

## Du Remaillage à la Transcendance Ou comment le contre transfert passe à coté Dans L'autisme

Abassi Maa

Université Badji-Mokhtar Annaba

### Résumé

L'auteur s'autorise à traiter l'attaque des liens et des dispositifs institutionnels, Le contre transfert se manifeste par des attitudes de destructivité accrues par les effets des phénomènes de groupe. L'autisme comme indicateur de l'option institutionnel légitimant ces dysfonctionnements. Nous donnerons à entendre ce mouvement au travers d'une situation d'intervention en institution par la mise en œuvre des espaces autoréflexifs, et comment à partir du remaillage réaliser la prime narcissique et le professionnalisme au sein des institutions.

**Mots clés :** l'autisme ,le contre transfert, l'autoréflexivité, remaillage.

### ملخص

تطرق صاحب المقال للتهديدات المؤسساتية في إطار التكفل العلاجي لاضطراب التوحد و التي يؤدي إلى تطوير التحويل المضاد و الإسقاطات السلبية . و لتجنب هذه الوضعيات التثاء التكفل يجب أن يرافق الفريق العلاجي المتعدد التخصصات بتحليل الممارسة النفسية بإشراف من المسئول البيداغوجي و الحائز على التخصص المناسب. يوظف الارصان لحل النزاعات حتى يتمكن كل الفريق من تجاوز الأزمات و الصراعات الفردية و المؤسساتية حتى تحقيق الاتزان و مواصلة العمل مع اضطراب التوحد.

**الكلمات المفتاحية :** التوحد- التحويل المضاد - تحليل الممارسة النفسية- إعادة البناء.

## Une lecture institutionnelle

Il s'agit aujourd'hui d'institution de prise en charge accablée, et ce travail s'inscrit dans une réflexion autour d'une pratique avec des enfants autistes pris en charge dans les centres médicopédagogique en Algérie ; l'autisme est inscrit au programme du ministre de l'action sociale et de la santé publique, seulement il s'avère que les équipes de prise en charge n'arrivent plus à proposer des projets institutionnels de soins et d'éducation !

Le panorama de la situation est le suivant :

- \* Des professionnels peu ou pas formés dans la prise en charge de troubles autistiques.
- \* Des parents en désarroi cherchant un étayage et une reconnaissance face à des professionnels et qui viennent se greffer à leur quotidien lourd presque sans solution.
- \* Dans un dispositif créé à l'origine pour être contenant, on se trouve face presque à un véritable chaos relationnel, ces relations généralement teintés d'agressivité dans les échanges elle atteint essentiellement le personnel soignant.

Les questions que nous nous sommes posé sont :

£/ L'option institutionnelle du soin de l'enfant est-elle la plus judicieuse ?

£/ Aussi les personnes sont-elles qualifiées ou suffisamment qualifiées ?

£ / Question de la résistance des pratiques aux projets institutionnels.

£ / Les conséquences de l'organisation sur les sujets (soignants et enfants) pris dans les pratiques de l'institution.

Cependant l'institution de soins ou d'éducation n'est pas seulement un établissement avec ses lieux, ses personnels, ses horaires, son projet ; elle est aussi modelée par les vécus psychiques et fantasmatiques de ses membres.

Chaque institution possède son histoire propre, centrée sur ses origines, ses principes, ses objectifs et son fonctionnement. Et l'institution à laquelle nous nous intéressons est une sorte de contenant physique et psychique à valeur organisatrice pour l'enfant et le soignant "objet d'arrière plan" selon G. HAAG, vient se superposer les options théoriques et pratiques et les comportements des soignants.

Le champ des hypothèses explicatives est devenu un lieu de conflit, de trouble de la communication véhiculé dans les états autistiques, a remis en cause les aptitudes relationnelles des adultes et est parvenu à les contaminer par une sorte de déni.

Dans les échanges des détenteurs de théorie, ne paraissent plus s'entendre ne veulent plus s'écouter, une querelle à propos du diagnostic, aussi l'autisme pose un vrai problème de prise en charge. Le travail est long et difficile et s'avère peu efficace lorsque le personnel n'est pas suffisamment formé. L'autisme par sa nature trouble de l'interaction sociale, trouble de la communication, trouble dans le regard adressé à l'autre, dans le langage échangé avec l'autre, est un trouble du **lien** ; il paraît attaquer toute construction de pont de liaison avec l'autre.

Cependant face au trouble de la communication qu'affichent les enfants et l'échec qu'ils font subir à l'effort des **intervenants**, des difficultés d'élaboration, une sorte de court-circuit de la pensée et des capacités défensives.

Attaque des liens, absence de sens, défaillance des capacités de penser ; voici l'impression que nous retrouvons dans un environnement où le chaos du trouble mental paraît contaminer le vécu de toute personne qui veut intervenir et qui ne prévoit pas de trouver les moyens pour pouvoir s'approcher plutôt de ce qui renverrait aux pulsions de vie.

Le soignant peut se trouver à l'intérieur le fonctionnement pathologique de l'enfant autiste (J.PINEL, 1996), il rejette tout apport de l'extérieur. La succession d'échec et absence d'évolution des enfants remettant sa propre image en cause son identité professionnelle, et son narcissisme.

A ce propos, nous nous proposons de pointer du doigt ces oubliés de la prise en charge ; les professionnels, les soignants, cette équipe instituée dont on redoute le métier. Nous nous sommes inspirés des travaux de MAS (maison d'accueil spécialisées) et d'institutions spécialisées où un dispositif est pensé en termes d'espace, de temps, et d'activités éducatives et de protocoles thérapeutiques.

L'année 2015, année de sensibilisation de l'autisme et la réflexion que nous proposons est définie dans un cadre institutionnel et son évaluation se fera par la composante humaine : **l'équipe de prise en charge.**

Ma problématique est institutionnelle, elle découle d'un travail de terrain, elle est aussi épistémologique car elle doit faire parler les réalités de la pratique et éclairer les interminables débats sur la prise en charge et la qualité recherchée mais non inscrite, perdu dans des modèles d'accompagnement cacophoniques et qui laissent la prise en charge figée.

Le spectre de l'autisme ne serait plus aujourd'hui du ressort de la médecine seulement, mais une pluridisciplinarité serait la formule qui a donné ses preuves pour l'accompagnement éducatif et thérapeutique.

Notre préoccupation première était cet enfant si différent qu'on ne pouvait aider ni comprendre faute de débat et de querelles diagnostic.

D'ailleurs à ce propos le ministère de tutelle « action sociale » a lancé un programme de formation à la carte pour les professionnels ; seulement sur le terrain les membres de l'équipe mis à l'épreuve ne pouvaient apporter plus.

Devant cette impuissance, puis un retrait le rejet de l'enfant était manifeste. Il fallait chercher ailleurs l'origine de cette usure, la fulgurance dans les instants de rencontre, de compréhension, au pourquoi de ces attitudes de **négativité** des soignants à l'égard de cet enfant autiste.

En cherchant dans la littérature des institutions et des modes de prise en charge, nous nous sommes rendu compte que les phénomènes institutionnels étaient les mêmes ici ou ailleurs et à partir de là notre itinéraire a commencé.

Pour une clinique saine et une psychologie de promotion, on va vers le marketing institutionnel de toutes les sciences et la psychologie clinique a déjà fait le premier pas.

**Dis moi à quelle théorie tu adhères, je te dirai à quelle institution ou à quelle pratique tu aspires ;**

**“ L'espace de la seconde chance ”**, concept que nous avons empreint à la commission européenne “ éducation, formation ” une métaphore pour signifier notre itinéraire professionnel lieu de l'exercice sémiologique où nous recevions des enfants pas comme les autres, **relégué** par l'école car ils sont différents et exclus de tout espace de normalisation, reste l'institution de prise en charge pour avoir droit à une présence, par leurs grâce au moins au nom de l'éthique.

Toutes nos actions étaient des plaidoiries au niveau institutionnel et administratif, car il fallait convaincre. Un dossier qui n'est pas des moindres, ce fardeau de l'action sociale, ces enfants pas comme les autres.

Accueillir et soigner pendant plusieurs années des enfants présentant des troubles massifs qui communiquent peu, qui érigent de grandes barrières pour se défendre de toute intrusion ne se passe pas sans heurts. L'institution, tous les membres qui la composent devraient régulièrement faire face à des conflits d'équipes bruyants à propos d'enfants la plus part du temps indifférents.

Ces conflits passionnés nous ont parfois déstabilisés ne sachant plus ce que nous devons penser de l'institution au sein de laquelle nous travaillons et ce qu'on pouvait ressentir à l'égard des patients.

### **Comment accompagner ces enfants ?**

L'autisme comme indicateur de l'option institutionnelle du soin, remettant souvent en question les personnels lorsque l'évolution stagne, cela suggère un défaut de compétence à partir duquel il est facile d'imaginer que les collectifs soignants sont peu ou prou responsables d'une évolution insatisfaisante.

### **Artisans ou professionnels..... ?**

L'institution qui doit donner un certain plaisir à penser et à communiquer, peut se trouver compromise par la mise en place de défenses massives sclérosant la dynamique institutionnelle (J. HOCHMANN, 1997). S'agirait-il du vivre avec, ou de l'acte technique, ou tout simplement de l'institution du compromis.

Du coup, nous avons pris conscience de la difficulté et de la complexité d'accompagner ces enfants, et du risque que courraient les professionnels d'être à leur côté, face à leur extrême vulnérabilité existentielle. Le risque que nous pressentions aurait été de « lâcher », de « décrocher », de laisser « tomber », sentiment de non puissance, face à l'échec que nous renvoie cette réalité humaine.

### **Comment ces personnes sont inscrites dans ce lieu de soin ?**

La psychopathologie et la démarche clinique en termes d'observation et d'étude de cas, de suivi quotidien, d'évaluation en termes de pronostic ont soutenu notre démarche. Cette nécessité d'une référence théorique pour soutenir le travail auprès de ces personnes articulée avec une clinique ; cette attitude nous protégea des phénomènes institutionnels.

Notre souci été de sortir de l'errance pour trouver notre propre inscription dans ce travail qu'on été sensé faire.

Les actions de formation que nous réalisons dans les institutions, qui constituent l'essentiel de notre activité professionnelle, étaient pour nous partie prenante de notre itinéraire.

L'institution exige du groupe un investissement qui met à l'épreuve les organisations défensives de chacun.

Le soignant peut-être soumis à des angoisses liées aux nécessités de contrôle des passages à l'acte et aux conflits intrapsychiques provoquées par réactivations contre-transférentielles.

Si l'institution ne donne pas à chacun les moyens de traiter ces troubles qui accompagnent très régulièrement des prises en charge véritablement thérapeutique, les décompensations, les dépressions névrotiques surviennent ; après de telles épreuves, l'organisation défensive se renforce.

Le fonctionnement collectif d'une équipe arrive difficilement à prendre en compte ces souffrances primitives, car elles sont diffuses ; elles apportent insécurité et tensions dans les groupes et institutions.

Les équipes « s'installent » alors dans un fonctionnement qui laisse peu de place à la singularité du temps psychique d'un sujet accueilli (D, HOUZEL, 2004). Leur

fonctionnement prend ainsi à osciller entre, **activisme** et **immobilisme**. L'activisme, dérive qui conduit à penser que la qualité d'une prise en charge se mesurerait au nombre d'activités proposées.

Le « **faire** » de l'activisme vient ainsi témoigner d'un supposé « vrai » acte d'accompagnement ou de soin par rapport à d'autres approches, (J.Oury (2004). Il semblerait que cette tendance vient tenter de colmater dans les institutions les difficultés inhérente à la rencontre avec ces personnes, rencontre génératrices **d'angoisses** qui souvent ne trouvent pas de mots pour se dire et qui passent ainsi dans l'acte, dans la multiplication du « **faire** ».

« **Le repli** » à l'inverse, d'autres institutions, (accablés) par la violence du fantasme, fonctionnent selon des modalités de gardiennage, assurant seulement sécurité et satisfaction de besoins primaires.

Les phénomènes de groupe ou les réactions collectives des équipes accentuent ces difficultés ; le « **temps psychique** » de l'autre est nié.

L'activisme dénote une difficulté à penser au temps psychique, l'équipe tend à réagir à une sorte d'immédiateté des besoins, à une urgence.

Le repli au contraire s'accompagne d'une sorte d'immobilité du temps psychique.

Cela se traduirait par une difficulté au niveau collectif à penser le temps singulier d'un sujet autrement que dans ses deux extrêmes, l'immuable ou l'immédiat.

Pour le travail auquel elle est soumise l'institution selon (S.URWAND 1997) et d'une approche nouvelle et généreuse, insiste sur :

La clinique qui ouvre une discussion autour des processus groupaux et institutionnels ainsi mis en évidence relançant les questions :

1 : de la destructivité

2 : la question du contre transfert et les variantes pathologiques des enfants

3 : les modes d'identification

4 : l'incidence de la pathologie sur la capacité de soigner, d'élaborer, de penser, et c'est principalement ce qui nous intéresse.

Elle rappelle aussi que les processus normaux sont peu différents, si ce n'est par des variations dans leur **intensité**, leurs **amplifications**, leurs **répétitions** : dans leurs aspects **constructifs et destructeurs**.

Nous poursuivons avec **HOCHMANN**(1997) l'hypothèse de la contagion de l'équipe par l'autisme et qui se traduirait par des contre-attitudes qualifiées de :

- **Clivage, d'indifférenciation, de fascination et de ritualisation.**

Des contre-attitudes retrouvées dans notre étude menée sur 17 établissements spécialisés repartis entre ; ALGER .ANNABA . CONSTANTINE. ORAN

Des témoignages de professionnels ayant fait l'expérience avec des enfants autistes, a qui nous avons demandé de remplir un questionnaire standardisé d'un programme sur l'autisme '(déposé en 2000. Ce rapport du parlement de la loi du 11decembre 1996) et qui repose sur trois caractéristiques :

- Une logique dépassant l'opposition entre « **le tout thérapeutique** » et **le tout** » **éducatif et pédagogique** ».
- Le dépassement du cloisonnement traditionnel pouvant exister entre les domaines sanitaires d'une part et médicosocial d'autre part.
- L'instauration d'une réelle souplesse quant aux règles techniques de fonctionnement d'autre part.

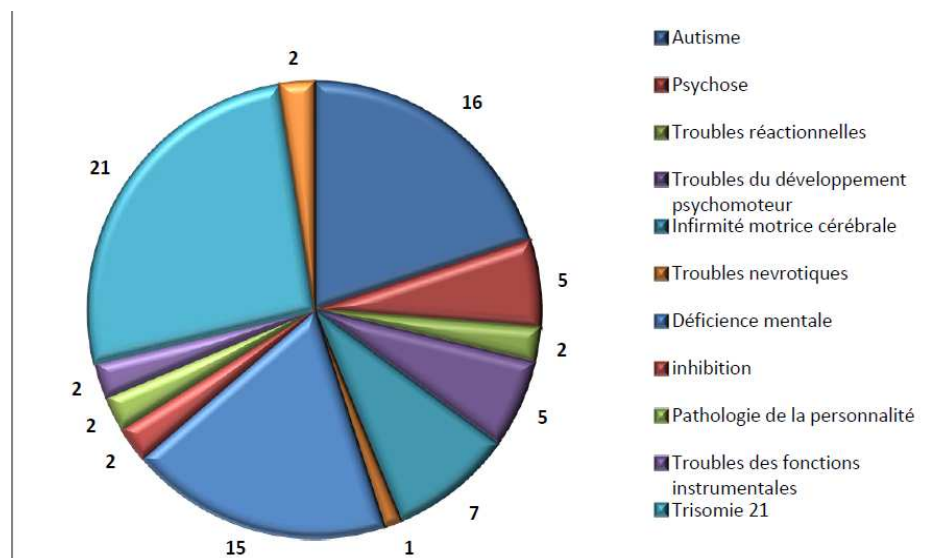
(Plan d'actions régionales sur l'autisme, région Rhône Alpes, Novembre 1996).

La conception du questionnaire s'articule autour des aspects institutionnels à savoir, le cadre de prise en charge, et les personnels ayant à charge les enfants et enfin les programmes appropriés.

Des résultats de notre enquête sur des établissements de l'action sociale ont révélés des réalités de la pratique :

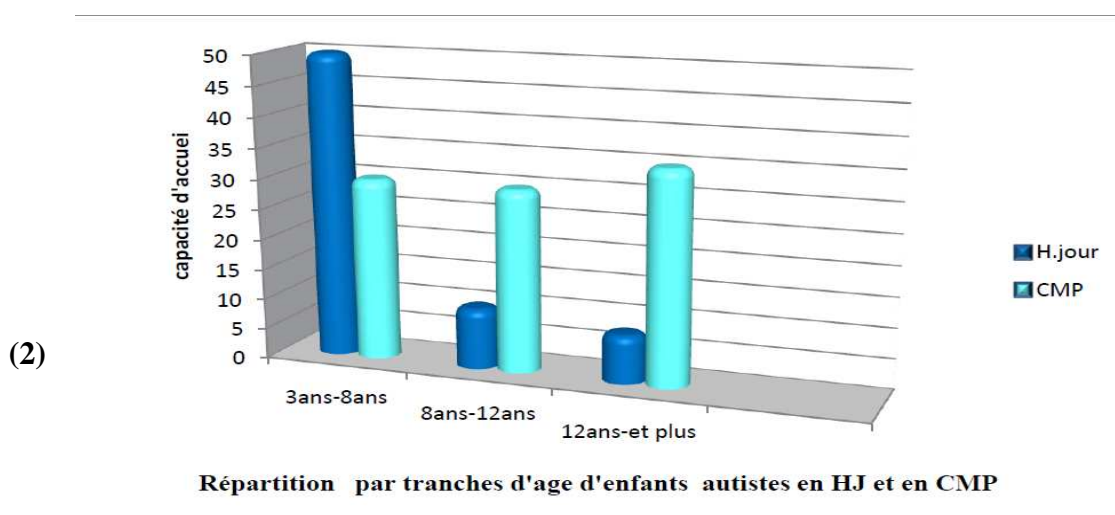
- Participation au programme nationale sur l'autisme reste très sélectif, réservé aux psychomotriciens et aux cliniciens ;
- La nécessité de la pratique pluridisciplinaire et l'implication des services spécialisés de la santé (psychiatrie, pédiatrie, PMI, ..).
- Proposition de création de centre spécialisé pour enfants autistes.

Des statistiques d'établissements spécialisés présentés en graphes 1/2/3 montrent combien même il est difficile de les faire parler et de donner sens. Les équipes détachées du contexte de travail ont pu témoignés et peut-être donner sens à des non dit longtemps enfouis.

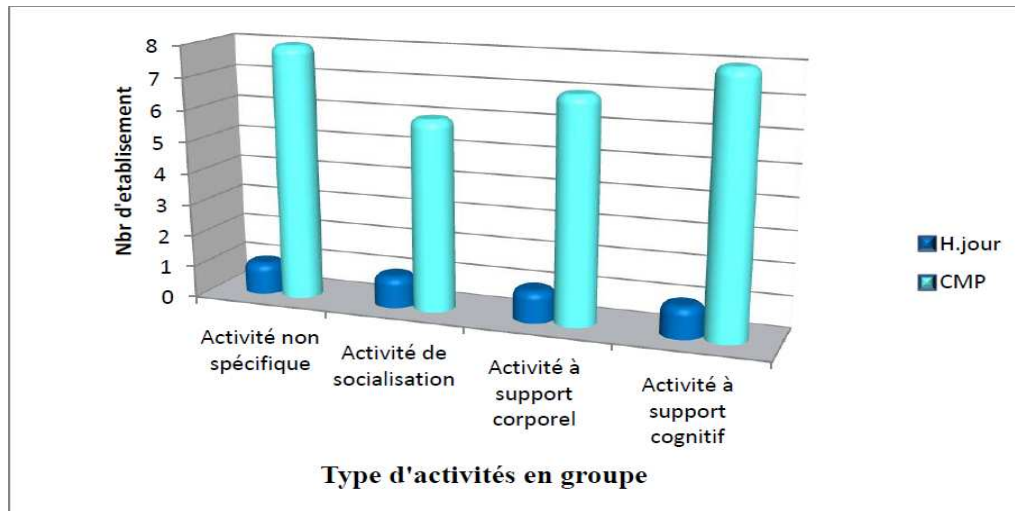


Des typologies d'institutions ou notre hypothèse principale fut vérifiée par des éléments faisant parler les contre-attitudes, à

### (1) Répartition des pathologies dans les institutions



(2)



(3)

Il serait important de signaler que nous ne pouvons faire parler les chiffres récoltés des institutions, vu l'hétérogénéité des populations prises en charge et le mode de prise en charge, en ambulatoire et en demi pensionnat qui s'avère altérer la qualité recherchée.

Nous avons exploité les entretiens en profondeur pour plus de rigueur scientifique et constituer une grille d'analyse de contenu selon une méthodologie, et voici une typologie d'institution que nous avons retenue (M.ABASSI 2014).

**1/ une institution qui élabore ses contre-attitudes**

(Auto-formation)

**2 /les institutions dans lesquelles la théorie est au service des soignants**

(Un leader, une théorie)

**3/ une institution ou le clivage est actif**

(Maîtrise de la technique de prise en charge, la position charismatique).

Devant cet arsenal, le **mouvement** d'une institution, son **activité**, en vue d'un résultat lui donne sa **dynamique** particulière.

Cette conception ne va pas sans difficultés à penser le **contre-transfert** dans le champ institutionnel.

Le contre transfert est une réflexion de l'institution sur elle-même, son analyse permet la transformation des vécus angoissants et sont inhérents au travail avec les enfants autistes.

Les psychanalystes et les cliniciens parlent de travail autoréflexif (G.GAILLARD 2009) et qui consiste à inclure la négativité, et c'est le seul levier efficace des changements.

Il est dès lors indispensable d'aider les professionnels dans leur identification à se différencier des sujets auprès desquels ils interviennent. Restaurer une professionnalité peut contribuer à la construction d'un sentiment d'appartenance à l'équipe, à la mise en place d'une groupalité professionnelle.

Le soignant se sent abandonné, négligé, peut vivre une situation semblable à ce que vivent les personnes traumatisées, et le côtoiement des équipes nous a conduit au terme de **souffrance**, l'équipe recherche un contenant pour libérer une parole.

Des dispositifs d'accompagnement sont mis au service des équipes pour pallier aux attitudes de négativité face au l'autisme. Il s'agit selon les cliniciens de "l'entreprise de parole".

### **L'espace de parole ou l'entreprise de parole.**

Un espace de parole peut stopper ce processus ; « **la réunion clinique** » en tant qu'espace d'écoute mais aussi de « contenance de la souffrance » doit favoriser l'expression des rapports ambivalents qui existent.

Le responsable qui au nom de l'institution est porteur du règlement, et est garant d'une validation de l'équipe, et pourra réguler et comprendre plus profondément les raisons du lien d'emprise.

La prise en charge ne trouvant son efficacité que dans un réseau de rôle, élaborée à travers ce tissage, ce canevas institutionnel ; et dans la mouvance institutionnelle et de l'articulation de plusieurs groupes de personnes que s'élabore une transformation.

### **Le remaillage,**

Conception que nous retrouvons dans la formation des professionnels à charge d'usagers autistique et qui nous semble être la réponse aux problèmes interpersonnels (G.GAILLARD 2011).

Penser le dispositif de prise en charge est indissociable de la conception de l'institution et du modèle thérapeutique, réinterroger les structures élémentaires, le temps, l'espace, les besoins, la vie quotidienne, le soin... parce que « cela ne va pas de soi » comme dit J.OURY 2001.

La psychothérapie institutionnelle et la pédagogie nous ont appris à considérer « les lieux, les limites, les lois et le langage commun » comme constitutifs mêmes de toute démarche éducative et/ou thérapeutique. D'ailleurs la question des modèles ; un des premiers problèmes que rencontrent les professionnels dans l'accompagnement de ces personnes, c'est la difficulté à se référer à des modèles susceptibles d'étayer leurs pratiques. Cependant un des premiers modèles que nous rencontrons souvent dans nombres d'établissements est le modèle « éducatif » et la pertinence qu'il s'apparente pour une « normalisation ».

Seulement, comme le définit (E.ZUCMAN 1995), les cliniciens combien ces idéaux d'autonomie et de socialisation peuvent être mis à mal par la gravité des déficiences, par la massivité des troubles psychiques. D'ailleurs nombre de projets individuels, ressemblent à des catalogues d'injonctions à adopter en vue de « faire des progrès », de se rapprocher des comportements que nous jugeons normaux.

Le domaine des activités montre combien le modèle éducatif un peu stéréotypé génère des échecs à répétition. C'est notamment le cas dans les pratiques institutionnelles ou domine « l'activisme ». Les activités y sont alors investies du pouvoir de « réparer » ce qu'il peut y avoir de trop difficile à penser pour les équipes en termes de maladie, de souffrance, de régression et d'angoisse.

Cet outil d'accompagnement est souvent survalorisé, mais échoue généralement à protéger les professionnels contre les éléments difficiles qu'ils voudraient mettre à distance.

« **Le projet institutionnel seul garant du cadre qui permet « une certaine homéostasie** » il est donc nécessaire que les personnels disposent de points d'appui identitaires autres que ceux, chaotiques et morcelant, que leur renvoient, bien malgré eux, toutes ces personnes malades.

Il semblerait que les espaces de paroles institutionnels sont à même de remplir cette fonction de restauration et d'étayage d'une identité professionnelle menacée (C. CHAVAROCHE 2009).

1/Pour cela les « réunions » sont inscrites de manière « inaliénable » et « inaltérable », dans le cadre du travail des personnels, de tous les personnels, quels que soient leurs qualifications.



Les réunions cliniques sont également le lieu où va pouvoir s'expulser « l'insupportable, l'invivable » qui ne peut être assimilé.

Il est indispensable que ces sensations ne stagnent pas trop longtemps dans le psychisme des professionnels, et plutôt que d'être renvoyé sur les patients, il est important qu'un espace institutionnel soit à même de les accueillir.

Les réunions cliniques auraient une fonction de transformation du vécu souvent archaïque en une pensée plus organisée sur ce vécu.

Et à partir de cette pensée, qu'une démarche éducative et de soins serait cohérente.

Et dans la prise en charge des personnes autistes, nous pensons que l'apport institutionnel avant d'être un pur travail d'apprentissage et de conditionnement devrait revêtir l'effet d'une force liante, attractive et contenante des éléments de la psyché infantile. Cette force donne naissance dans la rythmicité du travail à l'injonction de la fonction contenante de l'objet externe (E.BICK, 1968) et constitue la peau psychique groupale.

Ce changement, va diminuer les effets de routine et rend possible une ouverture, un projet.

Il est nécessaire que ces espaces de parole clinique soient suffisamment rapprochés, il faut pouvoir en parler très souvent pour élaborer des conduites thérapeutiques.

2/ Un second espace de parole recouvre les problématiques d'équipe travaillant avec les mêmes patients, travail de sous groupe, souvent émaillées de conflits qui bloquent la dynamique de travail.

Confrontation de tendances, et il est fréquent qu'un fantasme dominant des équipes soit de « faire bloc » abolissant toute différence entre collègues.

3/ Enfin, un troisième modèle d'espace de parole, pour réguler la vie institutionnelle, la vie quotidienne ; un dialogue, une concertation entre les professionnels aux fonctions éducatives et thérapeutiques est nécessaire et utile.

Afin que les moyens spécifiques que chacun met au service des patients soient organisés de manière cohérente, dans une complémentarité des compétences.

Dans ce même registre, il faut insister sur la valeur du projet institutionnel, de son actualisation.

### **Comment alors contenir les affects « négatifs » ?**

Les espaces institutionnels de « parole » doivent également être à même de recevoir et d'aider à l'élaboration des affects négatifs que professionnels peuvent développer à l'encontre des malades (P.FUSTIER 1988).

« **Un cadre** » est une nécessité qui permet de déployer de grandes aptitudes créatrices pour inventer à chaque instant une relation toute autant essentielle qu'aléatoire voire improbable. Pour tenir dans ce contexte institutionnel quelque fois déstabilisant, il faut que chaque professionnel trouve un solide appui qui le soutienne.

C'est pour cette raison qu'il est recommandé une grande rigueur dans les dispositifs institutionnels mis en place. Cela peut paraître paradoxal, mais il n'y aurait pas de création qui ne repose sur des savoirs solidement étayés et des techniques durablement expérimentées

Il faut penser le cadre comme une limite librement acceptée et non une contrainte, qui autorise à partir du postulat que tout professionnel peut penser, qu'il peut se saisir de concepts, pour lutter contre les effets d'usure qu'engendre la relation proche avec des personnes en difficultés mentales, cela nécessite une théorie comme contenant, il est donc nécessaire de penser la pratique institutionnelle d'accompagnement autour d'un sens.

C'est ici le rôle de la **théorie**, des concepts qui sont fondamentaux pour donner une cohérence, une logique, aux comportements observés, et c'est à l'équipe que de tenter de décoder la signification. Pour cela, des outils théoriques sont nécessaires, et ce qui va aider à penser l'impensable et les équipes professionnels doivent être soutenues dans ces tentatives

toujours très incertaines et précaires de tisser un sens, d'élaborer des hypothèses et trouver, comme le développera (J.HOCHMANN 1982), un plaisir à penser et par conséquent, un plaisir à soigner.

Du **remailage** à la **transcendance**, c'est la responsabilité de l'équipe, et à ce propos l'équipe est le seul garant de la prise en charge par sa disponibilité, sa vigilance, sa générosité, sa logique, son savoir, ses transactions, pour élever la pratique à la dignité de l'art.

## **Bibliographie**

ABASSI M., (2014) L'institutionnalisation et la négativité du symptôme autistique. Contribution à l'analyse de la pratique clinique dans les établissements spécialisés en Algérie, thèse de doctorat en psychologie clinique, université d'Alger 2.

AULAGNIER P., (1975) La violence de l'interprétation, du pictogramme à l'énoncé, Paris, PUF.

CHAVAROCHE P., (2009) Epistémologie d'un lieu aux marges de l'humain : la maison d'accueil spécialisé. Doctorat en sciences de l'éducation, Paris 10, Nanterre.

GAILLARD G., (2009) « se prêter à la deliaison, narcissisme groupal et tolérance au féminin dans les institutions » connexions, n° 90 P 107-108.

HOCHMANN J., (1982) « l'institution mentale » ou du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques deinstitutionnalisés » In l'information psychiatrique, vol 58, n° 8, P 987-991.

HOUZEL D., «Nouvelles approches de l'autisme » In nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, sous la direction de S.LEBOVICI, T2, PUF.

OURY J ., (2001) psychiatrie et psychothérapie institutionnelle, les éditions du champ social, Nimes.

PINEL J.P. , (1996) « la deliaison pathologique des liens institutionnels » dans KAES et COLL , souffrance et psychopathologie des liens institutionnels, Paris, Dunod, P48-79.

URWAND S., (1997) La capacité de rêverie institutionnelle : métaphore poétique pour une institution. In institutions et groupe d'enfants , P 37-57.