

Clinique et épistémologie des savoirs.
Quelles politiques et quelles orientations pour le travail social ?
vs
New Public Management et Evidence Based Medicine/Practice

Sébastien Ponnou^a

Le travail social est un secteur polysémique marqué par la diversité de ses publics, de ses acteurs, de ses institutions, de ses prismes théoriques et praxéologiques. Au niveau international, cette diversité a traditionnellement été considérée comme une richesse, témoignant de la complexité à l'œuvre dans les problématiques et les pratiques sociales. Mais depuis le début des années 1980-1990, elle est également perçue comme un facteur d'incertitude : insistant sur un manque supposé de scientificité dans le champ de l'intervention sociale, plusieurs acteurs politiques, institutionnels et universitaires ont soutenu le déploiement de *Pratiques Basées sur des Données Probantes en Travail Social – Evidence Based Practice In Social Work* – dont l'objectif consiste à collecter des données de recherche de manière à orienter les pratiques des travailleurs sociaux pour en accroître l'efficacité¹.

Pourtant, l'on ne peut pas dire que les paradigmes de l'*Evidence Based Medicine/Practice* en travail social brillent par leur pertinence : impasses épistémologiques, problèmes d'administration de la preuve, inconsistance des résultats de la recherche, inadéquation des protocoles standardisés à la réalité des pratiques, etc. Ces constats sont aujourd'hui largement documentés dans la littérature scientifique française et internationale², de manière transversale aux différents secteurs du travail social : psychiatrie, handicap, protection de l'enfance, précarité et exclusion, prévention, justice, formation de travailleurs sociaux, etc. De sorte que l'*Evidence Based Medicine/Practice*

^a Psychanalyste et professeur des universités en sciences de l'éducation et de la formation – Centre Interdisciplinaire de Recherche Culture Éducation Formation Travail (CIRCEFT), Études Psychanalytiques en Éducation et Formation (EPsyFor). Directeur de l'Observatoire Épidémiologique et Clinique de l'Enfance et de l'Adolescence : Psychiatrie, Handicap, Protection de l'Enfance (LabCom EOLE). Membre du GIS Hybrida Intervention Sociale, et personnalité qualifiée du Conseil de l'Enfance et de l'Adolescence du HCFEA. Membre de l'École de la Cause Freudienne et de l'Association Mondiale de Psychanalyse.

¹ S. Ponnou, C. Niewiadomski (dir.), *Pratiques d'orientation clinique en travail social* (2020) ; J. F. Gilgun, "The four cornerstones of evidence-based practice in social work" (2005) ; C. A. Mc Neece, B. A. Thyer, "Evidence-based practice and social work" (2004) ; E.-K. Proctor, "Social work, school violence, mental health, and drug abuse: a call for evidence-based practices (2002) ; B. Sheldon, "The validity of evidence-based practice in social work: A reply to Stephen Webb" (2001).

² S. Ponnou, C. Niewiadomski, *op. cit.* (2020) ; S.-A. Webb, "Some Considerations on the Validity of Evidence-Based Practice in Social Work" (2001) ; S. Reynolds, *Evidence-based practice: a critical appraisal* (2008) ; S. Ponnou, X. Briffault, F. Chave, *Le silence des symptômes. Enquête sur la santé mentale et le soin des enfants* (2023).

appliquée au travail social n'ait d'autre objectif que de rationaliser et de conformer les pratiques aux exigences du *New Public Management*, qui vise la réduction inexorable des coûts de santé et d'éducation, dans un souci de rentabilité. C'est l'ère des protocoles, de l'expertise et de la raison comptable, des idéologies scientistes et gestionnaires qui consonnent avec une standardisation des pratiques sociales³.

Le capitalisme et la science sont les mythologies qui régissent le lien social contemporain. Face à l'hégémonie de ces cadres idéologiques et normatifs, la question se pose du sens des pratiques, des théories du sens et de la possibilité même d'une action sociale qui ne soit pas réduite à un dispositif de régulation et de contrôle : comment soutenir la dimension clinique du travail social et les épistémologies si nécessaires à une appréhension fine de la complexité des situations, des pratiques et des institutions ? Comment faire de la pluralité, de la contradiction et de la conversation des outils de subversion efficaces sur les terrains de l'action sociale, dans les instituts de formation, dans la recherche comme dans les politiques publiques dédiées aux populations les plus vulnérables ?

Partant d'un exemple illustrant les apories du *New Public Management* et de l'*Evidence Based Medicine/Practice* en travail social – notamment dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale – nous verrons comment les dimensions de la clinique d'une part, du savoir et des épistémologies d'autre part, ainsi qu'un usage raisonné des instances, des dispositifs et des institutions, peuvent contribuer à soutenir le déploiement d'un travail social en acte, qui subvertisse les catégories diagnostiques, les assignations professionnelles et les idéologies normatives⁴. Dans cette perspective, une attention particulière sera consacrée aux conceptions de la clinique et aux différents registres de savoirs – académiques, professionnels, cliniques – qui traversent les pratiques comme la formation des travailleurs sociaux.

Lien social et subjectivités contemporaines

L'étoffe contemporaine du lien social est marquée par le déclin du patriarcat, des institutions et des figures d'autorités à prétention universelle⁵. Néolibéralisme et scientisme font désormais le socle du lien social, avec des effets variés sur les subjectivités contemporaines. D'un point de vue institutionnel, deux phénomènes conjoints président à la mise à mal des domaines du soin, de l'éducation et du travail social, avec des effets délétères sur les institutions, les dispositifs et les pratiques dédiés à l'enfance.

a- Les apories du *New Public Management*

Un premier écueil concerne le déploiement massif et généralisé des pratiques du *New Public Management* (NPM), qui vise à gouverner les institutions et les associations médico-sociales à but non lucratif comme des entreprises. Exclusivement orienté par des

³ M. Chauvière, *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation* (2007 ; 2010) ; N. Matyjasik, M. Guenoun (dir.), *En finir avec le new public management* (2019).

⁴ S. Ponnou, *Le travail social à l'épreuve de la clinique psychanalytique* (2016) ; S. Ponnou, R. Wittorski, *Le travail de la relation. La recherche en travail social & santé dans les sciences de l'éducation* (2024).

⁵ F. Dubet, *Le déclin de l'institution* (2014) ; C. Melman, J.P. Lebrun, *L'Homme sans gravité : jouir à tout prix* (2005).

logiques gestionnaires et managériales, le NPM substitue la rentabilité et le profit aux principes fondateurs des missions de service public, contraignant les professionnels à des pratiques standardisées, réduisant les dispositifs de soin et d'éducation à une série de protocoles évaluables d'un point de vue comptable, afin d'en accroître la rentabilité. Le NPM a engendré une détérioration sans précédent du modèle social et du système de solidarité français, à commencer par des réductions de personnels, des fermetures de lits à l'hôpital, et des fermetures de services de santé... Selon la même logique, les modifications des règles de financement des organismes publics ou associatifs – tarification à l'activité, Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) – exercent une pression financière sans précédent sur les institutions, les équipes de directions et les cliniciens, au détriment de la qualité et de la pluralité des pratiques, et de l'offre de soin. L'écart entre la demande et l'offre de soin crée un effet ciseau, qui engendre des délais d'attente de 6 à 18 mois pour des consultations spécialisées, un déport des prises en charges hospitalières vers le secteur médico-social, et du médico-social vers l'école, sans que les moyens nécessaires en termes de compensation, d'accessibilité, de concertation, de formation et de travail pluridisciplinaire, pluriprofessionnel et inter-institutions ne soient mis en œuvre. D'où un nombre croissant d'enfants qui restent sans solution, à la maison, ou ne bénéficient que de modalités d'accompagnement ponctuel. Par ailleurs, les approches comptables et normatives caractéristiques du NPM ont conduit à une réification des pratiques, et à une perte de sens pour les cliniciens : le sentiment d'épuisement, les démissions prématurées, les difficultés de recrutement, la crise des vocations et des formations dans les métiers du médico-social sont les symptômes tenaces de cette perte de sens. De plus, le NPM a largement contribué à la privatisation et à la « plateformesisation » des institutions de santé, laissant de nombreux enfants et familles dans la difficulté, creusant les inégalités sociales d'accès au soin, et favorisant la privatisation latente de la santé mentale de l'enfant. Or, la privatisation des missions essentielles de service public est à l'origine des pires scandales sanitaires et médico-sociaux de ces dernières années, notamment dans le domaine du grand âge ou de la petite enfance⁶. Pour finir, le NPM est une aberration économique qui a contribué à l'augmentation des dépenses et de la dette publique sans profiter aux services de soin, aux professionnels, ni aux enfants, aux adolescents ou à leur famille.

b - Impasse de l'Evidence Based Medicine/Practice en travail social

Deuxième écueil : les approches gestionnaires appliquées aux différents domaines du soin imposent des approches numériques et statistiques de la pédopsychiatrie ou du handicap. La science est alors convoquée pour produire les savoirs systématiques et normés susceptibles de contribuer à la rationalisation des pratiques professionnelles. D'où la prolifération irraisonnée de l'*Evidence Based Medicine* et de l'*Evidence Based Practice* (EBM/P) appliquées à la santé mentale. D'où l'hégémonie de la psychiatrie biologique exclusivement centrée sur la recherche de biomarqueurs visant à caractériser les diagnostics pédopsychiatriques, et sur la mise au point de traitements biomédicaux/pharmacologiques susceptibles de traiter les enfants. Problème : l'*Evidence Based*

⁶ V. Castanet, *Les fossoyeurs : Révélations sur le système qui maltraite nos aînés* (2022) ; V. Castanet, *Les ogres* (2024) ; D. Gastaldi, M. Périsset, *Le prix du berceau : ce que la privatisation des crèches fait aux enfants* (2023).

Medicine et *Evidence Based Practice* se sont révélés tout à fait inconsistants dans le domaine de la santé mentale de l'enfant⁷.

De manière générale, chez l'adulte comme chez l'enfant, les recherches en psychiatrie biologique se sont orientées vers deux objectifs principaux : caractériser des marqueurs biologiques pour les différents diagnostics psychiatriques, et produire les thérapeutiques pharmacologiques associées à ces biomarqueurs. Or, en l'état actuel des connaissances scientifiques, les recherches en génétique et neurobiologie des troubles mentaux ont largement échoué : des années 1980 à nos jours, les connaissances scientifiques dédiées aux diagnostics psychiatriques ont considérablement progressé, mais la perspective de découvrir une causalité organique des troubles mentaux – à partir de laquelle il serait possible d'élaborer des thérapeutiques cibles – décline à mesure que les études progressent⁸. Ainsi, malgré des milliards de dollars investis et des décennies de recherches intensives :

- Il n'existe aucun test biologique susceptible de contribuer au diagnostic des troubles mentaux.
- Aucune nouvelle classe de médicaments psychotropes n'a été découverte depuis 50 ans, au point que l'industrie pharmaceutique a fermé depuis 2010 la plupart de ses départements consacrés à la recherche de nouveaux médicaments psychotropes.

Ces constats sont établis par des personnalités prestigieuses du monde scientifique au niveau international. Par exemple, dans un article intitulé *Medicine and the mind: the consequences of psychiatry's identity crisis*, paru dans la revue *The New England Journal of Medicine*, Gardner et Kleinman écrivaient en 2019 :

« Paradoxalement, bien que les limitations des traitements biologiques soient largement reconnues par les experts en la matière, le message qui prévaut pour le grand public et le reste de la médecine, est encore que la solution aux troubles mentaux consiste à faire correspondre le bon diagnostic au bon médicament. Par conséquent, les diagnostics psychiatriques et les médicaments psychotropes prolifèrent sous la bannière de la médecine scientifique, bien qu'il n'existe aucune compréhension biologique approfondie des causes des troubles psychiatriques ou de leurs traitements. Le problème n'est pas simplement une question d'intégrité scientifique et intellectuelle. Cet état de fait influence la formation des soignants et le remboursement des soins. Il nuit gravement aux patients et aux praticiens »⁹.

Comme l'indique François Gonon, neurobiologiste et directeur de recherche émérite au CNRS, la psychiatrie biologique est une bulle spéculative, une rhétorique de la promesse utilisée par le discours néolibéral et la puissance publique pour justifier de choix politiques scientifiquement contestables et socialement injustes¹⁰. Malheureusement, le discours scientifique souffre de telles distorsions et de tels biais que l'hégémonie de la psychiatrie biologique s'est imposée dans l'imaginaire collectif, dans

⁷ S. Ponnou, X. Briffault, F. Chave (2023).

⁸ F. Gonon, *Neurosciences : un discours néolibéral. Psychiatrie, éducation, inégalités* (2024) ; S. Ponnou et al., *op. cit.*, (2023).

⁹ C. Gardner, A. Kleinman, "Medicine and the mind. The consequences of psychiatry's identity crisis" (2019).

¹⁰ Gonon, *op. cit.* (2024).

les médias et dans les politiques publiques, tandis que les approches biomédicales de la santé mentale sont aujourd'hui largement remises en cause dans les publications scientifiques internationales – depuis plus d'une vingtaine d'années. Ainsi, l'illusion scientifique va de pair voire précipite l'échec des gouvernances de santé publique, d'éducation et de travail social déployées en France ces dernières décennies¹¹.

« **Mon Soutien Psy** » : un cas d'école

Le capitalisme et le scientisme ont progressivement été imposés par les pouvoirs publics comme des idéologies dominantes dans le champ du travail social. Qu'est-ce qu'une idéologie ? Un principe – de soin, d'éducation, d'intervention sociale – devient une idéologie lorsqu'il impose un acte ou une série d'actes professionnels indépendamment de la clinique. Autrement dit, lorsque l'acte prédéfinit et surplombe la clinique. Les idéologies ne sont pas seulement des théories ni des conceptions du monde mais des certitudes qui n'acceptent ni la critique, ni la contradiction. Elles reposent sur des généralités et altèrent la capacité du jugement des professionnels. L'idéologie se prend pour la vérité, exerce un état de domination et réduit de fait les espaces de débats entre les doctrines, les disciplines, les fonctions et les pratiques censées contribuer à l'action thérapeutique, éducative ou sociale.

Le dispositif *MonPsy* – devenu *Mon Parcours Psy* puis *Mon Soutien Psy* – est un exemple récent et emblématique de politique publique strictement orientée par le *New Public Management* et l'*Evidence Based Medicine* dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale¹². Il témoigne des incohérences politiques, des collusions entre recherche et instances de pouvoir, des distorsions et des conflits d'intérêts, de la méconnaissance pratique et du degré de malhonnêteté scientifique à l'œuvre dans l'un des programmes phares de l'*Evidence Based Medicine/Practice* en santé mentale déployés par les gouvernements successifs dans les années 2020.

En effet, la santé mentale des français – tout particulièrement des plus jeunes et des plus vulnérables – s'est considérablement dégradée au fil des décennies. Cette détérioration s'est accentuée après les mesures de confinement décidées au moment de la crise COVID. Cependant, elle reste d'abord l'effet de l'indigence des politiques publiques déployées ces dernières années dans les différents domaines du soin, de l'éducation et du travail social. Ainsi, de nombreux rapports documentent de longue date la dégradation de la santé mentale en France¹³ : rapport 2016 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) sur la santé des jeunes, rapport 2016 de l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS), rapports de la Cours des Comptes sur l'offre de soin (2021) et sur la pédopsychiatrie (2023), rapport 2021 du Défenseur des Droits sur la santé mentale et le bien-être des enfants, rapport 2022 du Haut Conseil pour la Santé Publique (HCSP) sur les professionnels de santé et l'offre de soin, rapport 2023 et 2025 du Haut Conseil de l'Enfance, de la Famille et de l'Âge (HCFEA) sur la santé mentale de

¹¹ Gonon, *ibid.*(2024).

¹² Pour une revue systématique des impasses du dispositif *MonPsy*, voir S. Ponnou, « Les fondamentaux de la pratique des psychologues : réponse de Sébastien Ponnou aux annonces de M. Franck Bellivier dans L'Express » (2025).

¹³ S. Ponnou, X. Briffault, F. Chave, *op. cit.* (2023).

l'enfant¹⁴... Ces institutions dénoncent une offre pédiatrique, pédopsychiatrique, psychiatrique et médico-sociale en net recul, qui ne permet plus d'accueillir les demandes de soin dans des délais raisonnables et de manière satisfaisante. Elles pointent l'incurie et l'absence de volonté politique des gouvernements successifs – au-delà des discours et des effets d'annonce. La situation de l'hôpital et de l'ensemble des acteurs du champ médico-social est altérée, avec des effets délétères sur la santé mentale et le devenir de la population.

Face à une telle situation, qu'ont fait les pouvoirs publics ? Plutôt que d'abonder les moyens des institutions scolaires, sociales, médico-sociales et sanitaires qui se sont structurées en France dans l'efficace des années 1950-70, ils ont poussé plus avant la libéralisation du traitement de la souffrance psychique en déployant le dispositif *Mon Soutien Psy*, qui visait l'accès gratuit à des soins psychothérapeutiques en libéral. Sur le principe, l'intention semblait louable. Mais très vite, *Mon Soutien Psy* s'est avéré l'un des plus grands camouflets des politiques publiques de santé déployé ces dernières années – l'exemple de ce qu'il ne faudrait pas faire – et a réussi à mobiliser contre lui l'ensemble de la sphère politique, des branches professionnelles et universitaires.

Dès les années 2021-2022, le dispositif est pensé de manière unilatérale et descendante par la délégation ministérielle à la psychiatrie et à la santé mentale porté par le professeur Franck Bellivier, bien connu pour ses travaux en psychiatrie biologique. Le projet n'associe ni les personnes concernées, ni les psychologues, ni les professionnels de la psychiatrie et du médico-social, ni les organisations représentatives ou les principales institutions du secteur. Le résultat ne se fait pas attendre : levée de boucliers des syndicats, des associations, des universitaires de la psychologie et de l'ensemble des champs psychiatrique, éducatif et médico-social. Les pétitions et les forums se multiplient, si bien que dès ses premières semaines d'existence, le dispositif *MonPsy* a mobilisé contre lui des milliers de praticiens, tandis que l'Assurance Maladie peinait à convaincre les professionnels de rejoindre ses listes. Il faut dire que les coups portés à la fonction de psychologue étaient sans précédent : la mise en œuvre du dispositif était accompagnée d'un avis de l'Académie de Médecine plaidant pour une para-médicalisation du métier de psychologue – sans que cet avis ne soit motivé ni scientifiquement argumenté. La diversité et la pluralité des pratiques au fondement du titre et de la profession étaient battues en brèche pour des motifs fallacieux d'efficacité¹⁵, tandis que le prix des séances était porté à 30 euros, témoignant du peu de considération pour le travail engagé. Mais le désaveu le plus cinglant est venu des patients. Ainsi, les résultats obtenus après 5 mois d'existence du dispositif se sont révélés particulièrement décevants : au 31 août 2022, 30682 personnes ont eu recours au dispositif *Mon Psy* auprès de 1813 praticiens, pour un total de 94691 séances... Soit une moyenne d'à peine 3 patients par mois et par praticien,

¹⁴ Rapport de l'INSERM sur la santé des jeunes (2016) ; le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (2018) ; les rapports de la Cour des Comptes sur l'offre de soin (2021) et sur la pédopsychiatrie (2023) ; rapport du Défenseur des Droits sur la santé mentale et le droit au bien-être des enfants (2021) ; le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sur les professionnels de santé et offre de soins pour les enfants (2022) ; le rapport HCFEA dédié à la santé mentale de l'enfant. Sans compter les multiples tribunes et alertes des associations de familles et de professionnels du secteur.

¹⁵ S. Ponnou, X. Briffault, F. Chave, *op. cit.* (2023).

et de 3 séances par patient, soit une absence d'accroche et de persévérance dans le dispositif¹⁶.

Face à l'échec annoncé, *MonPsy* devient *Mon Parcours Psy*, mais le bilan de la première année reste catastrophique – inconsistance qui trouvera un large écho dans les médias. Par exemple, sur France-Inter :

« Tout est à revoir de fond en comble : un an après, le dispositif *Mon Parcours Psy* est un flop. Le dispositif *Mon Parcours Psy* s'avère un immense échec, un an après sa mise en place. Peu de psychologues y participent, la plupart des professionnels le boycottent et très peu de patients ont pu en profiter »¹⁷.

Les publications de ce type fleurissent par dizaines, bientôt relayées par la représentation nationale. Ainsi, l'adresse au ministre de la santé du sénateur Les Républicains Pierre Charon ou de la sénatrice du Parti Communiste Français Laurence Cohen :

« Lancé en avril 2022, le bilan est faible au bout d'un an. [...] Cet échec s'explique en partie par le faible nombre de psychologues qui ont accepté de se conventionner. [...] Dès l'annonce de ce dispositif [...], le syndicat national des psychologues (SNP) [indiquait que] "ce dispositif méprise les psychologues [et les conduit] à travailler dans des conditions qualitatives très amoindries [...] laissant les personnes les plus précaires [...] face à leur souffrance psychique" »¹⁸.

« Un an après son lancement [...] le bilan démontre que le dispositif est inopérant. Considérant qu'il n'est ni adapté aux réalités du métier, ni aux besoins des patientes et des patients, une majorité de la profession de psychologue demande son abrogation. [La sénatrice demande au gouvernement d'] envisager l'abrogation du dispositif *Mon Parcours Psy* et [d']étudier avec les professionnels de terrain la mise en place d'une nouvelle convention de remboursement, respectueuse de la déontologie des psychologues, des patients et des professionnels »¹⁹.

La deuxième année de *Mon Parcours Psy* n'est guère plus satisfaisante, et ses écueils encore largement relayés dans les médias. Ces constats d'échec répétés et partagés contraignent les pouvoirs publics à revoir leur copie pour tenir compte des orientations soutenues par les associations de professionnels. Avec le temps, le dispositif s'ouvre aux enfants, la durée de prise en charge passe de 8 à 15 séances remboursées, l'obligation d'adressage par un médecin est abandonnée. Et *Mon Parcours Psy* change encore de nom, pour devenir *Mon Soutien Psy*. Au 1^{er} avril 2025, soit après quasiment trois années d'existence (données datées du 28 février 2025, soit 34 mois depuis avril 2022), le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles publiait le rapport du Gouvernement au Parlement, et là encore, les chiffres étaient loin d'être probants : 5217

¹⁶ Sources extraites du Système National des Données de Santé publiées par le HCFEA : rapport HCFEA dédié à la santé mentale de l'enfant https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_sme_rapport_13032023.pdf et annexes https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_sme_annexes_13032023.pdf

¹⁷ <https://www.radiofrance.fr/franceinter/tout-est-a-revoir-de-fond-en-comble-un-an-apres-le-dispositif-mon-parcours-psy-est-un-flop-1281805>

¹⁸ La déclaration intégrale du sénateur Charon est disponible via le lien suivant : <https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230406464.html>

¹⁹ La déclaration intégrale de la sénatrice Cohen est disponible via le lien suivant : <https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230506733.html>

psychologues conventionnés – chiffre contesté par les représentants des psychologues, qui seraient nombreux à souhaiter sortir du dispositif – 586858 patients ayant bénéficié d'un suivi psychologique, pour 3,1 millions de séances réalisées²⁰. Rapporté à 34 mois d'existence, cela revient en moyenne à 3 patients par mois et par professionnel, et une moyenne de 5 séances par patient, soit un problème récurrent de persistance dans le dispositif malgré l'allongement du remboursement des soins et des campagnes de promotion intensives. Même le Premier Ministre Gabriel Attal reconnaît l'échec de l'entreprise.

Il faut dire que *Mon Soutien Psy* partait avec un sérieux handicap : au-delà du passage en force et des questions de concertation, le dispositif reposait sur des présumés et des choix stratégiques très contestables, témoignant de la méconnaissance des fondements des soins psychothérapeutiques :

- Le soin psychothérapeutique, s'il peut être orienté, ne peut d'aucune manière être prescrit. La psychothérapie – quelle que soit la formation, la pratique ou la technique du clinicien – est toujours fonction de coordonnées transférentielles qui ne s'écrivent pas sur ordonnance.
- Poser la para-médicalisation du métier de psychologue comme condition nécessaire au remboursement relevait à la fois du mépris de la fonction et de ses institutions.
- Contrairement aux effets d'annonce, *Mon Soutien Psy* ne contribue d'aucune manière à la création de l'offre de soin puisque les professionnels intégrant le dispositif doivent pouvoir témoigner de leur expérience dans la fonction – autrement dit être déjà en exercice et contribuer de fait au soin des patients. Il ne s'agit donc pas d'abonder l'offre de soin – qui fait cruellement défaut – mais de la rendre accessible.
- La gratuité des soins psychothérapeutiques existe de longue date en France, dans les institutions de référence que constituent les CMP et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP), soutenues par un travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnel au bénéfice des patients. Dès lors, pourquoi ne pas renforcer en priorité ces dispositifs de première intention, qui ont fait la preuve de leur savoir-faire en termes de soin et d'accompagnement des patients ? C'est ce que suggère le député *Nouveau Front Populaire* Emmanuel Fernandes, lorsqu'il fait remarquer au Parlement le 25 mars 2025 que le financement alloué au dispositif *Mon Soutien Psy* s'avère sans surprise incapable « de répondre aux besoins psychiques réels de la population [mais aurait permis] de financer 2500 postes de psychologues en CMP, permettant ainsi de soulager ces centres et d'offrir une prise en charge réellement gratuite et adaptée pour toutes et tous »²¹. Un mésusage des fonds alloués aux établissements publics et médico-sociaux d'autant plus incompréhensible que dans son rapport au Parlement, le Gouvernement plaide pour un accroissement du travail en partenariat/réseau, qui est le propre de ces institutions.
- Enfin, le dispositif *Mon Soutien Psy* tel qu'il a été pensé par Franck Bellivier implique une réduction des pratiques psychothérapeutiques aux seules

²⁰ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mon_soutien_psy.pdf

²¹ Assemblée nationale, <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/questions/QANR5L17QE5371> (2025).

approches standardisées – *Evidence Based* – excluant de fait la plupart des courants psychothérapeutiques qui constituent une spécificité et une richesse de la culture des soins psychiques en France – de la psychanalyse aux pratiques psychodynamiques et cliniques, en passant par les approches systémiques, les thérapies groupales et familiales, etc., et réduisant mécaniquement une offre de soin déjà exsangue, et remettant gravement en cause le principe de libre choix du mode de soin qui échoit aux patients comme aux professionnels.

Mon Soutien Psy, dans son principe, aurait pu être une bonne idée – comme il en va généralement de tout accès au droit ou au soin. Mais il cristallise aujourd’hui le malaise touchant au *New Public Management* des politiques de soin, d’éducation et du travail social, et témoigne de l’asservissement du discours scientifique – ou plutôt scientifique – aux impératifs de gestion²².

Cliniques en travail social

Face à l’hégémonie des cadres idéologiques et normatifs du *New Public Management* et de l’*Evidence Based Medicine/Practice*, comment subvertir les discours communs et réintroduire la contradiction, le dissensus et la conversation si nécessaires à une appréhension fine de la complexité des situations et des pratiques en travail social ? Par le détour de la clinique d’une part, des savoirs d’autre part, dont l’articulation et la mise en tension permet de soutenir les enjeux fondamentaux touchant aux pratiques, aux institutions et aux formations du travail social.

La clinique en travail social se définit comme l’art d’orienter la pratique à partir des matériaux qui se font jour dans la rencontre, de manière à structurer les dispositifs institutionnels et la relation éducative, thérapeutique ou sociale comme espace de composition et d’émancipation à l’usage de l’enfant²³. La clinique met en lumière la complexité des enjeux auxquels les travailleurs sociaux sont confrontés, sans cesse tiraillés entre leur fonction de protection et d’émancipation, la commande ou les normes sociales et le désir du sujet, l’organisation institutionnelle et le temps propre à chacun, la collectivité et les singularités. En ce sens, la clinique a toujours joué un rôle central dans les pratiques socio-éducatives, de sorte qu’elle constitue avec le droit, les institutions et le savoir, l’un des pôles fondamentaux et structurants du travail social²⁴. Développée en médecine depuis l’Antiquité, l’approche clinique s’est étendue à l’ensemble des disciplines des sciences humaines et sociales dans la seconde moitié du XX^e siècle.

²² D’autres exemples auraient pu être mis en avant pour illustrer les apories du NPM et de l’*Evidence-Based Medicine* appliquée aux différents domaines du travail social. Toujours dans le champ de la psychiatrie, voir notamment les distorsions scientifiques, les manipulations médiatiques et politiques, ainsi que les conflits d’intérêts à l’œuvre quant au déploiement et à la généralisation des Centres Experts de la Fondation FondaMental, quand bien même cet institut de droit privé ne dispose d’aucune compétence en termes de soin, et qu’après plus de 15 ans d’existence, il n’a permis aucune avancée en termes de recherche et n’a fait que renforcer la plateformes de la psychiatrie. Lire notamment : S. Ponnou, *Centres Experts et Fondation FondaMental : lobbying unchained* (2025) ; S. Foucart, « La communication de la Fondation FondaMental épinglée pour embellissement de résultats scientifiques » (2025) ; F. Gonon, H. Gouraud, A. Gillibert, B. Falissard, L. Cosgrove, K.P. Kepp F., Naudet « Advocacy by nonprofit scientific institutions needs to be evidence-based: a case study. *SSM-Mental ealth* » (2025).

²³ S. Ponnou, *op. cit.* (2016) ; S. Ponnou, C. Niewiadomski, *op. cit.* (2020).

²⁴ M. Chauvière, Préface. In S. Ponnou, C. Niewiadomski, *ibid.* (2020).

Reconnue comme champ propre en psychologie, sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation et même en droit, elle revêt aujourd'hui un caractère polysémique en fonction des prismes théoriques, praxéologiques, méthodologiques, ou des terrains de recherche auxquels elle s'applique. Dans le champ du travail social, cette richesse se traduit par une diversité de pratiques et d'approches susceptibles de contribuer au soin, à l'éducation et à l'accompagnement des personnes les plus vulnérables : psychanalyse, pratiques psychodynamiques, psychothérapie institutionnelle, ethnopsychiatrie, médiations thérapeutiques, art-thérapie, psychodrame, pratiques d'atelier, thérapies familiales et groupales, groupes de parole, etc. Sociologie compréhensive, interactionniste, pragmatique, sociologie clinique, etc. Sans oublier l'héritage des grandes figures de la pédagogie : mouvement d'éducation populaire, éducation nouvelle, pédagogie institutionnelle et pratiques d'éducation spécialisée, ainsi que les formes mixtes – pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles – qui abondent la richesse des dispositifs susceptibles de répondre à la complexité des problématiques sociales. Ces différentes approches bénéficient d'une solidité théorique, d'un ancrage praxéologique, de dispositifs de formation spécifiques, ainsi que de structures institutionnelles et associatives susceptibles d'en favoriser l'essor. Elles disposent également d'une reconnaissance scientifique à même de soutenir leur déploiement par les pouvoirs publics.

La clinique est le lieu de débat et de conversation épistémologique, puisque chaque détail et situation ouvre sur une pluralité d'hypothèses et d'interprétations, soit un maillage à l'appui duquel le sujet pourra soutenir un travail de composition dans son rapport à lui-même, à son corps, aux autres, aux savoirs, à la culture et au lien social. Au-delà de leurs orientations spécifiques, les pratiques cliniques reposent sur des fondements et des perspectives transversales :

- Une conception de la personne accompagnée comme sujet de parole et de droit, qui ne saurait se réduire à aucun déterminisme biologique, psychologique ou social ;
- Ces pratiques se fondent sur la prise en compte de la relation thérapeutique ou éducative comme socle d'intervention et d'accompagnement ;
- Ces approches ont en commun de se fonder sur des pratiques de parole et de médiation qui favorisent l'inscription du sujet dans la culture, les savoirs et le lien social ;
- Les pratiques sociales se soutiennent d'une éthique de la singularité, du cas par cas et du « sans commune mesure », que le patient soit accueilli de manière individuelle ou collective ;
- Les pratiques cliniques sont sensibles aux détails, elles reposent sur l'accueil du sujet, de sa parole, de ses objets, de ses énigmes et de ses symptômes entendus au-delà de leur caractère dérangentant ou pathologique – comme un mode de dire ;
- Ces approches sont la garantie d'un travail qui tienne compte de la situation familiale, sociale et environnementale ;
- Ces différentes pratiques reposent sur les trouvailles et les inventions qui se font jour dans la rencontre. Le terme d'« invention » épingle ce que la langue commune désigne sous les termes de soin, ou d'éducation, sauf qu'il ne part pas des exigences, des prédicats ou des normes sociales mais du travail de

composition du sujet, ce qui bien sûr, engage une façon radicalement différente de concevoir les pratiques.

La clinique dispose également de ses instances et de ses espaces : les entretiens individuels, le quotidien, les ateliers, les activités, les démarches administratives et les accompagnements extérieurs, les temps scolaires, pédagogiques, les stages et la formation professionnelle, etc. qui eux-mêmes se décomposent en une multitude de strates cliniques. Par exemple pour la clinique du quotidien : clinique du lever, du coucher, clinique des temps de repas, clinique de l'intime, etc. Chaque typologie clinique se décline encore selon le type de public et ses particularités : les problématiques et les savoir-faire convoqués varient considérablement selon que les professionnels s'adressent à de jeunes enfants placés en Maison d'Enfants à Caractères Sociales (MECS), à des adolescents en Institut Thérapeutique, Éducatif ou Thérapeutique (ITEP), ou à des adultes poly-handicapés en Foyer d'Accueil Médicalisé (MAS). Sans compter que cette granularité clinique est irréductible à la singularité de chaque sujet et de la relation qu'il tisse avec les praticiens qui l'accompagnent.

Les approches cliniques en travail social appellent des pratiques particulièrement exigeantes puisqu'elles n'impliquent pas seulement – parmi d'autres considérations pratiques, institutionnelles, politiques – de tenir compte de ce que dit et manifeste chaque sujet dans l'espace de la rencontre éducative, mais bien de remanier ces pratiques, ces dispositifs institutionnels, les formations, les politiques publiques ou les savoirs à partir des enjeux à l'œuvre dans la clinique.

Autre ligne de force : la clinique se définit à la fois comme pratique, comme pédagogie et méthode de recherche – nourrissant ainsi ses modalités propres d'élaboration, d'exercice, de transmission et de renouvellement²⁵. Du point de vue des pratiques, la clinique se caractérise par la pluralité de ses prismes d'intervention dont la liste ci-dessus ne constitue qu'un échantillon représentatif. D'un point de vue pédagogique, elle est largement mise en œuvre dans les formations professionnelles du travail social, de l'éducation et du soin, à travers les dispositifs de stage et d'alternance, les espaces d'analyse des pratiques et les multiples modules et objets de formation basés sur l'analyse et les comptes rendus d'expérience, quelles que soient les réformes et l'évolution des cadres de formation. Enfin, la clinique comme méthode de recherche nourrit la création de vastes *corpora* et données dans de nombreuses disciplines des sciences humaines et sociales. Au-delà du fameux « cas clinique » qui reste la forme méthodologique la plus classique, de nombreux outils contribuent aujourd'hui à la recherche clinique en sciences humaines et sociales : observation participante, recherche-action, enquête ethno-anthropologique de terrain, techniques d'entretien, etc.

Bref, loin des protocoles standards et des dispositifs prêt-à-porter, la clinique en travail social préserve et cultive les lieux et les liens susceptibles de contribuer au soutien des sujets en souffrance et des populations les plus vulnérables. Elle s'inscrit conjointement dans une perspective praxéologique, pédagogique et de recherche. Elle appelle l'articulation de différents registres de savoirs et le déploiement d'une conversation épistémologique susceptible d'en soutenir la richesse et les fondements.

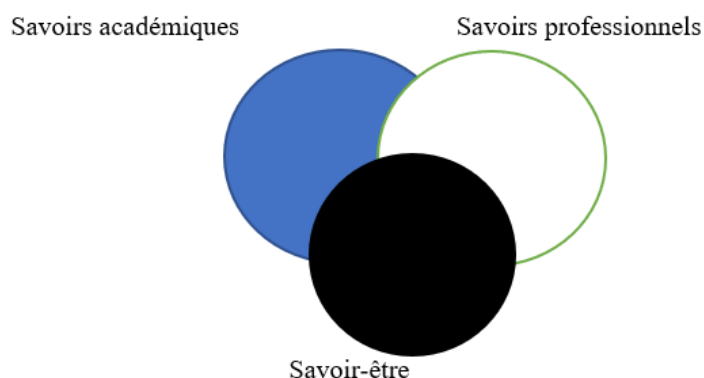
²⁵ M. Foucault, *Naissance de la clinique* (1963).

Cliniques en travail social, typologie des savoirs et épistémologies

La complexité des situations cliniques et des pratiques en travail social appelle l'articulation et la mise en conversation d'une pluralité de registres de savoirs :

- Les savoirs académiques – si l'on s'en tient aux principales disciplines contributives du travail social : anthropologie/ethnologie, droit, économie, médecine, philosophie, politique, psychologie, sciences de l'éducation, sociologie, etc.
- Les savoirs d'expérience, les pratiques et les savoir-faire, autrement dit les savoirs professionnels.
- Enfin les savoirs touchant aux domaines de l'intime, de l'être, de l'*humus* humain²⁶ qui fait le matériel fondamental de la rencontre éducative, thérapeutique, et de la relation d'aide en travail social²⁷.

L'on retrouve dans cette partition le triptyque classique : savoir, savoir-faire et savoir-être qui tisse les différents registres de connaissances susceptibles d'être mobilisés dans le cadre des pratiques sociales, sans préjuger d'aucune hiérarchie entre ces différents types de savoirs. Un premier niveau de conversation épistémologique s'élabore donc à partir de cette partition :

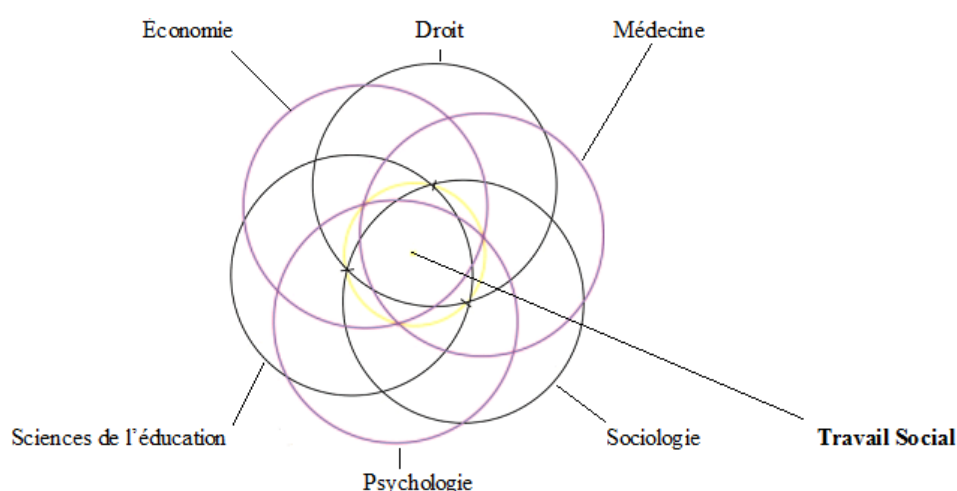


Chaque typologie de savoir dispose de ses logiques, de ses espaces de formation et de ses instances propres : à l'université, dans les écoles de travail social, dans les institutions, et jusque sur le divan, pour ce qui concerne les savoirs de l'intime et de l'inconscient.

Un deuxième niveau de conversation épistémologique concerne chaque type de savoir. Par exemple, les savoirs académiques constituent autant de références susceptibles d'éclairer la complexité des problématiques sociales et des pratiques professionnelles :

²⁶ « Le savoir désigné par Freud de l'inconscient, c'est ce qu'invente l'humus humain pour sa pérennité d'une génération à l'autre ». J. Lacan, *Autres écrits* (2001) p. 133, p. 311.

²⁷ C'est notamment pour cette raison que Freud, préfaçant l'ouvrage de Aichhorn, recommandait aux éducateurs de se soumettre à l'analyse, c'est-à-dire de la vivre « à même leur corps ». A. Aichhorn, *Jeunes en souffrance. Psychanalyse et éducation spécialisée* (1925 ; 2002).



Au sein de chaque discipline, il conviendrait de distinguer encore les théories, les paradigmes et les concepts à même de contribuer à la pratique, à la formation et à la recherche en travail social – certains concepts, paradigmes et théories étant mobilisées de fait au sein de disciplines distinctes, comme autant de ponts épistémologiques et de contributions à une approche pluridisciplinaire du travail social.

Une troisième strate méthodologique concerne la pluriprofessionnalité à l'œuvre dans les pratiques, puisque toute problématique sociale est nécessairement abordée selon la diversité des fonctions qui tissent le maillage des métiers du secteur : médecin, psychologue, éducateur(trice), enseignant(e), infirmier(ère), assistant(e) de service social, maîtresse de maison, lingère ou personnel d'entretien, secrétariat et équipe de direction, partenaires, etc. Comme autant de prismes d'intervention qui se superposent aux orientations praxéologiques et théoriques qui peuvent faire trame ou dissensus au sein de l'institution. Et précisément, l'institution a pour fonction de garantir la possibilité d'une conversation fructueuse entre ces différents professionnels, au bénéfice des personnes accueillies et du travail d'accompagnement.

Cette conversation s'avère d'autant plus nécessaire qu'elle se noue à compter d'un quatrième terme : la singularité de chacun ! Car les prismes théoriques et praxéologiques sont soumis à l'interprétation d'une irréductible subjectivité qui détermine sinon oriente le rapport au savoir, à la pratique et au métier. Le sujet considéré dans ses dimensions historiques, inconscientes et transférentielles constitue le matériel élémentaire à compter duquel se structurent la clinique, les pratiques, les débats, les disputes, les controverses et les décisions qui émaillent le quotidien des équipes dans les différents domaines du travail social.

L'on retrouve ici les trois registres à l'appui desquels les praticiens, les équipes, les directions, les formateurs, les chercheurs doivent sans cesse arbitrer :

- L'universel des savoirs – le « pour tous » des théories, des idéologies et des grandes conceptions du monde.
- Le particulier, qui concerne les savoirs d'expérience ou des catégories professionnelles – par exemple les particularités des savoir-faire des éducateurs spécialisés, spécifiques aux « quelques-uns » qui exercent cette profession. Ou encore la particularité des pratiques déployées en protection de l'enfance ou

auprès d'enfants autistes en institution. Le particulier n'a rien à voir avec le discriminatoire, c'est l'idée d'adapter la pratique à une situation particulière.

- Enfin le singulier, qui concerne chaque « Un » de manière irréductible, et chaque situation ou rencontre « sans nulle autre pareille ». Par exemple, le savoir singulier qui se fait jour dans la rencontre éducative.

Une dernière remarque concernant les épistémologiques cliniques : la richesse épistémologique à l'œuvre dans le domaine du travail social – et *a fortiori* dans les différentes pratiques cliniques en travail social – ne doit pas occulter les spécificités théoriques et praxéologiques de chaque approche. Par exemple, dans le champ de la psychanalyse lacanienne, la clinique s'articule à compter de cinq concepts majeurs²⁸ :

- *L'inconscient* comme discours de l'Autre, choix forcé, savoir énigmatique et en attente, dont le clinicien se fait script ou secrétaire²⁹ ;
- *Le transfert*, soit le lieu et le lien à compter duquel s'engagent le travail analytique et le travail de soin, d'éducation ou de travail social ;
- *Le symptôme* considéré dans ses dimensions pulsionnelle et langagière – comme fixation de jouissance et mode de dire³⁰ ;
- *Le réel* défini par Lacan comme « impossible à supporter »³¹, qui selon la structure du sujet, oriente les managements du transfert, autrement dit les interventions du clinicien ;
- *L'éthique* – éthique et singularité. Pour reprendre l'expression de Jacques-Alain Miller : « la règle : il n'y a que des exceptions à la règle »³².

D'autres concepts pourraient encore être mobilisés dans ce corpus particulier : subjectivité, langage, parole et théorie du signifiant, jouissance, articulation des dimensions Réel-Symbolique-Imaginaire, etc. Leur principale fonction consiste à structurer la pratique, orienter l'agencement du matériel clinique – et réciproquement, les concepts se trouvent remaniés, réinterprétés et subvertis à travers chaque cure, de telle sorte que le savoir psychanalytique progresse toujours contre le savoir psychanalytique, à l'appui de la clinique. Ainsi les témoignages de cures et les cas cliniques constituent à la fois le matériel fondamental et la condition même de tout progrès épistémologique. D'où la nécessité – dans le champ de la psychanalyse, mais cela semble aussi s'appliquer au travail social – de faire vivre cette clinique, la dire, l'écrire, la soumettre à la conversation, la transmettre. Entendu que le cas clinique n'est pas l'enfant, le sujet, la personne accompagnée... Mais le clinicien lui-même, sa pratique, sa technique, son éthique, ses interprétations, ses choix et sa créativité.

Ouverture : entre clinique et savoirs, les fondements contemporains du travail social

La prégnance des discours capitalistes et scientistes dans les politiques publiques engagées ces dernières décennies en France ont contribué à une mise à mal continue des

²⁸ S. Ponnou, *op. cit.* (2016).

²⁹ J.A. Miller. *L'orientation lacanienne*. 1, 2, 3, 4. (1984-1985).

³⁰ C. Soler, « La politique du symptôme » (1998) p. 71-76.

³¹ J. Lacan, « Ouverture de la section clinique » (1977), p. 7-14.

³² J.A. Miller, « Le rossignol de Lacan » (2008), p. 80-95.

institutions et des pratiques sociales, avec des effets délétères auprès des bénéficiaires et des professionnels.

De la même manière, les remaniements à l'œuvre dans l'étoffe symbolique du lien social produisent des modifications des rapports du sujet à lui-même, aux autres, au lien social, à la jouissance et à la pulsion de mort. Mais ces remaniements n'altèrent pas nécessairement les fondements ni les références traditionnelles du travail social – le droit, les institutions, les savoirs, la clinique, etc. Dès lors, faire fond sur les trésors de la clinique et des savoirs pour soutenir la richesse des pratiques, des dispositifs institutionnels, des formations et de la recherche en travail social ne constitue certes pas une proposition originale, mais elle porte en germe les pouvoirs de la subversion si nécessaires au travail social contemporain.

Références bibliographiques

- AICHHORN A., (1928), 2002, *Jeunes en souffrance. Psychanalyse et éducation spécialisée*. Nîmes, Champ social éditions.
- ASSEMBLEE NATIONALE (2025), <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/questions/QANR5L17QE5371>
- CASTANET V., 2022, *Les fossoyeurs : Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*, Paris, Fayard.
- CASTANET V., 2024, *Les ogres*, Paris, Flammarion.
- CHAUVIERE M., 2020, Préface. In Ponnou, S., Niewiadomski, C. dir. (2020). *Pratiques d'orientation clinique en travail social*, Paris, L'Harmattan.
- CHAUVIERE M., 2007, *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*, Paris, La Découverte.
- DUBET F., 2014, *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil.
- FOUCART S., 2025, La communication de la Fondation FondaMental épinglée pour embellissement de résultats scientifiques. *Le monde* du 3 juin 2025. En ligne : https://www.lemonde.fr/sciences/article/2025/06/03/la-communication-de-la-fondation-fondamental-epinglee-pour-embellissement-de-resultats-scientifiques_6610297_1650684.html
- FOUCAULT M., 1963, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.
- GARDNER C., KLEINMAN A., 2019, "Medicine and the mind—the consequences of psychiatry's identity crisis", *New England Journal of Medicine*, 381(18), 1697-1699.
- GASTALDI D., PERISSE M., 2023, *Le prix du berceau : ce que la privatisation des crèches fait aux enfants*, Paris, Le Seuil.
- GONON F., 2024, *Neurosciences : un discours néolibéral. Psychiatrie, éducation, inégalités*, Nîmes, Champ social Editions.
- GONON F., GOURAUD H., GILLIBERT A., FALISSARD B., COSGROVE L., KEPP K. P., NAUDET F., 2025, "Advocacy by nonprofit scientific institutions needs to be evidence-based: a case study", *SSM-Mental Health*, 100464.
- GILGUN J. F., 2005, "The four cornerstones of evidence-based practice in social work", *Research on Social Work Practice*, 15(1), 52-61.
- LACAN J., 1977, « Ouverture de la section clinique ». *Ornicar ?*, (9), p. 7-14.
- LACAN J., 2001, *Autres écrits*, Paris, Seuil.
- MELMAN, C., LEBRUN, J.-P., 2005, *L'Homme sans gravité : jouir à tout prix*, Paris, Gallimard, Folio Essais.

Sébastien Ponnou

MC NEECE C. A., THYER B. A., 2004, “Evidence-based practice and social work”, *Journal of evidence-based social work*, vol. 1, n°1, 7-25.

MILLER J.-A., 1984-1985, *L'orientation lacanienne. 1, 2, 3, 4*. Inédit, 1984-1985. En ligne : www.jonathanleroy.be/2016/02/orientation-lacanienne-jacques-alain-miller, consulté le 10-01-2014.

MILLER J. A., 2008, « Le rossignol de Lacan », *La cause freudienne*, 69(2), p. 80-95.

MATYJASIK N., GUENOUN M. dir., 2019, *En finir avec le new public management*, Paris, Institut de la gestion publique et du développement économique.

PONNOU S., 2025, Centres Experts et Fondation FondaMental : lobbying unchained. ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES FREUDIENS

<https://www.psychologuesfreudiens.org/post/centres-experts-et-fondation-fondamental-lobbying-unchained>

PONNOU S., 2025, *Les fondamentaux de la pratique des psychologues : Réponse de Sébastien Ponnou aux annonces de M. Franck Bellivier dans L'Express. Psychologues Freudiens*. En ligne : <https://www.psychologuesfreudiens.org/post/les-fondamentaux-de-la-pratique-des-psychologues-r%C3%A9ponse-de-s%C3%A9bastien-ponnou-aux-annonces-de-m-fra>

PONNOU S., 2016, *Le travail social à l'épreuve de la clinique psychanalytique*, Paris, L'Harmattan.

PONNOU S., BRIFFAULT X., CHAVE F., 2023, *Le silence des symptômes. Enquête sur la santé mentale et le soin des enfants*, Nîmes, Champ Social Éditions.

PONNOU S., NIEWIADOMSKI C. dir., 2020, *Pratiques d'orientation clinique en travail social*, Paris, L'Harmattan.

PONNOU S., WITORSKI R., 2024, *Le travail de la relation. La recherche en travail social & santé dans les sciences de l'éducation*, Nîmes, Champ social Editions.

PROCTOR E.-K., 2002, “Social work, school violence, mental health, and drug abuse: a call for evidence-based practices”, *Social Work Research*, vol. 26, n°2, 67-69.

REYNOLDS S., 2008, *Evidence-based practice: a critical appraisal*, John Wiley & Sons.

SHELDON B., 2001, “The validity of evidence-based practice in social work: A reply to Stephen Webb”, *The British Journal of Social Work*, 31(5), 801-809.

SOLER C., 1998, “La politique du symptôme”, *Quarto, Paris*, (65), p. 71-76.

WEBB S.-A., 2001, “Some Considerations on the Validity of Evidence-Based Practice in Social Work”, *British Journal of Social Work*, vol. 31, n°1, 57-79.

Rapports

Rapport de l'INSERM sur la santé des jeunes (2016)

<https://www.education.gouv.fr/mission-bien-etre-et-sante-des-jeunes-6518>

Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (2018)

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article735>

Rapport de la Cour des Comptes sur l'offre de soin (2021)

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>

Rapport de la Cour des Comptes sur la pédopsychiatrie (2023)

Clinique et épistémologie des savoirs

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-pedopsychiatrie>

Rapport du Défenseur des Droits sur la santé mentale et le droit au bien-être des enfants (2021)

<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2021/11/rapport-annuel-enfant-sante-mentale-le-droit-au-bien-etre>

Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sur les professionnels de santé et offre de soins pour les enfants (2022)

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1247>

Rapport HCFEA sur la santé mentale de l'enfant

https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_sme_rapport_13032023.pdf

Annexes https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_sme_annexes_13032023.pdf