria DRUZHINENKO-SILHAN

Docteur en psychologie clinique, psychanalyste, Chercheur associé UMR 7367
« Dynamiques Européennes », CNRS/Université de Strasbourg

Mots-clés : OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE, ENFANT OBÈSE, TROUBLES DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES, SYMPTÔME, RECHERCHE CLINIQUE

L'obésité est l'une des préoccupations majeures des politiques médicales. Considérée aujourd'hui comme la première épidémie d'une maladie non infectieuse (OMS 2003) elle devient un diagnostic récurant quand il s'agit d'un enfant dont IMC se trouve au-dessus du couloir de la norme de sa tranche d'âge. Le suivi d'un enfant obèse vise à stabiliser le poids de l'enfant en lui prescrivant de « bonnes pratiques alimentaires » et des activités physiques. La place du psychologue dans le suivi est souvent réduite à celle de celui qui fait « le point ».

Nous avons réalisé une étude clinique dans le cadre d'un projet européen « KeepHealthyKids » qui visait à la création d'outils multimédia pour l'accompagnement de l'obésité pédiatrique des enfants âgés de 7 à 10 ans. En utilisant les dessins des enfants, le test de la tâche d'encre de Rorschach, un entretien semi-dirigé avec l'enfant et un autre avec l'un des deux parents nous avons recueilli 18 histoires familiales. Nous avons également effectué une analyse statistique de 60 dossiers de suivis. L'analyse clinique des histoires individuelles et les résultats de l'analyse statistique ont été croisés pour alimenter notre réflexion sur la prise en charge adéquate de ces enfants. Les résultats obtenus nous ont fait réfléchir sur la place que l'enfant obèse ou en surpoids occupe dans sa famille aussi bien que sur la question des liens. Pourtant le suivi est généralement organisé de telle manière que le seul paramètre qui sera visé sera le corps de l'enfant. Le corps qui sort de « la norme », qui se fait remarquer par son volume domine les préoccupations médicales. La place de la parole de l'enfant est petite. Or, son corps est une parole visible qu'on tente de « normaliser » par des soins médicaux.

Le paradoxe de nos découvertes consistait dans le constat que les enfants âgés de 7 à 10 ans ne souffraient pas forcément de leur poids. Leurs images de leurs corps étaient plutôt positives. Ils se trouvaient beaux et pensaient que les autres les considéraient également ainsi. Ce n'est pas le corps qui posait problème. L'analyse des protocoles a permis de formuler l'hypothèse que la vraie souffrance se trouvait au niveau psychique et que le corps en devenait « porteur ».

Renforcer le corps quand le sujet est fragile au niveau des frontières psychiques ; essayer de prendre une place de grands quand le sujet est petit ; ne pas montrer un corps sexué au moment où les identifications sexuelles doivent être faites ; ou s'inscrire dans l'histoire familiale par le biais d'un corps important... on peut trouver tant de configurations différentes dans ces troubles des comportements alimentaires.

Comment peut-on alors entendre ces troubles si, par la manière de les prendre en charge, on tend à faire disparaître le symptôme ?

Des entretiens avec des spécialistes des réseaux de prise en charge, également réalisés dans le cadre de ce projet, nous ont montré que la plupart des spécialistes questionnés dont, par exemple, le Dr. Véronique Nègre se rendaient compte que le corps de l'enfant véhiculait toute une histoire subjective et familiale mais que la prise en charge psychologique de ces troubles alimentaires était compliquée et que les structures manquaient considérablement de moyens.

Il semble que cet exemple de la prise en charge de la souffrance de l'enfant dont le corps est « hors normes » en le considérant seulement comme un enfant malade illustre bien la tendance actuelle qui vise à l'effacement de la différence au lieu de compréhension du sens subjectif du mal-être. Nous nous demandons si cette volonté d'agir sur le corps de l'enfant en l'absence d'un lieu d'accueil de sa parole ne vise pas, en fin de compte, à faire disparaître toute dimension symbolique dans les soins de l'enfant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- OMS (2003), Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale, OMS, Genève, *Série de rapports techniques*, 894. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf

L'ENFANT PEUT-IL ETRE NON CONFORME SUR LE PLAN DE SON SEXE ?

Dr Guillaume RIEDLIN

Psychiatre, Psychanalyste

Mots-clés : GENRE, SEXUALITÉ, CORPS, FANTASME, DISCOURS COURANT, DISCOURS AMBIANT, CONFLICTUALITÉ

De nombreuses questions se posent quand il s'agit d'aborder l'idée d'un enfant non conforme, et dans un premier lieu, non conforme à quoi ? C'est-à-dire semblable à quelle forme ? Bien entendu, la forme dont on parle est celle qui, au moins, est sujette du discours courant.

En d'autres termes, la conformité interroge le bain langagier dans lequel nous sommes tous pris. Un sujet n'émerge qu'à cette condition d'être aliéné au langage et prend corps par ce biais. La non-conformité est d'abord une histoire d'individualisation, se poser la question d'être quelqu'un passe par le fait de ne pas être tout le monde. Le jeu qui consiste à flirter avec l'ensemble conforme du monde est ce qui permet de se constituer. Cette interrogation faite d'aliénation et de séparation, organise un rapport le plus souvent fantasmatique au monde. Il existe alors une possibilité qui vient voiler la réalité et dans laquelle on peut être en contradiction avec soi-même, avec les autres, c'est-à-dire une possibilité de conflictualité inconsciente. De ce fait, le corps ainsi constitué, serait un lieu tout-à-fait particulier où s'articulerait une zone de conflictualité assumée, organisant sa prise dans le bain langagier, se questionnant de la conformité, mais aussi de son caractère semblable à l'autre. Le discours ambiant, le groupe des Hommes, l'autre, la différence des sexes et soi s'y trouvent noués sans que ce nouage ne puisse s'envisager autrement que par l'ensemble qu'il représente.

Ce point est d'une importance certaine. L'enfant qui s'y construit, qui y construit son corps, n'aura de cesse que de faire jouer cette conflictualité et de la faire sienne en même temps que son corps se constitue pour lui. Dans cette démarche, il y a à respecter cette conflictualité. Qu'en est-il si ce respect fait défaut ? On empêche la possibilité d'un rapport contradictoire au monde, ou, dit autrement, on exclut la possibilité que se jouent des choses sur un plan inconscient. L'inconscient est le lieu même de la possibilité que des motions contradictoires puissent s'exprimer ensemble sans qu'il n'y ait d'erreur logique à proprement parlé.

Le discours ambiant actuel peine à se déterminer sur la possibilité conflictuelle que séduction et sexualité ne soient pas forcément liées, et ce notamment dans son rapport à l'enfant. A la phrase du petit garçon qui dirait aujourd'hui : « je veux être une fille », quel que soit son âge, bien trop d'adultes viendront adhérer au sens littéral de la phrase sans l'ouvrir sous la forme d'une question. Cette question transsexuelle de l'enfant est particulièrement brûlante, le politique et le médical s'engageant de plus en plus dans la possibilité de prendre ces mots au sérieux. Hormonothérapie, opération, sont évoquées de plus en plus tôt. L'adulte, pris dans le discours courant, ne fait plus

qu'évaluer la conformité et la non-conformité. Sous forme de questionnaire, ou d'études statistiquement discutables, le tri s'opère, amenant même à l'opération, sans que ne soit plus donnée la chance d'une zone tampon fantasmatique. L'affirmation d'une position de l'éthique du sujet apparaît alors comme d'une urgente nécessité. Ce propos tient compte de mon expérience de psychiatre et psychanalyste au sein du CHRU de Strasbourg où j'occupe les fonctions de chef de clinique. La prise en charge de patients mineurs formulant la question transgenre ainsi que mon implication dans l'ébauche de ces questions au sein du CHRU me permettent d'envisager le rapport du signe clinique au discours ambiant avec cette proposition : la parole de l'enfant n'est pas à prendre au sérieux de la position d'adulte. L'objectif thérapeutique est alors l'émergence d'une parole singulière qui dépasse la conformité, ou la non-conformité au discours courant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Lacan J., Séminaire V : « *Les formations de l'inconscient* », 1957-1958, Paris, Seuil, 1998
- Lacan J., Séminaire X : « *L'Angoisse* », 1962 - 1963, Le Champ freudien, Paris, Seuil, 2004
- Freymann J.-R., Patris M., *Les cliniques du lien, nouvelles pathologies ?* Paris, Arcanes Érès, 2007
- Freymann J.-R. et collectif, *Les entretiens préliminaires à une psychanalyse*, Arcanes, Érès, 2016
- Freud S., *La vie sexuelle*. 9e éd. Paris, PUF, [1925] 1999
- Freud S., *Totem et tabou*, Paris, Payot, [1913] 2004
- Freud S., *Psychologie des masses et analyse du Moi*, Paris, Points, 2014
- Misès R., *Les pathologies limites de l'enfance*, Paris, PUF, 1999
- Riedlin F., *Penser l'incroyance pour penser notre temps : Logiques du croire et du savoir dans une société qui a proclamé successivement la « mort de Dieu », la « fin des idéologies » et la « chute de la fonction paternelle »*, Paris-VII, 2015, www.theses.fr/s84088
- Safouan M., *La psychanalyse : Science, thérapie et cause*, éd. Thierry Marchaisse, 2013

Index des intervenants

- **Ajili-Jung Sonia**, pédopsychiatre, Strasbourg
- **Alvarèz José Miguel**, Doctorant en psychologie clinique, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Auriac-Slusarczyk Emmanuèle**, Maîtresse de conférences HDR en psychologie clinique, ACTé EA – 4281, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand
- **Bacqué Marie-Frédérique**, Pr de psychologie et psychopathologie cliniques, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Boutinaud Jérôme**, Maître de conférences en psychologie clinique, PCPP – EA 4056, Université Paris 5
- **Cape Chad**, Docteur en psychologie clinique, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Cascarino Adrien**, Doctorant en psychologie clinique et psychanalyse, Université Paris 7
- **Casper Marie-Claude**, Maîtresse de conférences en psychopathologie clinique, Université de Strasbourg, SuLiSoM – EA 3071
- **Chagnon Jean-Yves**, Pr en Psychologie Clinique et de Psychopathologie, UTRPP – EA 4403, Université Paris 13
- **Chérel Myriam**, Maîtresse de conférences en psychologie clinique, Recherches en psychopathologie – EA 4050, Université de Rennes
- **Cohen-Salmon Julie**, Docteure en psychologie clinique, ATER, Laboratoire LPCN, EA7452, Université de Rouen Normandie
- **Coiseur Chantal**, Psychologue Éducation Nationale, Strasbourg
- **Colas Elisabeth**, Docteure en psychologie, psychologue Éducation Nationale, Rased, Mulhouse
- **Dellaca-Minot Pierre**, Doctorant en psychologie clinique, UTRPP – EA 4403, Université Paris 13
- **Demogeot Nadine**, Maîtresse de conférences en psychopathologie, ESPE, Université de Lorraine
- **Druzhinenko-Silhan Daria**, Docteure en psychologie, chercheuse associée, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Dubaut Gauthier**, pédopsychiatre, Strasbourg
- **Gachet-Bensimhon Noémie**, Psychologue clinicienne en pédopsychiatrie, HUS et Maison des Adolescents de Strasbourg
- **Gillet Alexandra**, Doctorante en psychologie clinique, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Goguel D'Allondans Thierry**, Anthropologue, IFCAAD – Strasbourg
- **Goldsztaub Liliane**, Maîtresse de conférences en psychopathologie clinique, Université de Strasbourg, SuLiSoM (EA 3071), Psychanalyste
- **Golse Bernard**, Pr, PU-PH, Pédopsychiatrie, CHU Necker, PCPP – EA 4056, Université PARIS 5
- **Haza Marion**, Maîtresse de conférences en psychopathologie clinique, CAPS – EA 4050, Université de Poitiers
- **Henrion-Latché Johanna**, Docteure en psychologie clinique, ACTé EA – 4281, Université de Clermont-Auvergne

- **Jacquot Mélanie**, Maîtresse de conférences en psychopathologie clinique, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Klein Catherine**, Psychologue clinicienne exerçant à l'Éducation Nationale, Strasbourg
- **Korff-Sausse Simone**, Maîtresse de conférences en psychologie clinique, université Paris 7, psychanalyste
- **Losser Jeannine**, Psychologue scolaire, Mertzwiller
- **Matuszinski Delphine**, Professeure des écoles, Metz
- **Metz Claire**, Maîtresse de conférences HDR en psychologie clinique, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Meyer Philippe**, Psychologue scolaire, Wittenheim, Docteur en psychologie clinique, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Muths Stéphane**, Psychologue clinicien, psychiatrie infanto-juvénile, Epsan, Brumath, Docteur en psychopathologie et psychanalyse, CRPMS, Université Paris 7
- **Neyrand Gérard**, Pr émérite en sociologie, CRESCO – EA 7419, Université de Toulouse
- **Nicolas Jonathan**, Psychologue clinicien, CMP Saverne, Docteur en psychologie, CRPMS, Université Paris 7, Chercheur associé, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Pinelli Christina**, Psychologue clinicienne, service de rééducation et de réadaptation pédiatrique, étudiante en Master 2 éthique médicale et bioéthique, Strasbourg
- **Pirone Ilaria**, Maîtresse de conférences en sciences de l'éducation, CLEF-apsi, Université Paris 8
- **Porreca Anne**, Neuropsychologue, Nice
- **Potier Rémy**, Maître de conférences en psychologie clinique, CRPMS – EA 3522, Université Paris 7
- **Putois Olivier**, Maître de conférences en psychologie clinique, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Raffy Alex**, Psychologue clinicien, psychanalyste, docteur en psychologie clinique, EPSAN, Bas-Rhin
- **Razon Laure**, Maîtresse de conférences HDR en psychologie clinique, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Reveillaud Marie**, Pédopsychiatre, psychothérapeute, Centre Hospitalier Spécialisé Georges Mazurelle, La Roche-sur-Yon
- **Riedlin Frédérique**, Docteure en psychologie clinique, ATER, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Riedlin Guillaume**, Psychiatre, psychanalyste, Strasbourg
- **Roman Pascal**, Pr en psychologie clinique, LARPSYDIS, Université de Lausanne (Suisse)
- **Schmitt Florence**, PhD, psychothérapeute, psychiatrie infantile, Hôpital universitaire de Turku (Finlande)
- **Sivanandame Ravi**, Psychologue clinicienne, l'Orée, Mulhouse
- **Smaniotto Barbara**, Maîtresse de conférences en psychologie clinique, C.R.P.P.C.- EA 653, Université de Lyon 2

- **Thevenot Anne**, Pr de psychologie clinique, SuLiSoM – EA 3071, Université de Strasbourg
- **Vives Leiva Wendy**, Psychologue clinicienne, doctorante en psychopathologie clinique, GRA, EA 4050, Université de Rennes 2
- **Wéber Jean-Marie**, Senior lecturer en psychologie clinique, ECCS, Université du Luxembourg
- **Zittoun Catherine**, Psychiatre, Paris

SuLiSoM

Subjectivité, lien social
et modernité