« Être un parent responsable »

Quelles attentes des soignants en France et au Brésil ?

Amélie TURLAIS(1), Aude BÉLIARD(2), Tatiana BARBARINI(3), Lecy SARTORI(4), Eunice NAKAMURA(5)

(1) Formatrice-Chercheuse EFPP, associée au CREF (UR1589), Université Paris Nanterre, (2) Sociologue, CERMES3 (UMR 8211) (UMR 8211), Université Paris- Descartes, (3) Sociologue, Faculté Mogiana de L'Etat de Sao Paulo, (4) Anthropologue, Université Métropolitaine de Santos, UNIMES, (5) Anthropologue, Université Fédéral de Sao Paulo

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.9588

Résumé : Les récentes politiques publiques sont élaborées autour de la figure de l'individu autonome. Ce dernier y est responsabilisé dans la mise en œuvre de ses droits et devoirs. Aussi, les parents longtemps tenus à l'écart des soins de leurs enfants font l'objet de nouvelles attentes de la part des soignants. À partir d'une comparaison de données ethnographiques collectées en France et au Brésil lors de recherches dans des centres de soin de santé mentale, nous exposons dans cet article en quoi la responsabilisation des parents par les soignants s'articule autour de dimensions : politique, théorique, pratique et relationnelle. La centration des politiques publiques sur la responsabilité individuelle fait émerger la figure du parent partenaire, qui selon un cadre théorique psychanalytique ou neurobiologique, est soit responsable des troubles de l'enfant, soit responsabilisé dans la gestion du quotidien. Cependant, au-delà des clivages théoriques, du commun émerge dans les attentes des rôles parentaux par les soignants pour le suivi matériel des soins, la transmission d'informations sur l'enfant et la conscientisation de leur rôle dans les troubles de l'enfant. De plus, selon les caractéristiques sociologiques des parents, les professionnels les mobilisent de manières différenciées. Une certaine proximité sociale amène à des attentes implicites alors qu'elles sont davantage travaillées auprès de parents socialement éloignés.

Mots-clés : Responsabilisation, Parents, Santé mentale, Pratiques éducatives, France – Brésil

Introduction

Les politiques publiques contemporaines, en France comme au Brésil, valorisent la figure dun individu autonome, acteur de sa propre trajectoire, et donc responsable des décisions le concernant. Ces évolutions récentes responsabilisent les individus à devenir acteurs de leur propre santé et de celle de leurs proches. Dans le champ de la santé mentale, les soins ne se pensent plus seulement comme une réponse technique

à une pathologie, il est attendu une co-construction entre professionnels, patients et proches. Les professionnels se doivent alors de susciter l'autonomie et la responsabilité des personnes, en les rendant actives, en faisant *avec* elles, plutôt que *sur* elles (Laforgue, 2009). Ce changement de paradigme est particulièrement visible dans les interventions sanitaires et sociales auprès des enfants. Si longtemps, les responsables légaux, le plus souvent les parents, ont été tenus à l'écart des interventions et des soins de leurs enfants, depuis une vingtaine d'années, les relations entre parents et professionnels tendent à se contractualiser (Becquemin, 2011). Les parents denfants suivis en santé mentale sont appelés à jouer un rôle actif dans le processus de soin et deviennent aujourd'hui des partenaires attendus. Leur implication est désormais conçue comme nécessaire, à la fois pour assurer la continuité des soins, transmettre des informations sur lenfant, mais aussi pour travailler sur leur propre posture éducative. Les offres de soins se construisent alors avec les soignants autour d'un système interactif parents-enfants. Système interactif qui se structure à partir des conceptions des professionnels et de leurs interventions ; toutes deux porteuses de normes régulant les pratiques éducatives des parents et leur implication dans le processus de soin de leur enfant (Gavarini, 2006 ; Mougel, 2007). Cette injonction contemporaine à la parentalité responsable (Martin, 2013) sancre dans des logiques institutionnelles, mais aussi dans des normes sociales différenciées. En effet, tous les parents ne sont pas adaptés d'emblée à ces attentes. Aussi certains travaux (Béliard et Eideliman, 2018 ; Roux, 2012) ont déjà examiné la manière dont les professionnels travaillent pour susciter chez les parents des attitudes, des actions et des sentiments attendus. Ces professionnels éduquent les familles pour les rendre plus proches de l'univers de soin.

Dans la lignée de ces recherches, – au-delà du constat d'une injonction normative à la responsabilité et l'autonomie des parents – nous proposons ici de mettre au jour les formes concrètes que prend la responsabilisation des parents denfants suivis en santé mentale, à partir dune enquête ethnographique conduite dans plusieurs centres de soin en France et au Brésil. Notons que la notion de responsabilisation a été utilisé comme un catalyseur pour comparer des données de recherches socio-anthropologiques conduites séparément, mais avec des méthodologies proches au Brésil et en France.

Nous chercherons à monter que si en apparence, cette responsabilisation semble faire consensus : elle apparaît comme une forme dautonomisation, un progrès en matière de droits des usagers, une meilleure articulation entre soin et famille, en pratique, les attentes professionnelles à l'égard des parents ne sont ni homogènes ni neutres. Elles se façonnent à partir des cadres théoriques mobilisés par les équipes, de logiques organisationnelles des services, mais surtout par les rapports sociaux qui structurent les interactions entre professionnels et familles. Aussi, comme nous l'argumenterons loin d'être un processus univoque, la reponsabilisation parentale est une modalité située de gouvernement des familles. Elle varie selon les cadres de soin (psychanalytiques, neurobiologiques, psychosociaux), mais aussi — et peut-être surtout — selon les dispositions sociales des parents, cest-à-dire la manière pour ces derniers de se situer dans lunivers du soin, de comprendre les attentes implicites des professionnels, et dy répondre. Il ne sagit pas seulement ici de souligner des écarts entre « parents proches » ou « éloignés » des institutions, mais danalyser comment ces écarts produisent des formes différenciées dengagement, d'évaluation et de reconnaissance parentale. Aussi

nous avons fait le choix, dans cette perspective d'analyser les pratiques de responsabilisation comme révélatrices de tensions contemporaines dans les relations de soin, et comme des formes dajustement — parfois discrètes, parfois explicites — des professionnels aux publics quils accompagnent. Loin d'être uniformes, les formes de responsabilisation parentale sont ainsi traversées par des rapports de pouvoir, des enjeux de légitimité et des logiques de différenciation sociale.

Notre démonstration se déploiera en quatre temps. Nous reviendrons dabord à partir d'une revue de la littérature sur la responsabilisation dans les politiques publiques et dans le champ de la santé mentale. Nous présenterons ensuite la méthodologie de notre enquête, en insistant sur le choix de la comparaison internationale. Nous analyserons ensuite les attentes différenciées des professionnels à l'égard des parents selon les cadres théoriques mobilisés. Tout en mettant en avant que si les cadres théoriques orientent les conceptions professionnelles des rôles parentaux ; les contextes des politiques publiques et les types d'interactions qui se construisent localement entre professionnels et parents contribuent à façonner les modalités de responsabilisation des parents. Enfin, nous montrerons comment les appartenances sociales des parents modèlent ces pratiques, produisant des formes situées de responsabilisation, différenciées selon les contextes.

1 La place des parents dans les politiques sanitaires au Brésil et en France

Ces dernières décennies les évolutions des politiques sanitaires et sociales, en particulier celles en lien avec l'enfant, et leurs textes de loi ont mobilisé et articulé un ensemble de termes qui définissent de nouvelles manières de penser les places (et rôles) des parents, spécifiques à chaque contexte national.

1.1 La reconnaissance de la place des parents en France

Depuis le milieu du XX^{e} siècle, dans le domaine de la santé, les parents se sont vus accorder une place croissante auprès de leur enfant, notamment la possibilité d'être présents lors de leur hospitalisation (Mougel, 2007). Ils sont également de plus en plus sollicités par les équipes soignantes comme des partenaires, pour participer aux soins de leur enfant. Alors qu'en psychiatrie, les premières théories – soit dans une conception héréditaire soit dans une conception psychodynamique – mettaient l'accent sur le rôle pathogène de la famille dans le développement des troubles, le mouvement de l'antipsychiatrie et la désinstitutionnalisation à partir des années 60 ont fait émerger d'autres représentations de la famille alors vue comme un des éléments centraux de la communauté, une source de protection et de soutien, permettant le maintien du patient dans son milieu ordinaire (Carpentier, 2001). Parallèlement, la structuration d'associations portées par des parents a rendu visible l'expérience des familles et fait entendre la voix des parents dans les débats publics. Plusieurs associations ont milité pour la légitimation de certaines approches professionnelles, comme dans le cas de l'autisme ou de l'hyperactivité (Chamak, 2010 ; Akrich et Rabeharisoa, 2014).

Dans les années 2000, plusieurs textes législatifs ont positionné les parents comme responsables légaux, mais aussi comme responsables des décisions et de l'activation

des droits de leur enfant. La loi du 4 mars 2002[1] insiste sur le droit à l'information et la participation aux décisions du malade ou d'un proche reconnu comme « personne de confiance ». La loi du 11 février 2005[2] place l'usager au centre dans les procédures de demandes de reconnaissance de handicap, marquant un changement important pour les pratiques professionnelles en santé mentale de l'enfance. En cas de demande de reconnaissance de handicap, les parents doivent eux-mêmes en faire la demande, rédiger un « projet de vie » de l'enfant et être présents aux réunions d'élaboration des projets personnalisés de scolarité.

Ces évolutions des politiques publiques font émerger la figure de parents partenaires, impliqués dans les soins et comme représentants et porteurs du milieu ordinaire et de l'environnement où se joue l'évolution de leur enfant. Ces transformations dessinent une forme de responsabilisation pratique et morale des parents, au quotidien. Notons que des auteurs comme Bungener (2004) soulignent que ce mouvement relève sans doute autant d'une reconnaissance de la place des parents que d'une délégation de certains aspects du travail de soin, dans un contexte d'économies budgétaires (Bungener, 2004).

1.2 Un mouvement démocratique et une reconnaissance des patients comme sujets de droit au Brésil

Les années 70 et 80, au Brésil, sont marquées au niveau politique par la fin de la dictature et à l'échelle des politiques publiques par une réforme (la loi n° 10.2016) des interventions en psychiatrie et dans le champ sanitaire. Ce mouvement de redémocratisation met alors fin à des pratiques psychiatriques jugées répressives, archaïques et invasives. Les hôpitaux psychiatriques, dont la gestion était assurée par les services de soin privé, sont fermés alors qu'au même moment est institutionnalisé le système unique de santé (*Sistema unico de saúde*) : SUS (Amarante, 1995). les mouvements apparus dans les années 1970 et 1980 ont guidé les pratiques dans le domaine de la santé mentale par le modèle psychosocial, en se concentrant sur la personne dans sa intégralité et en considérant les souffrance psychiques associés aux contextes politiques, sociaux et culturels.

Les soins, longtemps organisés à partir du concept de maladie mentale, se structurent alors à partir d'une approche par la santé mentale. A partir de cette approche par l'individu va émerger le modèle psychosocial. Le patient auparavant considéré comme aliéné va être reconnu comme sujet de droit, à partir d'une refonte des droits civils (Birman et Costa, 1994) et sujet autonome ayant un rôle actif à jouer dans la mise en œuvre de ses soins.

Parallèlement, la loi n° 8069 du 13 juillet 1990[3] transforme le statut de l'enfant par une reconnaissance de ses droits fondamentaux. L'État est alors garant par la mise en place de différents services publics de son éducation, sa santé et sa protection.

[1] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux *droits des malades* et à la qualité du système de santé.

[2] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

[3] Loi n° 8069 du 13 juillet 1990 relative aux droits des enfants et des adolescents (*Estatuto da Criança e do Adolescente* – ECA)

Les parents, quant à eux, sont tenus de s'assurer que leurs enfants aient accès à ces services.

Enfin, l'ordonnance n° 336 du 19 février 2002[4] et l'ordonnance n° 3.088 du 23 décembre 2011[5] donnent une place centrale aux parents par la mise en place du protocole de soins de leurs enfants, et invitent l'équipe soignante à associer l'enfant et sa famille dans l'élaboration du *projet thérapeutique singulier* (PTS).

Il est important de souligner ici que dans l'ensemble de ces lois et ordonnances, le terme : *responsabilisation* joue un rôle central. Il est au cœur de l'organisation du système de santé mentale, de la construction des savoirs et de la structuration des pratiques. A partir de ce terme, la place des personnes concernées : soignants, famille, enfant est situé. Chacun en tant qu'acteur se doit de participer à la mise en œuvre des soins.

1.3 Ce que nous apprend la comparaison des politiques publiques en France et au Bresil

Au Brésil comme en France, ces évolutions récentes des politiques sanitaires et sociales ont déjà été décrites et analysées par des sociologues sous plusieurs angles. Certains auteurs mettent l'accent sur les transformations normatives des sociétés, avec la diffusion des valeurs d'autonomie et d'initiative individuelle (Ehrenberg, 1998). Les politiques publiques sont alors analysées comme étant formulées en référence à la figure d'un individu autonome et responsable. D'autres montrent que confrontées à de nouveaux problèmes sociaux, remettant en cause le bien-fondé de l'interventionnisme étatique, accentués par la crise économique (manque de ressources), les politiques publiques se façonnent avec en leur centre le concept de responsabilité individuelle (Astier, 2007). Ainsi, la logique d'assistance est remplacée par une logique de mise en mouvement des individus : les aides sociales sont attribuées avec des exigences de contrepartie, leur accès n'est plus automatique, mais il est du ressort de chacun de les activer, d'en faire la demande et de la justifier (Esping-Andersen, 2007). Le statut d'un individu n'est alors plus défini par son affiliation institutionnelle qui lui permettait de trouver sa place au sein d'un groupe, mais par la mise en exergue de sa personnalité singulière qui doit lui permettre de se construire lui-même. L'individu n'est pas maître/responsable de son sort, mais se doit d'être maître/responsable de sa vie (Astier et Duvoux, 2006). Ces injonctions à être autonome, actif, responsable, participatif contribuent à produire un nouveau type de sujet (Rose, 1999). Par ailleurs, Lanalyse des politiques publiques de santé mentale en France et au Brésil montre une convergence apparente dans la volonté de reconnaître et dintégrer les parents comme acteurs légitimes du soin de leurs enfants. Toutefois, cette convergence masque des divergences profondes en termes de conception de la responsabilité, de la participation et du rôle des familles. Cette comparaison permet ainsi de donner chair à une notion souvent utilisée de manière abstraite : celle de responsabilisation. Dans la perspective des travaux de Foucault (1981) et de Rose (1999), il apparait que la responsabilisation n'est pas un

[4]Ordonnance n° 336 du 19 février 2002 définissant le fonctionnement des Centres d'Attention Psychosociale pour Enfants et Adolescents – CAPSi

[5]Ordonnance n° 3.088 du 23 décembre 2011 structurant le réseau des soins psychosociaux du système unique de santé (SUS)

processus neutre mais qui peut constituer un mode de gouvernement des conduites (Foucault, 1981 ; Rose, 1999), fondé sur linjonction à lautonomie, à la réflexivité et à ladhésion aux normes professionnelles.

En France, la responsabilisation parentale repose essentiellement sur une inscription dans les dispositifs de droit commun : la loi du 4 mars 2002 sur les droits du malade, la loi du 11 février 2005 sur le handicap, et les différents outils de personnalisation du parcours (projet de vie, PPS) positionnent les parents comme détenteurs de droits, mais aussi comme porteurs d'obligations.Cette centration sur la responsabilité individuelle peut venir invisibiliser les inégalités produites par les conditions sociales d'existence, justifiant par exemple une distinction entre « bons » et « mauvais » pauvres. Dans le domaine des politiques familiales en particulier, les conséquences de conditions sociales défavorables sur les fonctionnements familiaux tendent à être invisibilisées, alors que les rôles parentaux identifiés comme déviants sont présentés comme étant de la responsabilité des individus (Commaille, 2006). La reconnaissance des droits s'accompagne ainsi d'une mise à l'épreuve des capacités parentales, évaluées à travers leur aptitude à mobiliser les dispositifs, à formuler une demande, et à adopter les postures attendues par les professionnels.

Au Brésil, la responsabilisation sinscrit dans un autre registre. Avec la réforme psychiatrique (loi 10.216 de 2001), le système de santé mentale (SUS) a été restructuré autour du modèle psychosocial, qui articule droits, citoyenneté et inclusion sociale (Amarante, 1995). Dans ce cadre, les CAPSij développent des pratiques collectives, qui reconnaissent les savoirs profanes et valorisent la dimension communautaire du soin. Les travaux de Pegoraro et Caldana (2008) montrent ainsi comment les mères sont non seulement impliquées dans les soins de leurs enfants, mais deviennent aussi des figures centrales du dispositif, à la fois bénéficiaires, actrices et productrices de savoirs sur la santé mentale. Cette implication prend souvent la forme dune participation à des activités collectives (ateliers, groupes de parole, actions communautaires), où les expériences subjectives et les conditions sociales de vie sont reconnues. Ces deux modèles reposent alors sur des représentations différentes de la parentalité : celui du parent autonome, informé et stratège en France, capable danticiper, de choisir et de justifier ses décisions dans un cadre normatif implicite ; et celui du parent engagé collectivement au Brésil, dont les savoirs pratiques et limplication relationnelle sont reconnus comme des ressources pour le soin. Ces représentations façonnent les attentes professionnelles, les formes de reconnaissance et les modalités de jugement sur les bonnes "ou mauvaises" parentalités.

La comparaison permet aussi de problématiser les effets inégalitaires de la responsabilisation. En France, cette dernière tend à naturaliser les inégalités sociales, en invisibilisant les écarts de ressources culturelles et symboliques nécessaires pour sinscrire dans les attentes professionnelles. Les travaux dArborio et Lechien (2019) sur la « bonne volonté sanitaire » des classes populaires, ou Martin (2013) sur linjonction à la « bonne parentalité », montrent que la norme dun parent autonome, disponible et capable de mobiliser les bons dispositifs sappuie sur des ressources inégalement distribuées, contribuant à discréditer les pratiques parentales des classes populaires. Cette injonction à la responsabilisation produit ainsi une hiérarchisation implicite

des parentalités, où certains parents sont perçus comme légitimes partenaires du soin, tandis que dautres sont considérés comme défaillants ou résistants, non pas en raison dun manque dimplication, mais du fait de dispositions sociales moins conformes aux attentes institutionnelles. Comme le souligne Demailly (2008, 2013), la responsabilisation ne se limite pas à un transfert de charges vers les individus : elle constitue un dispositif de pouvoir fondé sur la relation, où les professionnels orientent, évaluent et façonnent les comportements attendus.

Ainsi, à travers les différences institutionnelles entre la France et le Brésil, cest une même tension contemporaine que cette comparaison rend visible : celle entre reconnaissance des parents comme partenaires et contrôle de leur conformité aux normes du soin. En ce sens, la responsabilisation apparaît comme une catégorie utile pour penser les reconfigurations contemporaines des relations entre familles et institutions, mais aussi comme un opérateur de distinction sociale.

2 Méthodologie

Cette recherche sappuie sur une comparaison entre plusieurs terrains denquête menés dans des centres de soin en santé mentale infantile en France et au Brésil. Ce choix de comparaison sinscrit dans un partenariat scientifique structuré entre chercheurs des deux pays, engagé au sein dun réseau international de recherche[6] Ce réseau a permis la réalisation de séminaires croisés, de visites de terrain par les chercheurs dans les deux contextes nationaux, ainsi qu'une mise en commun des outils utilisés dans chaque pays pour la collecte de données. Aussi, Bien que les deux recherches, brésilienne et française, aient été construites distinctement, la proximité de leur méthodologie et de leur thématique de recherche nous a permis un croisement des données. En effet, cette collaboration soutenue a permis une réflexion partagée sur les modalités de soin et les attentes institutionnelles à l'égard des familles, dans une perspective de comparaison ancrée.

Malgré des différences de politiques publiques de santé mentale comme nous l'avons mis en lumière précédement : en France, le champ de la santé mentale infantile sinscrit historiquement dans une tradition clinique marquée par la psychanalyse, aujourdhui concurrencée par les approches neurobiologiques et les logiques de repérage précoce. Les institutions françaises sont fortement médicalisées, avec une place importante donnée aux diagnostics, aux suivis spécialisés et à limplication progressive des familles dans les décisions de soin. Au Brésil, le système de santé publique (SUS) repose sur des principes duniversalité et de participation communautaire. Les centres de santé mentale, comme les CAPSij, privilégient une approche psychosociale, centrée sur la personne et son contexte, dans une perspective de déstigmatisation et de lien social. La comparaison nous est appartue comme pertinente car les deux pays partagent des préoccupations communes autour de la désinstitutionnalisation, du travail avec les familles, de linscription territoriale des soins, et de la responsabilisation des usagers. Ces convergences permettent dinterroger la manière dont les professionnels — dans des contextes socio-politiques différenciés — construisent des attentes à l'égard des parents, mobilisent leur engagement, et interprètent leur participation au processus

[6] https://nonconformes.org/membres/

de soin. En ce sens, la comparaison noppose pas deux modèles, mais permet de saisir la diversité des déclinaisons dune même problématique contemporaine : comment les parents sont-ils rendus responsables dans les parcours de soins de leurs enfants ?

Au Brésil, les données ont été collectées auprès de deux services de santé mentale situés dans deux municipalités du Sud-Est brésilien : Santos et Campinas, dans l'État de São Paulo. À Santos, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des professionnels (psychologue, orthophoniste, assistante sociale et directrices) d'un Centre de prise en charge psychosociale spécifique pour l'enfant (SCVC), en 2012. À Campinas, l'enquête de terrain a été menée en 2016 et 2017, dans un Centre d'Attention Psychosociale pour Enfants et Adolescents (CAPSij) auprès de vingt professionnels (infirmières, psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, pharmacien, orthophoniste, techniciens infirmiers, éducateurs et assistante administrative).

En France, nous mettons en regard des matériaux collectés, entre 2013 et 2018, auprès de quatre structures de soins situées à Paris. Deux d'entre elles sont des structures généralistes fréquentées en première intention : des Centres Médico-Psychologiques (CMP). Dans l'un de ces centres, l'enquête s'est prolongée auprès d'un dispositif pilote en partenariat avec l'éducation nationale. Les deux autres terrains ont été menés auprès de structures spécialisées : une consultation spécialisée sur les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), accueillant des enfants de 6 à 12 ans sur des temps scolaires. Le matériau mobilisé dans cet article est constitué de notes manuscrites à partir d'observations (sur une durée de dix mois à un an pour chacune des structures), et d'entretiens avec des professionnels des deux CMP, de la structure pilote et du CATTP (psychologues, psychomotriciens, pédopsychiatres, assistante sociale, directrice de centre, infirmière, enseignante, auxiliaires de vie scolaire, éducateurs).

3 Les centres de soin et leurs cadres théoriques : des manières de penser la place des parents

Les données collectées nous amèneà prêter aussi attention aux variations selon le contexte sanitaire et social, mais aussi selon les approches théoriques des professionnels. Une des particularités du domaine de la santé mentale est en effet la pluralité des cadres théoriques présents dans les conceptions et pratiques professionnelles, chaque cadre théorique s'accompagnant des conceptions différentes du rôle des parents et de leur responsabilité. Ainsi, Borelle (2017) a décrit les transformations des formes de responsabilité attribuées aux parents d'enfants autistes : les approches psychodynamiques, qui mettaient l'accent sur la responsabilité parentale – et plus particulièrement maternelle – dans la causalité et le développement des troubles, ont été remises en question au profit d'approches neurocomportementales qui font émerger d'autres formes de responsabilisation des parents, qui sont désormais guidés, formés et évalués dans leur capacité à mettre en œuvre au quotidien, auprès de leurs enfants, des actions à la fois éducatives et thérapeutiques. Cependant, au Brésil comme en France, les pratiques professionnelles ne sont pas uniformes. Les différents cadres théoriques coexistent, d'un centre de soin à l'autre ou au sein d'un même centre. Il est donc nécessaire d'examiner la manière dont les pratiques professionnelles posent la question

de la responsabilité des parents, en des termes qui peuvent être variables d'un lieu à l'autre et d'un professionnel à l'autre.

3.1 L'approche psychosociale des deux lieux de soins brésiliens

Les deux centres de soin étudiés au Brésil se réfèrent à l'approche psychosociale qui a émergé au moment de la réforme du système de santé axée sur la prévention, le traitement et l'inclusion sociale. Elle se traduit par une volonté d'évaluer la situation de manière globale. Les professionnels ne cherchent pas à établir un diagnostic, mais à réduire la souffrance de l'enfant, considérée comme pouvant être le résultat de problèmes socio-économiques, familiaux, d'abandon, d'abus et de violence.

Le Centre de prise en charge psychosociale pour l'enfant (SCVC) reçoit des enfants âgés de 0 à 11 ans parfois victimes de violence et présentant des problèmes émotionnels, de comportement ou de communication, ou souffrant de troubles mentaux. Ce centre est situé dans une région périphérique de la ville, où vivent une majorité de familles à faible revenu et où se trouve la plus grande favela de Santos. Le *Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil* (CAPSij), est situé dans un quartier de centre-ville socialement hétérogène. Des enfants et adolescents (0 à 18 ans) en situation de vulnérabilité, de détresse psychologique, de troubles mentaux, ayant fait une tentative de suicide, évoluant dans un contexte de violence y sont pris en charge. Les professionnels décrivent différentes configurations familiales : des familles partenaires et « bien structurées » autour de la famille élargie (parents, oncles et grands-parents) et des familles « non structurées » avec un parent unique ou sans famille. Après un accueil et une évaluation pluridisciplinaire, les deux services proposent des prises en charge ambulatoires qui peuvent comprendre une consultation médicale, des thérapies individuelles ou groupales, des consultations familiales, des ateliers thérapeutiques.

La création d'un collectif joue un rôle important dans cette approche. Au CAPSij, sur le mur est inscrit : « avec plusieurs mains, on fait le CAPSij » (les mains des enfants et adolescents sont dessinées sur le mur). Les parents sont incités à prendre une place dans ce collectif, par le biais de pratiques de soin comme le « Patchwork quilt » (*Colcha de Retalhos*). Pendant que les mères fabriquent des pièces au crochet, elles parlent aux thérapeutes et racontent leurs histoires. Des sujets tels que la relation avec l'enfant, la structure familiale, l'histoire de vie, les souffrances, et les angoisses sont abordés. Elles évoquent leur contexte socio-économique et peuvent demander de l'aide à l'équipe, notamment dans la gestion des problèmes domestiques. L'intention est que les familles s'approprient la force du collectif. Des mères ont pu dire : « *CAPS est notre famille. Je ne sais pas ce que je ferais sans eux* » ; « *C'est notre famille de toute façon, parce que notre propre famille ne fournit pas de soutien* ».

Les équipes des deux centres élaborent le « projet thérapeutique », en cherchant à rendre les enfants et les parents participatifs et actifs, tout en les identifiant comme responsables de leur condition (Sartori, 2015). Cette ambivalence entre activation et culpabilisation peut être reliée à l'approche psychanalytique qui considère le sujet comme le produit de ses relations et en même responsable du comportement de ses relations (Castel, 1976), à laquelle se réfèrent la plupart des professionnels des équipes CAPSij et SCVC.

3.2 Quatre lieux de soin français, entre approches psychodynamiques et approches par les neurosciences

Les lieux de soin étudiés en France se réfèrent à des cadres théoriques distincts : la psychanalyse pour trois d'entre eux, les neurosciences pour le quatrième. Chaque cadre renvoie à des types de responsabilités différentes. Les approches psychodynamiques mettent l'accent sur la responsabilité parentale (maternelle) dans la causalité des troubles. Les approches neurocomportementales font émerger d'autres formes de responsabilisation des parents, désormais guidés et évalués dans leurs pratiques éducatives quotidiennes (Borelle, 2017). Les centres de soin étudiés sont représentatifs de ces tensions entre approches, même si les pratiques ne sont pas forcément homogènes à l'intérieur de chaque centre.

Deux centres médico-psychologiques (CMP) avec comme approche dominante la psychanalyse sont situés à Paris. Ils accueillent des enfants de milieux sociaux divers, avec cependant une forte représentation de familles de classes populaires ayant un parcours migratoire. Les suivis commencent par une première consultation pédopsychiatrique avant d'orienter vers différentes prises en charge selon les cas : psychothérapie, orthophonie, groupes thérapeutiques. Le troisième terrain, dont la psychanalyse est également la référence dominante, est un centre thérapeutique d'accueil à temps partiel (CATTP). Il accueille des enfants de 6 à 12 ans, souvent orientés par un CMP pour des problèmes de comportement ou d'agitation, deux demi-journées par semaine sur des temps scolaires, pour des activités thérapeutiques en groupe.

Dans ces trois lieux, les professionnels sans chercher à poser un diagnostic s'attachent à mettre en place un travail sur les dynamiques psychiques et relationnelles autour de l'enfant, vues comme les causes du mal-être de celui-ci. L'agitation des enfants est perçue comme un symptôme : expression et révélateur d'une souffrance dont l'origine est à trouver dans l'histoire familiale et les dynamiques relationnelles autour de l'enfant. Le diagnostic de TDAH est évité (Borelle *et al.*, 2019).

Dans ce cadre, les parents sont des informateurs pour comprendre la dynamique familiale, tout en faisant partie de l'ensemble relationnel à soigner. Dans cette approche, le travail ne peut s'engager que s'il s'appuie sur une « demande » de la part des parents. Le travail thérapeutique vise la création d'un « climat de confiance » pour travailler la relation avec les familles, « remettre du lien ». Les parents sont amenés à participer au travail. Il n'est pas rare que les professionnels proposent aux parents d'entreprendre pour eux-mêmes une psychothérapie. Cependant, on observe des positionnements divers. Dans l'un des CMP, des professionnels ont fait le constat que certains parents, éloignés socialement et culturellement de l'univers de la psychiatrie, ne formulent pas une demande spontanée et qu'il faut « aller vers » eux dans un objectif de prévention et de repérage précoce des difficultés. Ce constat a conduit à mettre en place une structure « pilote », en partenariat avec l'éducation nationale, accueillant des enfants de 4 à 8 ans identifiés par le biais de l'école, pour des périodes d'accompagnement et d'évaluation de trois à six mois.

Le quatrième terrain d'enquête est une consultation de diagnostic des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) dans une institution hospita-

lière parisienne. La grande majorité des parents et enfants consultant ce centre appartiennent aux catégories socioprofessionnelles supérieures. Une pédopsychiatre, seule intervenante, reçoit parents et enfants deux fois par mois. Elle défend une approche de l'agitation par les neurosciences et remet en question les conceptions psychanalytiques. Dans cette approche, le TDAH est présenté comme identifiable en prenant appui sur des syndromes objectivables et détachables du fonctionnement psychique. Il est relié à une explication biologique. Pour en poser le diagnostic, la pédopsychiatre s'appuie sur une triade symptomatique associant l'hyperactivité, l'impulsion et l'inattention. Ce diagnostic étant clinique, il combine des tests neuropsychologiques d'attention et un recueil d'informations sur le comportement de l'enfant par différents acteurs : les enseignants, les parents et l'enfant lui-même. Ce diagnostic ne pouvant être posé qu'en discriminant d'autres facteurs explicatifs de l'agitation (la dynamique familiale ou l'économie psychique de l'enfant), la pédopsychiatre reste ouverte à d'autres cadres d'analyse. Dans certains cas, elle peut recourir à une approche plus psychosociale pour expliquer le comportement de l'enfant.

Ainsi, chaque terrain étudié construit sa pratique à partir d'un cadre théorique de référence. Cependant, si ces cadres théoriques marquent des frontières qui séparent les soignants et leurs pratiques, ces frontières sont en partie poreuses et laissent circuler les idées d'une pratique à une autre selon la situation propre à un enfant et sa famille. Au-delà des clivages théoriques, on retrouve, d'un centre à l'autre, des motifs communs dans la manière de concevoir les rôles parentaux et de travailler avec eux. Aussi, à partir d'une description ethnographique des pratiques professionnelles et des interactions familles/professionnels, nous proposons dans la partie qui va suivre de décrire les rôles des parents attendus et suscités par les professionnels. Cette analyse des pratiques des soignants en direction des parents permet de distinguer trois formes de responsabilisation, qui prennent des formes spécifiques selon les contextes relationnels locaux dans les centres de soins.

3.3 Ce que nous apprend la comparaison des cadres théoriques

La première tension que nous pouvons soulever est celle sur la « responsabilité » des parents dans l'explication des troubles de l'enfant. Les approches psychodynamiques, largement représentées en France, envisagent la parentalité à travers le prisme de la causalité : les troubles de lenfant sont interprétés comme les effets de dysfonctionnements familiaux, souvent historicisés et internalisés. Dans ce cadre, être responsable signifie avant tout être à lorigine, consciemment ou non, de la souffrance de lenfant. La responsabilisation prend alors la forme dun « travail sur soi », souvent psychothérapeutique, où les parents sont invités à revisiter leur enfance et leurs parcours de vie. À linverse, les approches neurobiologiques et psychosociales mobilisent une conception plus opérationnelle de la responsabilité. Il ne sagit pas de désigner une cause, mais dactiver une capacité dagir : faire prendre les médicaments, veiller à la régularité des consultations, participer aux ateliers, observer les symptômes. Le parent est sollicité non comme origine du trouble, mais comme soutien logistique et partenaire du soin. Cette évolution vers une responsabilisation capacitaire redéfinit les attentes professionnelles vis-à-vis des parents, en valorisant moins leur introspection ou leur transformation psychique que leur aptitude à adopter les bons comportements,

à suivre les protocoles, et à devenir des relais efficaces du soin dans la vie quotidienne de lenfant.

Aussi, chaque cadre théorique induit une manière spécifique de se positionner en tant que professionnel face aux familles. Les dispositifs centrés sur les neurosciences fonctionnent souvent selon un modèle prescriptif : le professionnel est expert, le parent est attendu comme exécutant éclairé. Le pouvoir professionnel sexerce ici à travers la norme, le protocole et l'évaluation. À linverse, les cadres psychosociaux, en particulier dans les CAPS brésiliens, adoptent un mode de relation plus horizontal. La responsabilisation y prend la forme dun engagement collectif, fondé sur la reconnaissance des savoirs expérientiels des familles, l'écoute de leur récit de vie, et la co-construction progressive des parcours de soin dans un cadre communautaire. Dans les approches psychodynamiques, la relation est plus ambivalente : elle peut être profondément asymétrique dans lanalyse des causes, mais nécessite en même temps une alliance forte fondée sur la confiance et la subjectivation. Le parent est à la fois suspect et nécessaire, ce qui génère des formes complexes de responsabilisation, marquées par la lenteur, la prudence et lacceptation dun travail psychique à bas bruit.

Enfin, les différents cadres théoriques façonnent des régimes temporels distincts. Les dispositifs à forte orientation médicale et diagnostique (ex. : TDAH) fonctionnent sur un mode de réactivité : les parents doivent comprendre rapidement, décider vite, mettre en œuvre immédiatement. Les autres approches — psychodynamiques ou psychosociales — laissent place à une co-construction plus lente de la participation parentale. La responsabilisation y est envisagée comme une trajectoire relationnelle, au sein de laquelle limplication des parents se construit dans le temps, à travers des liens de confiance, des échanges réguliers et un ajustement mutuel entre les attentes des professionnels et les réalités vécues par les familles.

Cette analyse transversale montre que les formes de responsabilisation parentale ne se superposent pas simplement aux cadres théoriques des professionnels. Elles émergent à lintersection de plusieurs dimensions : une conception de lenfant (patient porteur dun symptôme, sujet biologique ou personne en contexte), une représentation du soin (intervention technique, travail de lien, projet collectif), et une lecture sociale de la famille (compétente ou défaillante, partenaire ou réticente). La comparaison entre France et Brésil met en lumière les effets différenciés de ces cadres selon les contextes institutionnels. Là où la France tend à individualiser et médicaliser les responsabilités, le Brésil explore davantage des formes collectives et contextualisées de soutien parental. Ces écarts nous permettent de repenser la responsabilisation non pas comme un outil neutre dautonomisation, mais comme une norme située, variablement exigeante, sélective ou inclusive selon les lieux, les pratiques et les rapports sociaux qui structurent les relations entre institutions, professionnels et familles.

4 Être un parent responsable : les attentes des soignants

Lanalyse croisée des pratiques observées en France et au Brésil met en lumière trois grandes modalités par lesquelles les professionnel.le.s attendent des parents quils simpliquent dans le soin psychique de leur enfant. Ces dimensions — participation matérielle, observation active et travail réflexif — traduisent des formes différenciées de

responsabilisation, façonnées par les contextes institutionnels, les références théoriques et les normes implicites du soin.

4.1 Être le bras des soignants :la participation matérielle et logistique

Comme développé dans les parties précédentes, le cadre juridique brésilien et français incite les soignants à associer les parents à la mise en place du protocole de soin. Néanmoins, il serait limitant de comprendre cette association des parents uniquement à partir d'une lecture juridique et institutionnelle. Dans les deux pays, les parents sont appelés à jouer un rôle actif dans la mise en œuvre du soin, non seulement en tant que garants de l'accès aux dispositifs, mais comme partenaires logistiques du parcours thérapeutique. Cette implication matérielle — accompagner physiquement l'enfant, gérer les traitements, répondre aux convocations — constitue une première preuve d'engagement, souvent interprétée comme condition de l'alliance thérapeutique. En effet, celle-ci une première attente des professionnels : mobiliser les parents dès le début pour qu'ils comprennent l'intérêt de commencer des soins pour leur enfant. Si ce sont les parents qui prennent contact avec les centres, ils le font le plus souvent sur recommandation d'un tiers, notamment l'école (Tibi-Lévy, 2020).

La structure pilote liée à l'un des CMP demande par exemple aux parents de s'occuper de deux accompagnements entre l'école et le lieu de soin (sur les quatre trajets nécessaires par semaine). Pour l'équipe, c'est une manière de s'assurer que les parents suivent ce qui se passe pour leur enfant, qu'ils se sentent concernés. L'enseignante, les auxiliaires de vie scolaire, les soignants se saisissent des moments où les parents déposent leur enfant à la structure pour *« discuter cinq minutes », « prendre des nouvelles »*. L'enjeu pour les professionnels est que les parents se familiarisent avec l'équipe enseignante et soignante et qu'ils se convainquent progressivement de l'intérêt de poursuivre des soins au CMP, si ceux-ci s'avèrent nécessaires à l'issue de la période d'évaluation.

Les professionnels opèrent donc une socialisation des parents à l'univers du soin, comme l'explique une psychologue du SCVC : *« notre défi est de savoir comment rapprocher cette mère de nous. De manière à ce qu'elle participe davantage, qu'elle comprenne mieux »*. Cette demande aux parents de s'impliquer physiquement en accompagnant leur enfant, en se rendant à des rendez-vous et des réunions est une manière pour les soignants de les amener à prendre un rôle dans la construction du projet de soin de leur enfant, d'autant plus que le projet ne se limite pas à l'espace spécifique du lieu de soin, mais doit trouver une suite dans l'environnement domestique.

Dans le cas d'une prescription médicamenteuse, ce sont aux parents d'organiser les modalités d'administration : faire le lien avec l'infirmière scolaire, accommoder le médicament pour s'assurer que l'enfant le prenne bien. Par exemple, lors d'une consultation au service de diagnostic TDAH, un parent explique à la pédopsychiatre : *« Parce que je ne vous ai pas raconté, pendant une semaine, elle a tout recraché. Elle ne peut pas avaler la gélule. Alors on met dans le miel »*. Au CAPSij, les parents peuvent participer à des groupes (GAM : *stratégie de gestion autonome des médicaments*)

lors desquels sont délivrés des explications techniques et des conseils pour gérer les médicaments au quotidien.

4.2 Être les yeux et les oreilles des soignants :la contribution à l'évaluation clinique

En plus d'être les bras des soignants dans l'environnement familial, les parents en sont aussi les yeux et les oreilles. Au-delà de l'implication logistique, les parents sont également sollicités comme observateurs privilégiés de leur enfant, capables d'alimenter l'analyse clinique par leur connaissance du quotidien. Qu'il s'agisse de troubles de l'attention, d'agitation ou de symptômes anxieux, les professionnel.le.s attendent des parents qu'ils repèrent, décrivent et transmettent les signes pertinents, qu'ils sachent « voir » et « entendre » ce que l'enfant ne verbalise pas.Il est attendu de ces derniers une connaissance de leur enfant qui passe par un ensemble d'actions : l'observation, l'identification et le signalement, qui dans un sens foucaldien pourrait être identifié comme de la surveillance. Cette autre forme d'implication des parents doit permettre aux soignants d'affiner la compréhension du comportement et de la souffrance de l'enfant. Dans une approche neurocomportementale, c'est une étape importante pour poser le diagnostic de TDAH. Lors de la consultation pour poser le diagnostic, la pédopsychiatre place parents et enfants comme acteurs du processus : « *je vais parler avec papa et maman, mais s'ils se trompent tu le dis* ». Les parents fournissent des données : sur la naissance, la petite enfance, le physique (poids, taille, appétit, sommeil), les capacités cognitivo-motrices (acquisition du langage, de la marche) et l'historique familial, qui participent à l'élaboration du diagnostic. Dans les approches psychodynamiques et psychosociales, elles doivent permettre d'adapter le projet de soin. Dans cette perspective, au CAPSij, les professionnels donnent des conseils aux parents sur l'importance d'observer les comportements agités, d'identifier les crises et de comprendre si les médicaments contribuent ou non à l'amélioration de la souffrance. Toutes les informations sur l'enfant doivent être partagées avec les professionnels de l'équipe, dans l'objectif d'identifier les signes avant que l'enfant « n'entre en crise » et n'ait besoin d'une augmentation de la prescription médicamenteuse ou d'une hospitalisation psychiatrique.

Ces pratiques positionnent les parents comme une extension du corps médical (yeux, bras), dans les sphères du domicile, et de l'école, où celui-ci ne peut pas se mouvoir. Ces attentes vis-à-vis des parents s'inscrivent dans une nouvelle norme de l'intervention psycho-socio-éducative qu'est le travail avec autrui (Astier, 2007). Cependant, dans cette volonté d'engager constamment les parents se niche le risque d'un passage d'un accompagnement au développement du pouvoir d'agir à une injonction au devoir d'agir (Vidal-Naquet, 2009). Les parents sont face à deux injonctions : participer à la mise en place du projet de soin de leur enfant, et engager un travail réflexif sur leur pratique parentale.

4.3 Se mettre au travail : introspection, transformation et subjectivation

Enfin, une troisième forme de responsabilisation, plus implicite, concerne lattente dun travail réflexif de la part des parents. Dans les discours des soignants, les troubles de lenfant sont souvent liés, de manière plus ou moins directe, à des fragilités dans les pratiques ou les dynamiques familiales. La mise au travail parentale prend alors

la forme dun accompagnement psychique : consultations familiales, recadrage des représentations, soutien à la parentalité.Ce processus de responsabilisation des parents sur une dimension pratique et matérielle (« être en charge de ») s'articule avec une dimension morale (« être la cause de »), avec l'attente d'une élaboration psychique et d'une transformation des pratiques parentales. Dans le discours des soignants, il peut être repéré des mises en lien entre la problématique familiale et l'agitation de l'enfant. À la consultation TDAH, pour certains cas, la pédopsychiatre peut expliquer l'agitation par : « *le terrain familial* ». Au SCVC des liens peuvent être établis entre les capacités des parents dans leur fonction parentale et l'agitation de l'enfant. Un psychologue affirme :

« *Cette impréparation rend les enfants super agités, parce que cette mère n'est pas prête à contenir cet enfant, ni économiquement, pour pouvoir être tranquillement à côté de cet enfant. Ce sont des familles non structurées, le père est un toxicomane, qui rentre à la maison et bat tout le monde, quelle tranquillité cette mère peut-elle transmettre à tous, à ces enfants ? Quelle est la sécurité que ce père peut donner à ces enfants ?* »

En pointant la responsabilité des parents dans les troubles de l'enfant, les soignants attendent qu'ils en prennent conscience et s'engagent dans un travail thérapeutique. Au Brésil, au SCVC, comme dans les CMP et au CATTP en France, des consultations ou thérapies familiales peuvent être proposées.

Dans d'autres situations, le travail réflexif vise plus à une transformation du regard des parents sur leur enfant. Les soignants vont chercher à ce que les parents s'intéressent au psychisme de leur enfant, qu'ils le voient comme pouvant ressentir des souffrances pour ensuite les amener à modifier leur attitude. Au CATTP, la pédopsychiatre raconte ce que les parents ont décrit de Vincent lors de la dernière consultation : « *Vincent est ingérable à la maison, il hurle à la moindre frustration [...]. La mère projette sur l'enfant : il est grand, sa violence augmente, il tape sa sœur, ça allait devenir un grand psychopathe violent.* » La pédopsychiatre s'est alors efforcée, avec l'infirmier, de donner aux parents une autre vision de leur enfant en décrivant ce qui se passe lors des séances au CATTP : « *Je leur ai dit : l'enfant que vous me décrivez, c'est pas celui qu'on a au CATTP. On a pris une petite séquence, on a redit pourquoi il est hypersensible à la discontinuité et à la perte.* » Lors d'une autre réunion, les soignants notent l'évolution positive de la mère de Vincent. L'infirmier estime que « l_a mère est plus à l'écoute, moins dans un échange haineux. Avant, c'était vraiment l'enfant qui dysfonctionnait. Et pas la souffrance qui le faisait dysfonctionner_ ». La pédopsychiatre enchaîne : « *pour la première fois, la mère est au travail, elle a plein d'hypothèses, elle est authentique. Je parle de sécurité intérieure, la mère comprend.* » L'infirmier affirme : « *elle voit ce qu'il faut faire (en cas de crise de Vincent), la voix qui descend et une contenance physique* ».

Cette mise au travail du parent peut aussi s'opérer par une transformation du lien avec son enfant. Une psychomotricienne de CMP explique :

« *Quand ce sont des parents qui sont avec des enfants très en difficulté, de gros autistes ou des enfants très agités [...] souvent il y a même des parents qui peuvent être, avoir*

des réactions un peu de peur, ou de crainte de cette agitation qui est angoissante. Du coup, eux, dans leurs relations, ils ont du mal à rentrer en relation avec leurs enfants. Et de voir qu'il y a d'autres adultes qui peuvent avoir un lien avec leurs enfants. Ils sont là, ils observent. Petit à petit, ils vont revenir dans la relation. »

En suscitant la mise au travail et la conscientisation des parents, les soignants cherchent à agir sur les pratiques parentales. Parfois, cette action se traduit par du renforcement positif de pratiques parentales face aux doutes des parents. Lors d'une consultation TDAH, une mère affirme : « *on a peur de mal faire* », « *c'est le plus dur métier que je connaisse être parent* », la pédopsychiatre répond : « *vous faites bien* ». Dans d'autres cas, cela passe par des conseils comme l'explique une psychomotricienne d'un CMP :

« Par exemple pour des enfants qui ont des retards de développement, qui sont très inhibés, ou qui sont un peu régressifs, qui font un peu les bébés. Ce que je peux conseiller aux parents c'est d'essayer à la maison dans les actions de la vie quotidienne de les autonomiser, faire en sorte qu'ils s'habillent tout seuls, qu'ils mangent tout seul. »

La comparaison entre la France et le Brésil permet de mettre en lumière que, sous des formes diverses, la responsabilisation parentale est une norme daction transversale, mais variablement configurée. En France, elle prend la forme dune individualisation des responsabilités, souvent filtrée par des attentes implicites en termes de capital culturel et dadhésion aux modèles professionnels. Au Brésil, elle repose davantage sur une dynamique communautaire, ancrée dans les pratiques collectives et la reconnaissance des savoirs profanes.

Dans les deux cas, les parents sont sollicités à plusieurs niveaux — logistique, cognitif, subjectif — mais la manière dont ces sollicitations sont formulées, soutenues ou évaluées dépend des institutions, des cadres théoriques mobilisés, et des rapports sociaux qui structurent la relation de soin. Cette lecture comparée permet de saisir que la responsabilisation parentale, loin d'être un processus homogène, constitue un espace de tensions entre injonctions à lautonomie, attentes morales et reconnaissance effective des capacités parentales.

5 Des modes de responsabilisation ancrés dans des relations sociales

Au-delà des variations de référentiels théoriques dans les centres de soin, nos observations ethnographiques montrent que les professionnels ajustent leurs pratiques en fonction des publics qu'ils rencontrent. Ce que l'on pourrait nommer, dans un premier temps, la « relation de soin » prend des contours différents selon que les parents appartiennent à des classes populaires ou à des milieux plus favorisés. L'analyse met en lumière une responsabilisation différenciée selon les dispositions sociales des parents, autrement dit selon leur manière d'habiter les institutions, de s'exprimer, d'adhérer aux normes professionnelles et de s'auto-positionner dans les relations avec les soignants.

Cette responsabilisation différenciée ne s'explique pas uniquement par les intentions conscientes des professionnels. Elle est aussi structurée par des rapports sociaux incorporés, comme ceux que Pierre Bourdieu a pu décrire à travers la notion d'habitus (1979). Ces dispositions orientent les manières de faire famille, de s'exprimer, de com-

prendre l'univers médical, et in fine de répondre aux injonctions implicites des institutions. Arborio et Lechien (2019) ont montré que les parents issus des classes populaires déploient une « bonne volonté sanitaire » — un engagement actif envers la santé de leur enfant — mais qui peut ne pas être reconnu comme tel par les professionnels, en raison de décalages normatifs et de malentendus interactionnels.

Ainsi, dans les centres situés dans des zones à forte concentration de familles précaires (le SCVC, le CAPSij, les CMP parisiens), les soignants mettent en place des stratégies éducatives spécifiques pour rendre les parents « partenaires » des soins. Cela passe notamment par la valorisation d'une implication dans des tâches concrètes : amener l'enfant, répondre aux convocations, faire le lien avec les enseignants, ou encore administrer un traitement. Ces tâches ne sont pas anodines : elles constituent des marqueurs d'engagement. Mais cet engagement est construit pas à pas, dans une logique d'apprivoisement mutuel. On assiste ici à une socialisation des parents à l'univers du soin, voire à un processus de domestication du rapport aux institutions psychiatriques (Demailly, 2008 ; Béliard & Eideliman, 2018).

A contrario, dans la consultation TDAH, où les parents sont majoritairement issus de classes moyennes supérieures, les soignants mobilisent une tout autre posture : les attentes sont moins explicitées, plus implicites, fondées sur la présupposition d'un capital culturel partagé. L'autonomie des parents est considérée comme allant de soi. Ceux-ci sont rapidement invités à décider (accepter ou refuser un traitement), à s'informer et à se positionner face aux différentes options thérapeutiques. L'injonction ici n'est pas tant d'entrer dans une relation de soin que de faire preuve de rationalité médicale. La figure du parent éclairé remplace celle du parent à sensibiliser. Dans ces situations, les professionnels valorisent des parents capables de formuler une demande, d'analyser une situation, de gérer des prescriptions. Ceux qui doutent ou résistent sont l'exception, et leurs hésitations interrogent justement la solidité de leur posture de « bons parents » au regard des normes implicites du centre.

L'effort des professionnels pour « faire avec » les parents éloignés de l'univers médical ne va pas sans tensions. Il suppose d'entrer dans une démarche relationnelle intensive où l'on « explique », « accompagne », « rassure », tout en évaluant en continu la réceptivité des familles. Cette dynamique relationnelle vise souvent à compenser une faible autonomie présumée, dans une logique d'activation progressive, comme le formule Astier (2007). Elle repose sur une injonction à devenir un « bon parent » (Martin, 2013) — c'est-à-dire un parent autonome, coopératif, réflexif — tout en déniant parfois les obstacles structurels à cette posture.

Ce contraste dans les pratiques professionnelles révèle que les formes de responsabilisation ne s'appliquent pas de manière uniforme : elles sont modelées par les appartenances sociales, mais aussi par les représentations sociales que les professionnels ont de leurs publics. Loin d'être seulement le produit des politiques publiques ou des cadres théoriques, la responsabilisation se construit dans l'interaction, au croisement des habitus parentaux et des attentes professionnelles. Elle prend la forme d'une injonction implicite dans les contextes de proximité sociale, et d'un accompagnement explicite et structuré dans les contextes de distance.

Enfin, il convient de souligner que cette différenciation dans les pratiques de responsabilisation n'est pas sans effets. Elle peut renforcer la hiérarchisation symbolique des parentalités, en valorisant certaines manières d'être parent comme plus légitimes que d'autres. Le travail éducatif et relationnel déployé auprès des familles populaires peut apparaître comme bienveillant, mais il s'accompagne aussi d'un travail de normalisation, qui redéfinit ce qu'est un parent « impliqué » ou « compétent », à partir de normes institutionnelles. Comme le montre Demailly (2013), ce processus contribue à faire de la santé une forme contemporaine de domination douce, par l'intériorisation de normes d'autonomie et de responsabilité qui ne sont pas également accessibles à tous.

Au-delà du constat que l'ensemble des soignants attendent des parents une implication dans le processus de soin de leur enfant, il est important de remarquer ici que la manière de les accompagner à y prendre part est variable selon le lieu de soin. Ce contraste s'explique en partie par les différences d'approches théoriques, d'un centre à l'autre, que nous avons décrites. Ainsi, dans les CMP travaillant avec une approche psychodynamique, le travail de conscientisation, demandé aux parents pour réfléchir à la manière dont leur relation avec l'enfant peut être liée à l'état affectif de celui-ci, est particulièrement poussé. Cependant, certaines dimensions du travail de responsabilisation des parents par les professionnels se retrouvent d'un centre à l'autre, au-delà des différences de référentiels théoriques. Pour comprendre comment se différencient en pratique les interactions entre parents et professionnels, il est nécessaire de prendre en compte les différentes caractéristiques sociologiques des publics.

Au SCVC, au CAPSij et à la structure pilote, les soignants mettent en place des stratégies éducatives pour impliquer les parents par des aspects pratiques. Cette injonction à devenir les « bras » des soignants est particulièrement développée quand il existe une forte distance sociale entre les professionnels et les parents. Dans certains cas, les parents montrent de la méfiance vis-à-vis de la psychiatrie et l'enjeu est de les convaincre progressivement, par les faits, de l'intérêt des soins. Les difficultés sociales que rencontrent les familles et les difficultés scolaires des enfants fournissent des points d'entrée sur lesquels les professionnels s'appuient pour construire la relation de soin.

À la consultation TDAH, les parents sont au contraire mis rapidement dans une position de décideurs : accepter ou non une prescription médicamenteuse et s'engager à suivre la prise du traitement. C'est souvent dans une attente d'un traitement médicamenteux que les parents s'orientent vers cette consultation. Rares sont les parents qui comme cette mère exprime la difficulté face à cette injonction à décider : « *On se retrouve avec son papa avec plein d'informations et on ne sait pas quoi en faire* ». Ce contre-exemple fait ressortir, en creux, l'aisance de la plupart des parents, appartenant à des milieux sociaux favorisés, à s'approprier les informations médicales et à prendre les décisions attendues.

Selon les caractéristiques sociologiques des publics concernés, les professionnels mobilisent les parents de manières différenciées : dans les contextes de relative proximité sociale entre les professionnels et les parents, l'autonomie et la capacité à décider sont attendues des parents de manière implicite. Elles sont en revanche davantage suscitées et travaillées auprès des parents socialement éloignés des soignants. Les pra-

tiques soignantes sont ainsi adaptées à, et produites par, les rapports sociaux entre les professionnels et les parents.

6 Conclusion

Notre analyse met en évidence que la responsabilisation des parents dans les soins en santé mentale infantile ne relève ni d'un principe abstrait ni d'un processus uniforme. Elle se construit à l'intersection de plusieurs dimensions — politiques, théoriques, pratiques et relationnelles — et prend des formes différenciées selon les contextes institutionnels, les traditions de soin et les rapports sociaux.

Sur le plan politique, la reconnaissance progressive des droits des usagers, en France comme au Brésil, a redéfini la place des parents comme partenaires légitimes des équipes soignantes. Mais cette reconnaissance s'inscrit dans des logiques distinctes : contractualisation individualisée et procédures administratives dans le contexte français ; ancrage communautaire et dynamique de co-construction au sein des dispositifs psychosociaux brésiliens.

Les cadres théoriques mobilisés dans les soins orientent, eux aussi, des attentes différenciées : tandis que les approches psychodynamiques valorisent le travail psychique sur soi et posent la parentalité comme lieu potentiel d'étiologie du trouble, les modèles neurodéveloppementaux sollicitent les parents comme co-techniciens du soin, gestionnaires du quotidien et relais des prescriptions médicales. Ces lectures du trouble induisent des formes spécifiques de responsabilisation, plus ou moins morales, techniques ou subjectives.

Mais l'enquête ethnographique révèle également des convergences transversales aux cadres théoriques et aux pays : dans tous les contextes étudiés, les professionnel.le.s s'engagent dans un travail actif pour susciter, orienter et encadrer la participation parentale. Cette participation prend appui sur des attentes pratiques — accompagner, observer, rapporter — mais aussi sur un processus de subjectivation : apprendre à voir l'enfant autrement, à interroger ses propres pratiques, à se rendre disponible émotionnellement. La responsabilisation, loin de n'être qu'une injonction, devient alors un mode de relation, un apprentissage progressif, parfois conflictuel, souvent ajusté.

Ce processus relationnel est néanmoins structuré par des rapports sociaux différenciés. Loin d'être un levier neutre d'autonomisation, la responsabilisation fonctionne aussi comme un opérateur de distinction : les professionnel.le.s adaptent leurs stratégies en fonction de la distance sociale perçue. Avec les familles issues des classes populaires, l'accent est mis sur une socialisation progressive au monde du soin, sur des médiations concrètes visant à rendre intelligibles les codes implicites de la psychiatrie. À l'inverse, dans les contextes de plus grande proximité sociale, les parents sont plus rapidement considérés comme autonomes et réflexifs. Ainsi, la responsabilisation parentale apparaît non seulement comme une norme d'intervention, mais comme une forme située de gouvernement des conduites, socialement différenciée et façonnée dans l'interaction.

Références bibliographiques

Akrich, M., Rabeharisoa, V. (2014). Des formes de partenariat entre les familles, les enseignants et les spécialistes : l'association HyperSupers et l'école. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*. 68(4), 99-110.

Amarante, P. (19958). Novos sujeitos, novos direitos : o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*.11(3), 491-494.

Astier, I. (2007). *Les nouvelles règles du social*. Presses Universitaires de France.

Astier, I., Duvoux, N. (2006) (dir). *La société biographique : une injonction à vivre dignement*. L'Harmattan.

Becquemin, M. (2011). Le contrat en protection de l'enfance : incertitudes et contradictions. La revue française de service social. 243, 60-67.

Béliard, A., Eideliman, J-S. (2018). Familles et professionnels dans le domaine de la santé mentale. Dans I. Coutant, S. Wang (dir.). *Santé mentale et souffrance psychique*, CNRS éditions.

Birman, J., Costa, J-F. (1994) Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. Dans : P. Amarante (org.). *Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica*. Fiocruz.

Borelle, C. (2017). Le nouveau régime de responsabilité parentale dans l'autisme. *Sociologie du travail*. 59 (2).

Borelle, C., Eideliman, J-S Fansten, M., Planche, M., Turlais, A. (2019). À contre-courant : les approches psychodynamiques de l'enfance agitée en France, entre crise et résistance. *Saúde e Sociedade*. 28, 27-39.

Bungener, M. (2004). Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert domestique des activités de soin. Dans D. Fassin, D. Memmi (dir.). *Le gouvernement des corps* (p. 109-134). Paris : Éditions de l'EHESS.

Carpentier, N. (2001). Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle. *Sciences sociales et santé*, 19 (1), 79-106.

Castel, R. (1976). *Le psychanalysme : l'ordre psychanalytique et le pouvoir*. Paris : Ed. Maspero.

Chamak, B. (2010). Le militantisme des associations d'usagers et de familles : l'exemple de l'autisme. *Sud/Nord*, 25 (1), 71-80.

Commaille, J. (2006). La famille, l'état, le politique : une nouvelle économie des valeurs. Entre tensions et contradictions. *Informations sociales*. 136 (8), 100-111.

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et Société*. Paris : O. Jacob.

Esping-andersen, G. (2007). *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*. Paris : Presses Universitaires de France.

Gavarini, L. (2006). Du contrôle social à la prédiction : évolution du regard sur l'enfance. Dans : G.Neyrand (éd.). *Familles et petite enfance. Mutations des savoirs et des pratiques*. (p. 93-108) Toulouse : Érès

Karsz, S. (2011). *Pourquoi le travail social ? Définition, figures, clinique*. Paris : Dunod.

Laforgue. D. (2009). Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines. *Socio-logos*. 4.

Mougel, S. (2007). Au-delà de l'accompagnement : le « double » travail des parents lors d'une consultation pédiatrique spécialisée. *Recherches familiales*, 4(1),149-163.

Pegoraro, R., Caldana, R. (2008). Mulheres, loucura e cuidado : a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 17 (2), 82-94.

Rose, N. (1999). *Powers of freedom : Reframing political thought*. Cambridge University Press.

Roux, S. (2012). La discipline des sentiments. Responsabilisation et culpabilisation dans la justice des mineurs, *Revue française de sociologie*, 53 (4), 719-742.

Sartori, L. (2015). *A política de financiamento de uma tecnologia de cuidado. Etnografia do processo de reforma psiquiátrica do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira*. Doutorado em Antropologia Social : Universidade Federal de São Carlos.

Tibi-lévy, Y. (2020). Recourir à la pédopsychiatrie publique : étude dans six centres de soins parisiens. *Santé Publique*. 32, 43-55.

Vidal-Naquet, P-A. (2009). Maladie mentale, handicap psychique : un double statut problématique. *Vie sociale*. 1(1), 13-29.