

Psychopathologie
et handicap de l'enfant
et de l'adolescent

ONT PARTICIPÉ À CET OUVRAGE

Jean-Yves Barreyre
Claude Bursztejn
Albert Ciccone
Charles Gardou
Roland Gori
Évelyne Grange-Ségéral
Jacques Hochmann
Colette Jourdan-Ionescu
Francine Julien-Gauthier
Simone Korff-Sausse
Roger Misès
Sylvain Missonnier
Denis Vaginay

Sous la direction de
Jean-Philippe Raynaud
et Régine Scelles



Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent

Approches cliniques

CONNAISSANCES DE LA DIVERSITÉ

é
éditions
rès

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2014
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3666-7
Première édition © Éditions érès 2013
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table des matières

Introduction <i>Jean-Philippe Raynaud, Régine Scelles</i>	7
--	---

POINT DE VUE HISTORIQUE, SOCIOANTHROPOLOGIQUE

Bilans et perspectives d'un secteur non identifié : le médico-social <i>Jean-Yves Barreyre</i>	13
---	----

Les interprétations culturelles du handicap <i>Charles Gardou</i>	49
--	----

POINT DE VUE THÉORICO-CLINIQUE

Le diagnostic anténatal, le handicap et le psychanalyste Questions cliniques et éthiques pour un débat interdisciplinaire <i>Sylvain Missonnier</i>	65
---	----

La notion de handicap : un handicap pour la psychopathologie ? <i>Roland Gori</i>	79
--	----

Le recours au handicap comme refuge pour les familles L'exemple de l'autisme infantile <i>Jacques Hochmann</i>	97
--	----

Violence des mots et des représentations <i>Albert Ciccone</i>	111
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychopathologie et handicap <i>Jean-Philippe Raynaud</i>	127
Handicap : processus de subjectivation et lien à l'autre <i>Régine Scelles</i>	137

IMPLICATION DANS LES PRATIQUES

Encourager l'expression du point de vue des personnes ayant une déficience intellectuelle <i>Colette Jourdan-Ionescu, Francine Julien-Gauthier</i>	155
Qu'est-ce que la psychanalyse apporte à la clinique du handicap ? <i>Simone Korff-Sausse</i>	173
L'héritage du handicap : souffrances et défenses familiales <i>Évelyne Grange-Ségéral</i>	189
Adolescence et handicap mental : incidences sur les pratiques thérapeutiques et l'accompagnement <i>Denis Vaginay</i>	203
Troubles autistiques et scolarisation : problématiques actuelles <i>Claude Bursztejn</i>	223
Relier les champs de la psychopathologie et du handicap chez l'enfant et l'adolescent <i>Roger Misès</i>	237

Jean-Philippe Raynaud, Régine Scelles

Introduction

Pédopsychiatres et psychologues, chacun à leur manière et de leur place, sont convoqués pour soigner, accompagner, évaluer, prévenir les souffrances psychiques, parfois intriquées de manière complexe à des déficiences d'origines diverses. Ce qu'ils font de ce qu'ils entendent et comprennent en écoutant, en observant, en soignant les enfants et les adolescents avec « handicap » et les relations qu'ils ont avec leurs proches, demande à la fois une formation et des compétences des plus pointues, et en évolution fondamentale ces dernières décennies. Ces compétences se nourrissent de la pratique de soins, de prévention, d'accompagnement des enfants et adolescents et de leur famille, et de recherches qui se font pour partie dans les laboratoires, pour partie dans des allers et retours entre pratique clinique et théorie.

Dans la pratique, pédopsychiatres et psychologues travaillent ensemble sur les mêmes situations et les mêmes souffrances, dans une complémentarité souvent fructueuse, parfois problématique, demandant la mise en œuvre d'un travail interdisciplinaire. Toutefois, il est indéniable que la loi de 2005 a considérablement modifié le paysage des interventions concernant les enfants et les adolescents, et obligé des acteurs qui travaillaient peu ou pas du tout ensemble à initier une collaboration, ou tout au moins, à considérer autrement leurs interventions dans le cadre d'un dispositif dans lequel les périmètres des secteurs « médical » « médico-social » et « éducatif » ont considérablement évolué.

Ce qui met en lien le « handicap » et la « psychopathologie » prend sa source dans le fait que les atteintes neurologiques, motrices,

métaboliques, sensorielles, pour réelles qu'elles soient, ne protègent pas de la souffrance psychique. De leur côté, les enfants qui présentent des symptômes signant l'existence d'une souffrance psychique peuvent également développer divers troubles d'origine somatique. Enfin, présenter un dysfonctionnement neurologique, sensoriel, cognitif peut rendre plus vulnérable aux conflits intrapsychiques et intersubjectifs, aux traumatismes que tout enfant et adolescent rencontre au cours de sa vie. Par exemple, dans ces situations, le processus d'adolescence peut être entravé.

Le concept de handicap a progressivement reçu une définition de plus en plus large et celui de « handicap psychique » est apparu récemment en France. Or, nommer une difficulté : trouble, symptôme, déficience, handicap, multi ou polyhandicap, maladie psychique, n'est pas neutre pour les professionnels, les enfants, les adolescents en difficulté et leurs proches.

En définissant le handicap comme « une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques », la loi française du 11 février 2005 intègre désormais sous ce même signifiant les déficiences intellectuelles, sensorielles, motrices, instrumentales, les multi ou polyhandicaps et les troubles psychiques, au diagnostic desquels le clinicien, psychiatre ou psychologue, est convoqué. Cela impose un rapprochement du secteur de la pédopsychiatrie et du secteur médico-social ou médico-éducatif, qui n'aura de conséquences positives que si les patients, leurs familles et les professionnels sont activement associés.

Certaines pathologies ne peuvent être guéries, mais il est possible de faire évoluer leurs conséquences sur le sujet et ses proches. D'autres troubles, plutôt réactionnels ou adaptatifs, sont rapidement réversibles. D'autres encore ne sont qu'un épisode particulier du développement, durant lequel les souffrances et les crises ne relèvent pas, ou seulement de manière temporaire, du soin spécialisé. C'est dire l'existence d'une intrication étroite et complexe entre les signifiants « handicap » et « psychopathologie », et l'intérêt de les définir sur les plans clinique et théorique.

L'idée de publier ce livre est née suite au colloque de l'APPEA (Association francophone de psychologie et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent) : « Psychopathologie et handicap chez l'enfant et l'adolescent : questions, tensions, enjeux », qui s'est tenu à Lyon en novembre 2011, à l'initiative et sous la direction de Robert Voyazopoulos et Léonard Vannetzel.

Ce colloque, qui a réuni plus de deux mille participants, a été l'occasion de faire le point sur l'état actuel des connaissances, des tensions et des enjeux qui mobilisent actuellement professionnels et chercheurs des champs de la psychopathologie et du handicap. Des sociologues, anthropologues, psychiatres, psychologues, philosophes y ont présenté les résultats de leurs derniers travaux sur la question. Cette confrontation a permis de montrer de manière très claire que des évolutions importantes ont eu lieu ces dernières années dans la manière de prendre en compte, accompagner et soigner les enfants et les adolescents qui présentent des souffrances psychologiques ou des troubles psychiques, associés ou non à d'autres pathologies. D'origine le plus souvent multifactorielle, le trouble ou le symptôme psychique chez l'enfant ou l'adolescent résulte d'un processus complexe, qui implique des problématiques de natures diverses.

L'objectif de ce livre est de permettre que certains des débats les plus novateurs et heuristiques ayant eu lieu lors de cette manifestation soient diffusés et discutés largement, à la fois dans la communauté des chercheurs et dans celle des praticiens.

Nous avons donc sollicité certains des auteurs qui avaient présenté une communication lors de cette manifestation, en veillant à respecter la diversité des approches et des points de vue. Nous voulions donner au lecteur des éléments pour penser les liens existant entre les champs du handicap et de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Nous souhaitons nous appuyer pour cela sur l'état des connaissances sur le sujet, tout en les mettant en perspective avec les nouvelles considérations théoriques sur les pratiques de soins, de prévention, de recherche, en y incluant les cadres social et législatif, y compris dans leurs dimensions économiques.

L'originalité de ce livre est d'aborder cette problématique telle qu'elle se pose à tous les âges de la vie, de le faire en y associant une réflexion historique, sociale et politique concernant les concepts, les pratiques de psychologues, psychiatres, que ce soit dans le domaine du soin, du diagnostic ou dans celui de la recherche.

Cet ouvrage réunit des praticiens et des chercheurs qui œuvrent dans ce domaine depuis de longues années, il pourra devenir un recueil de points de vue qui font référence actuellement et dont la diversité rend bien compte de l'aspect complexe de ce concept, complexité qui impose la confrontation heuristique entre différentes disciplines et méthodes. Nous dédions cet ouvrage à Roger Misès, qui nous a remis son manuscrit

quelques semaines avant son décès. Il faisait partie de ceux qui défendent depuis longtemps une approche ouverte des troubles et du handicap psychiques, multidimensionnelle et intégrant les apports de la psychopathologie.

Ce livre n'aurait pas existé sans l'initiative de l'APPEA, de Robert Voyazopoulos et de Léonard Vannetzel, qui ont permis que tous ces auteurs s'associent pour réfléchir et faire le point de leurs connaissances sur ce thème.

POINT DE VUE HISTORIQUE,
SOCIOANTHROPOLOGIQUE

Jean-Yves Barreyre

Bilans et perspectives d'un secteur non identifié : le médico-social

L'histoire du médico-social n'a pas encore été écrite. Nous disposons d'une bonne documentation des œuvres charitables du Moyen Âge, et depuis l'Hôpital général du XVII^e siècle, l'asile, le grand renfermement du XIX^e siècle, la naissance de la pédopsychiatrie, jusqu'aux dispensaires d'hygiène sociale et mentale.

Existent aussi quelques ouvrages de référence ou de repères avec l'œuvre de Georges Duby ou celle des marginaux de Bronislaw Gêremek, *L'histoire du vagabondage* d'Alexandre Vexliard, *L'histoire de la folie à l'âge classique* de Michel Foucault, *La police des familles*, de Jacques Donzelot, *L'héritage de Vichy* de Michel Chauvière ou encore *Corps infirmes et sociétés* de Henri-Jacques Stiker.

Sont proposées enfin des histoires thématiques « de l'éducation spécialisée », des « assistantes sociales », « de l'éducation populaire », « de la protection judiciaire de la jeunesse ».

Le CEDIAS anime depuis plusieurs années le Réseau d'histoire du travail social qui a donné lieu à plusieurs numéros historiques de sa revue *Vie sociale*. Mais d'histoire du secteur médico-social, point – si tant est que ce « secteur » de l'action sociale ait un jour existé officiellement.

Les premières institutions pour enfants déficients et/ou en danger moral naissent à la fin du XIX^e siècle, dans la mouvance des « réformateurs

sociaux » qui veulent répondre aux maux sociaux consécutifs à la révolution industrielle : en 1887, le juge Rollet fonde le « Sauvetage de l'enfance » et en 1890 le « Patronage de l'enfance et de l'adolescence ». La loi du 15 avril 1909 sur l'enseignement des arriérés institue la possibilité de placement de ces enfants dans des classes de perfectionnement, celle du 22 juillet 1912, les tribunaux pour enfants et l'éducation surveillée (le juge Rollet est le rédacteur des décrets d'application).

Les principales associations de l'enfance en danger (Olga Spitzer, Jean Coxtet) naissent dans les deux premières décennies du XX^e siècle, autour de cette nouvelle figure qu'est le juge pour enfants.

Rappelons également que, si les premières lois sociales notamment sur les accidents du travail et les taudis datent de cette période fertile entre 1890 et 1914¹, c'est la Première Guerre mondiale, avec ses milliers de mutilés, qui va « permettre » le démarrage de l'appareillage, la création de l'Office des mutilés et l'instauration du *premier barème d'invalidité du Code des pensions militaires*, barème qui fonctionnera jusqu'à sa révision en « guide barème » en 1993.

Il est à noter que l'hygiénisme et le solidarisme naissent dans le même contexte. Et nous avons fait ailleurs l'hypothèse (Barreyre, 2000, p. 61) que c'est par le mouvement ou le modèle hygiéniste que l'État va légitimer sa fonction de *garant de la solidarité*. Il y a en effet de la solidarité dans l'hygiénisme, au moins pour éviter les contagions, solidarité collective qui sera mise en exergue dans les campagnes de propagande hygiéniste (lutte contre la syphilis, la tuberculose, mais aussi pour les séjours de plein air) de la première moitié du XX^e siècle.

De même, le *courant anti-asilaire* né dès la seconde moitié du XIX^e siècle aboutit entre autres en France au courant prophylactique développé par Émile Toulouse et au premier « service de prophylaxie mentale » à Sainte-Anne en 1922. Le même Émile Toulouse qui participe aux propagandes de l'hygiène sociale va convaincre Henri Sellier, futur ministre de la Santé en 1936, de transposer le modèle en « dispensaires d'hygiène mentale » – les fondateurs de la psychiatrie de secteur, en 1945, issus de l'expérience de Saint-Alban, comme Lucien Bonnafé, se référeront au travail d'Émile Toulouse.

1. Cf. les deux ouvrages consacrés au Musée social, considéré alors comme « l'antichambre de la Chambre » : Chambelland, 1998 ; Horne, 2004.

Rappelons enfin que c'est Vichy qui a souhaité *rapprocher*, dans sa nouvelle politique de la jeunesse, *la déficience et le danger moral* (Chauvière, 1980), rapprochement qui a perduré, au moins du point de vue de la mobilisation des moyens humains pour y répondre, bien après 1944. Les politiques de l'après-45 sont conformes aux principes de création de l'éducation spécialisée par Vichy, et le métier d'éducateur visera aussi bien la population « déficiente » que la population « en danger moral ».

Nous connaissons bien les apports de 1936, la structuration des métiers éducatifs sous Vichy (*ibid.*) et le débat d'idées autour des ordonnances de 1945. Nous possédons les premiers plans d'équipements médico-sociaux grâce aux archives des ARSEA et aux mémoires, thèses et rapports qu'ont conservés les CREAI qui leur ont succédé. Une histoire des CREAI est en préparation.

Mais que savons-nous du développement du « secteur médico-social », dès lors qu'il a commencé à s'autoproclamer ainsi ² ?

Par quel bout prendre l'histoire de ce secteur d'activités de services publics couvrant aujourd'hui toutes les classes d'âges, regroupant toutes les professions éducatives sanitaires et sociales, représentant huit milliards d'euros chaque année pour la seule région d'Île-de-France ³ ?

– Par les missions qui différencient les secteurs d'activités participant à ce champ non circonscrit ?

– Par la population accueillie par les différentes structures, qui est parfois la même ?

– Et comment différencier les publics ? par pathologie ? par déficience ? par limitations fonctionnelles ? par limitations d'activités ? par restriction de participation ?

– Par les populations « à la limite », en situation « d'incapacité » ?

– Par les modes de financement ?

– Par les recommandations de bonnes pratiques qui recouvrent aujourd'hui la pratique professionnelle de « tableaux de bord » pleins d'indicateurs et de clignotants à même de servir de copilotage automatique à des managers surchargés ?

2. En effet, il n'existe aucune définition administrative du « secteur médico-social ».

3. Dix fois moins tout de même que le secteur sanitaire.

Tout cela a été plus ou moins fait. Y voit-on plus clair ? Non. Les non-initiés écoutent le plus souvent, en guise d'explication du secteur médico-social, une liste de sigles tous plus ou moins obscurs, certains ne correspondant même pas aux initiales qu'ils recouvrent ⁴.

L'approche historique et politique permet de se repérer dans la jungle des sigles qui ne témoignent que de panneaux indicateurs du territoire administratif d'appartenance ⁵.

Or, l'histoire nous montre que le secteur, qu'on pourrait situer plus exactement « entre le sanitaire et social », s'est construit dans un premier temps, au XX^e siècle, dans un *rapport de forces* entre les familles, l'État, les partis politiques, les courants laïcs et religieux, le secteur sanitaire et les professions de médecins, et enfin, les universités des sciences médicales et des sciences humaines.

C'est d'abord cela qui explique la manière dont s'est « construit le secteur ». Les premiers établissements médico-sociaux sont des anciens sanatoriums, « aériums », et ce sont les régions côtières qui seront privilégiées. Mais on s'aperçoit aussi, à l'analyse de l'équipement médico-social national, que ce sont les régions et territoires les plus reculés qui sont privilégiés dans la phase de construction (Creuse, Orne, Corrèze, Lozère). Cela permettait peut-être de « rendre invisibles » l'infirmité et le handicap. Mais cela permettait aussi à des élus politiques de cantons ruraux d'offrir de l'emploi local. Nous analyserons ces choix stratégiques dans les trois premières phases.

Puis dans une quatrième phase (mais cela était peut-être en germe dans les phases précédentes), le secteur dans ses différentes composantes et ses différents intérêts s'est trouvé confronté à la montée en forces (ou en *empowerment*) des *personnes elles-mêmes en situation de vulnérabilité*.

4. Comme « PRIAC » pour (pour quoi déjà ?), « Plan régional (jusqu'ici tout va bien) d'accompagnement des personnes en perte ou en manque d'autonomie ». Je n'aurais pas trouver tout seul.

5. Sauf pour quelques villages gaulois comme les CMPP (Centre médico-psycho-pédagogique : déjà l'appellation demande d'urgence un dictionnaire, un traducteur, un spécialiste), villages qui, une fois appartiennent au sanitaire (lorsqu'il s'agit de défendre le secret professionnel et la confidentialité des actes et activités du « centre ») ; qui une autre fois appartiennent au médico-social lorsqu'il s'agit de comptabiliser « sur parole » le nombre d'enfants suivis et accompagnés.

L'analyse *par phase* permet de repérer les « objets concrets » du secteur médico-social, dans les interactions construites par les acteurs et les institutions qui le structurent.

La phase de *construction* (1945-1970), la phase d'*affrontement* (1970-1980), la phase de *développement* (1980-2002), la phase de *remise en cause* (2002-2012) caractérisent de notre point de vue des objets de travail ou au travail différents qui, donnent à voir l'évolution à la fois économique, politique, scientifique et social du « secteur » (qui n'en est pas un) médico-social.

LA PHASE DE CONSTRUCTION : « TOUS AUX ABRIS ! »

En 1945, il fallait reconstruire. Mais il fallait aussi construire, au sens propre du terme, les établissements dits de « postcure » dont la Sécurité sociale s'engageait à couvrir les frais. Il fallait ouvrir des instituts pour enfants inadaptés ou handicapés.

Au départ, les enfants dont il s'agit sont, comme nous le décrivons en 2000, « des enfants de l'éducation » et « des enfants de la sécu ».

Les enfants de l'éducation

L'ordonnance de février 1945 sur la protection judiciaire de la jeunesse pose *l'éducation* comme première réponse privilégiée par la République. Nous sommes toujours sous l'empire de la « réadaptation » (Stiker, 1982) des inadaptés, mais la réponse judiciaire pour les mineurs doit d'abord être éducative.

L'ordonnance de 1945 fait de la protection de la jeunesse non plus un enjeu moral *stricto sensu*, épousant les valeurs morales d'un régime autoritaire (Chauvière, 1980), mais un *enjeu social et républicain*.

Nous sommes là aux frontières du médico-social dans la mesure où les éducateurs peuvent aussi bien travailler en « protection de l'enfance et en protection judiciaire de la jeunesse qu'auprès d'enfants et d'adultes handicapés ». Nous sommes aussi aux frontières du médico-social dans la mesure où celui-ci est « traversé » – certains diraient « envahi dans ses marches » – par des populations limites dont celle des enfants et jeunes cumulant des difficultés psychologiques, et des difficultés, scolaires, familiales, sociales, voire judiciaires.

Or, qu'est-ce qui fait lien entre les deux secteurs dans l'approche des deux populations ? C'est bien sûr le caractère *éducatif* de l'intervention.

Or, on constate que le secteur large des interventions auprès des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie a été nommé, de manière officieuse je le rappelle, le « secteur médico-social », et qu'il n'y a point d'éducatif dans le titre, comme si cette caractéristique de l'intervention, et donc des réponses collectives, n'était pas du même niveau de généralisation (ou d'objectifs) que la qualification de « médico-social ».

On remarquera aussi, pour en finir avec la sémantique, que le « médical » se voit raccourci pour construire un nom composé où le « social » reste entier. Cela ne nous viendrait pas à l'esprit de parler d'un « secteur sociomédical » (encore que, sur certains terrains ou dans certains scénarii actuels...).

Les « enfants de la sécu »

L'ordonnance du 19 octobre 1945 qui généralise le principe de la Sécurité sociale est le point d'orgue qui assoit la légitimité de l'État républicain comme garant de la solidarité entre l'ensemble des citoyens. Si la République s'appuie sur les trois valeurs principales inscrites au fronton des mairies, l'État républicain se légitime par sa garantie à assurer *la solidarité* (Donzelot, 1984).

L'article 17 stipule à l'époque que les assurés sociaux pourront être *couverts de leurs frais de traitement* dans les établissements privés de cure et de prévention, si ces derniers ont reçu l'autorisation de dispenser des soins.

Le décret du 20 août 1946 va simplement préciser les conditions d'autorisation de ces établissements et c'est le décret de 1956 qui modifiera l'arrêté de 1946 en introduisant les premières fameuses annexes XXIV. *Il y a donc une filiation directe entre l'ordonnance d'octobre 1945 et le secteur dit « médico-social ».*

Les premières annexes de 1956 proposent d'ailleurs une classification intéressante des « enfants mentalement inadaptés⁶ » en cinq catégories :

- les enfants présentant une psychose ou une névrose grave ;
- les enfants avec déficience intellectuelle ;
- les enfants avec troubles du caractère et du comportement ;
- les enfants inadaptés scolaires ;

6. Nous sommes dans l'esprit de la « réadaptation » de l'enfance déficiente, que cette déficience soit organique, psychique, familiale ou sociale.

– et les enfants dont l'adaptation tient essentiellement à la déficience du milieu familial ⁷.

C'est parce que les parents d'enfants handicapés constateront la *défection de l'État*, après 1946 mais surtout après 1956, que naîtront les grandes fédérations comme l'Union nationale de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) ou l'Association pour adultes et jeunes handicapés (АРАЖ), dans les années 1960, qui deviendront des *associations gestionnaires* d'établissements, « à la place de l'État », ce qui nous vaut aujourd'hui un secteur associatif, non lucratif, qui gère 87 % du médico-social.

Des abris en dur

L'État n'a pas voulu s'en charger, considérant depuis toujours que le sanitaire représentait déjà une charge suffisante pour lui. D'ailleurs, les rares établissements médico-sociaux publics dans les années 1950 étaient des établissements sanitaires reconvertis.

Il a laissé cette charge aux familles et associations de soutien aux personnes handicapées, et cela, non pas à la marge mais à hauteur de 87 % des places existantes !

Il a ainsi permis que s'installe, « aux marches » du sanitaire, du privé, lucratif (personnes âgées) ou pas (personnes handicapées), comme on laisse à la sous-traitance les tâches subalternes.

Mais la sous-traitance a construit un véritable « secteur », comme lorsque les locataires des jardins ouvriers se mettent à construire des abris en dur. La première phase de construction du secteur pourrait s'intituler « Tous aux abris ! » – tous aux maisons, aux instituts, aux foyers, qui poussent comme des petits pains des années 1970 aux années 2000, sous le régime de la loi de 1975 ⁸.

Et celui qui assure le gîte et le couvert devient incontournable. Surtout lorsqu'il assure, sur le territoire, la majorité des gîtes et couverts – ou des places – pour une population vulnérable donnée.

Ainsi firent les associations. Ainsi l'accepta l'État.

7. Pour un plus long développement, voir Barreyre, 2000.

8. C'est l'idée de « maison » que privilégiera Jacques Chirac, président de la République, pour faire passer l'idée aux associations gestionnaires de « guichet unique », lui qui est aussi président de la Fondation Jacques-Chirac qui gère près de mille places médico-sociales...

Le secteur depuis les années 1960 s'est construit donc par l'*équippement*. C'est une stratégie à la Vauban, dans la mesure où l'ordonnance de généralisation de la Sécurité sociale de 1945 permettait le remboursement par l'assurance maladie des séjours de postcure aux parents, alors qu'il en existait très peu.

Les familles ont attendu quinze ans que la puissance publique construise ces établissements avant de s'organiser en associations gestionnaires et en incluant les coûts de construction et d'amortissements dans les frais de fonctionnement remboursés par l'assurance maladie.

Ces associations se sont substituées à l'État pour répondre aux besoins d'une population reconnue comme relevant de l'assurance maladie par la Sécurité sociale. Était-ce en adéquation avec la philosophie de la IV^e et de la V^e République ? On peut en douter.

Ces associations ont parfois aujourd'hui des trésors immobiliers gérés par des associations à but non lucratif. Mais c'est peut-être plus rassurant, pour l'État et la collectivité publique, que ce qui s'est passé pour le secteur des personnes âgées, dans lequel les familles ne se sont pas mobilisées en associations, et c'est le secteur privé lucratif qui en a pris les rennes et qui contractualise avec la puissance publique les « chartes qualité » des services qu'il produit.

Ces associations à but (non) lucratif ont aujourd'hui un poids financier. On se souvient de Patrick Gohet, alors directeur général de l'UNAPEI, qui commençait toujours ses présentations et négociations par cette expression : « L'UNAPEI, c'est 24 000 places en France. »

Places fortes, s'il en est.

Pourtant du côté de la pédopsychiatrie⁹, la psychiatrie dans la cité, née à Saint-Alban dans les années 1940, soutenue et continuée par Lucien Bonnafé, l'ASM 13, Tony Lainé et Roger Misès, marque des points du côté de l'administration, jusqu'à obtenir un décret et une circulaire qui rendent légitime et réglementaire la diffusion des soins dans la cité, auprès des lieux de vie.

Les facteurs sont réunis pour l'affrontement.

9. Qui, elle, a une histoire, contrairement au médico-social qui n'en a pas en 1970.