

**Yannis Gansel**

*Pédopsychiatre (HCL)*

*Doctorant en anthropologie (EHESS)*

*Lyon*

---

# « OÙ SONT-ILS ? » : INCERTITUDES PROFESSIONNELLES DANS LE TRAITEMENT DES ADOLESCENTS « DIFFICILES »

---

## **L'expérience d'un réseau pour adolescents difficiles.**

Depuis la fin des années 1990, la catégorie des adolescents « difficiles » ou « en grande difficulté » fait l'objet d'articles, livres et communications à des colloques de la part de cliniciens, psychiatres et psychologues, travaillant avec les équipes éducatives et le système judiciaire (Gansel et Pétrouchine, 2015). Ces adolescents, « souffrants » mais « non psychiatriques », sont rencontrés par les professionnels dans les interstices des institutions : ils ne relèvent ni des dispositifs socio-éducatifs habituels, ni des établissements de soins psychiatriques, ni du traitement pénal ordinaire. Ils se caractérisent par leurs comportements violents et par les réactions particulières (hyper-investissement suivi de rejet) qu'ils engendrent chez les professionnels. La « carence » et le « chaos familial » vécus dans la petite enfance conduisent chez ces sujets à une anomalie dans leur développement psychique qui est à l'origine de leurs comportements. Selon différents référentiels psychopathologiques, non exclusivement psychanalytiques, les difficultés des professionnels en charge des adolescents sont lues à la lumière des caractéristiques propres de ces derniers, elles-mêmes liées à leurs histoires infantiles.

À la même période, le développement de cette catégorie clinique suit de près la mise en œuvre de politiques publiques dédiées à cette population et aux « problèmes » (en particulier de coordination interinstitutionnelle) qu'elle pose. Dans la suite de ces politiques publiques, des pratiques institutionnelles spécifiques se développent : outre des formations académiques (les « DU adolescents difficiles »), nombre de métropoles régionales à travers la France organisent des réseaux destinés à « transversaliser » les prises en charge sanitaire, pédagogique, éducative et judiciaire de ces adolescents (Laval et Ravon 2015, 89). Ces organisations, interprofessionnelles et interinstitutionnelles, visent constamment à réunir secteur psychiatrique, services sociaux de protection de l'enfance et justice des mineurs pour assurer un travail de concertation et de coordination autour de cas d'adolescents prise en charge par plusieurs de ces institutions. Les réseaux sont le plus souvent adossés à des formules d'hébergement (lits réservés, établissements spécifiques) destinées à cette population.

L'objet de cet article est d'éclairer les usages pratiques de cette catégorie clinique, les problèmes qu'elle vient désigner et les traitements auxquels elle conduit à partir d'un travail d'enquête ethnographique au sein de l'un de ces réseaux pour adolescents difficiles. Actif depuis 2000, le réseau dont il est ici question se réunit à un rythme mensuel dans des locaux du Conseil Général. Pour l'essentiel, il est animé par un responsable départemental des services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Y sont examinées à chaque séance deux cas d'adolescents jugés « en grande difficulté ». Les acteurs participant à ces réunions sont répartis suivant une ligne de démarcation explicite. D'une part, des « professionnels présentant la situation », ou « demandeurs », viennent soumettre à leur initiative le dossier de l'adolescent. Il s'agit le plus souvent du travailleur social de l'ASE qui le suit. D'autre part, les « membres permanents » représentent un vaste panel d'acteurs locaux gravitant autour de l'adolescence : travailleurs sociaux de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), responsables de structures d'hébergement des associations du département agréées par l'ASE, psychiatres exerçant dans des services d'hospitalisation pour adolescents. Participent de manière plus discontinue des cadres administratifs de l'Éducation Nationale, de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MPDH) et de l'Agence régionale de santé (ARS). Bien qu'invités à ces réunions depuis la création du réseau, les juges pour enfants n'y viennent plus depuis 2008. Les adolescents et leurs familles ne sont pas conviés pas à ces réunions.

L'enquête ethnographique en « participation observante » (Fassin et Rechtman, 2007, p. 24) au sein du réseau a été conduite pour l'essentiel entre avril 2009 et décembre 2011. Les données de lieux, d'institutions et de personnes ont été anonymisées.

### « Des jeunes souffrants mais pas particulièrement malades »

Le cas de la jeune Ouria illustre les ambiguïtés et les incertitudes auxquelles expose le travail avec les adolescents difficiles. Au cours d'une réunion, le réseau examine la situation de cette jeune fille âgée de 16 ans qui se trouve depuis 8 mois à La Bellegarde, un établissement de placement éducatif dédié à un accueil d'urgence de 3 semaines maximum. Depuis l'arrivée d'Ouria sur décision du juge il y a 8 mois, son dossier a en effet été refusé par nombre de foyers sollicités par Audrey, l'éducatrice de l'ASE. Devant son impossibilité à trouver une place « pérenne » pour Ouria, Audrey a décidé de présenter la situation au réseau. Dans la séquence qui suit, elle échange avec Youcef, cadre éducatif à la Bellegarde venu « en renfort » de l'ASE et Estelle, une éducatrice de cet établissement.

*Estelle : « Je vais lire un compte-rendu rédigé par l'équipe éducative : Ouria est une jeune en grande souffrance qui est à La Bellegarde depuis 8 mois alors qu'elle ne devait y rester que 21 jours et cela la fait souffrir. (...) Elle se met en danger, elle casse des vitres avec sa main. Elle se sent à part, elle attire l'attention des autres. Elle a un grand potentiel intellectuel et d'études. Il lui faut un hébergement pérenne, en petit effectif, avec une reprise de scolarité.*

*Youcef: Au début elle fuguait beaucoup, elle avait des plaintes dans son corps. Sa souffrance n'est pas mentale, elle n'est pas folle comme sa mère le dit. Elle souffre dans son corps. Elle fuguait pour aller à l'hôpital. (...) Moi, je ne suis pas au quotidien avec elle mais, comme chef de service, je ramasse parfois les éduc à la petite cuillère.*

*Audrey: Les difficultés psychiques font peur. Le problème c'est: qu'est-ce qu'on dit ou pas? Quand on fait le dossier, je ne peux pas mentir non plus... Au foyer X, par exemple, le motif était: on a connu la mère... en 1976! Parce qu'elle avait été elle-même placée! (rires dans l'assistance)».*

Après cet échange entre les professionnels venus présenter la situation d'Ouria, Les membres permanents reprennent l'idée d'une «*souffrance pas mentale*» avancée par Youcef.

Un responsable d'établissement éducatif intervient pour souligner l'accumulation des «*difficultés*»: «*C'est vrai quand on dit qu'elle fugue, qu'elle se scarifie, qu'elle n'a pas de scolarité...*».

La directrice départementale de l'ASE animant la réunion s'emporte alors: «*Mais cela ne résume pas Ouria!*».

Le psychiatre d'un service d'hospitalisation pour adolescents renchérit: «*Il faut mettre en avant ce qui a été fait, dire qu'elle a progressé lors de son séjour à La Bellegarde. Il faut que les institutions reconnaissent ce qui se passe dans d'autres institutions. On dit qu'elle a besoin de soins, mais les soins sont là déjà: la psycho, le CMP... On dit qu'il ne faut pas la mettre du côté des difficultés mentales. C'est une jeune fille état-limite. Bon! On en a plein! (...) Ces adolescents très difficiles mais pas particulièrement malades...*».

Cette discussion sur le cas d'Ouria illustre deux points problématiques qui sont au cœur de toutes les situations examinées par le réseau. D'une part, la souffrance d'Ouria est difficilement localisable. Les analyses tournent autour de l'idée que cette adolescente est «*souffrante mais pas malade*», elle n'est pas inscrite dans une pathologie. À cette ambiguïté, s'ajoute la confusion entre souffrance des adolescents et souffrance des professionnels. L'insistance d'Estelle sur son rôle de porte-parole des éducateurs (elle lit un écrit collectif), sa description confuse de la souffrance d'Ouria (elle souffre de ne pas être orientée sur un autre foyer), la place donnée à la souffrance des éducateurs («*ramassés à la petite cuillère*» par leur responsable) sont autant d'éléments indiquant la nature incertaine des «*difficultés*». Comme ironise une psychiatre participant au réseau: «*c'est la réunion des institutions en grande difficulté*».

D'autre part, l'adolescente elle-même est physiquement dans une localisation indécidable. Les acteurs n'ont ici de cesse de se demander: «*où l'adolescent est-t-il?*». Son hébergement constitue la pierre d'angle de la problématisation et le principal moteur de l'activité du réseau. Les adolescents n'ont «*pas de solution*» ou «*des solutions provisoires*»: soit, comme dans le cas d'Ouria, le jeune se trouve de manière prolongée dans un hébergement d'urgence, bien au-delà du délai de

séjour habituel prévu par l'établissement (des mois au lieu de trois semaines); soit il a une place dans un établissement mais il est très régulièrement en fugue; soit encore il est inscrit dans la stabilité d'un hébergement pérenne, mais une échéance (majorité, nouveau jugement) pose le problème d'un retour dans le cadre familial.

## Un double trouble

Ces deux aspects, une ambiguïté (qui souffre?) et une incertitude (où est l'adolescent?) sont constitutives de la catégorie des adolescents difficiles. Constante dans sa définition, repérée par la souffrance des adolescents et des professionnels, délimitée et organisée par l'expertise clinique, cette catégorie définit un trouble réputé ne pas rentrer dans les catégories pathologiques conventionnelles. Ce *double trouble* est tout à la fois celui, « objectif », de l'adolescent, et celui, « construit » dans un système institutionnel et contre-transférentiel, des professionnels et de leur malaise. Or, comme l'indique l'analyse du cas d'Ouria, cette définition conduit potentiellement à une forme de truisme : l'adolescent est difficile car les professionnels se sentent impuissants (c'est là un élément de sa définition) et les professionnels se sentent impuissants car l'adolescent est difficile (c'en est une caractéristique essentielle).

Mais, par-delà cette ambiguïté qui semble être avant tout une limitation, la catégorie des adolescents difficiles ouvre également des possibilités et une créativité. Elle sert ainsi à identifier un problème collectif : l'existence d'une population interstitielle des institutions contemporaines en charge de la déviance adolescente. Cette identification passe par un repérage clinique : celui du trouble des professionnels. Or, la notion même de trouble signe la créativité, la nouveauté, du processus de problématisation collective mis en œuvre au sein du réseau pour adolescents difficiles. En effet, placée en contraste avec d'autres attitudes (désinvolture, application, aisance), l'expérience émotionnelle du trouble face à un problème public (au sens de problème collectif) signe souvent la « détection d'un problème émergent » (Chalvon-Demersay, 2012, p. 255). Avec le terme de « trouble », la langue française offre un logement exceptionnel pour l'ambiguïté. Là où l'anglais original des sociologues pragmatistes distinguait deux termes (« trouble » et « disorder ») pour une analyse « mirco-politique » (Emerson et Messinger, 1977) de la façon dont un problème est défini et traité socialement, le « trouble » permet ici de désigner tout autant la perturbation psychopathologique de l'adolescent (disorder) que le malaise des professionnels (trouble). Cette ambiguïté est fréquemment citée par les membres permanents : est-ce le « système » et les professionnels qui produisent les adolescents difficiles ? Ou bien ont-ils des caractéristiques propres ? En ciblant une population interstitielle grâce à l'expertise clinique, la catégorie des adolescents difficiles ménage un habile compromis, mais maintient également une ambiguïté, entre, d'une part, des solutions institutionnelles et politiques du problème et, d'autre part, la médicalisation des « personnes à problèmes » (Gusfield, 1989).

Ainsi, l'enquête montre que ce trouble, de localisation indéterminée, a deux dimensions, renvoyant à la double perturbation décrite par Robert Emerson avec la notion de « micro-politique du trouble » : une anomalie cognitive (ne pas savoir) et une ano-

malie éthique (ne pas savoir ce qui est bon) (Emerson et Messinger, 1977). La première dimension de cette incertitude, pragmatique et immédiate, correspond à la perte de lisibilité des trajectoires individuelles. Elle concerne l'inscription concrète de l'adolescent dans une organisation, quelle qu'en soit la nature : un foyer éducatif, un lieu de privation de liberté pénale, un service d'hospitalisation psychiatrique, un Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (Itep) assurant un internat, etc. De ce point de vue, ces différentes organisations, répondant à des missions distinctes, relevant de statuts réglementaires et légaux variés, engageant des professionnels de diverses formations, sont tous ici considérées de manière indifférenciée. Leur spécialisation se voit neutralisée. Cette déspecialisation est rendue possible par deux conditions : d'une part ces organisations assurent, au moins à temps partiel, une fonction d'hébergement, et d'autre part, elles sont identifiées à des lieux précis. L'adolescent peut « y être ». Les membres permanents du réseau, par leur pluralité d'appartenance professionnelle et institutionnelle, résistent à cette logique de déspecialisation. Ils y opposent une logique de différenciation entre organisation et lieu (par exemple, ne pas confondre « soin » et « hospitalisation » dans le cas d'Ouria) et une logique de coordination (ici : reconnaître ce qui se fait dans les autres institutions).

La seconde dimension de cette incertitude est éthique. Elle est constituée par la perte du sens de la justice assurée par une « super règle » (Weller, 1990, p. 84). À partir d'une enquête dans une caisse de retraite, Jean-Marc Weller souligne que l'attribution d'un cas à une catégorie assure la maîtrise de « l'incertitude critique » dans les pratiques institutionnelles. Ainsi, « un cas désigné comme « difficile » ou « épineux » par les agents est souvent un cas inclassable ou que l'on se représente comme tel » (Weller, 1990, p. 85). Du fait de cette dimension éthique, les professionnels du réseau font ici l'expérience d'une « épreuve d'éthicité »<sup>1</sup> telle que l'ont définie Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, p. 270). Ce type particulier d'épreuve « de professionnalité » conduisent à des situations « indécidables », où les professionnels se voient renvoyés à des choix individuels. Elles participent à « une dynamique de l'usure » liée à la perception répétée de l'échec, mais elles conduisent également à la constitution de collectifs informels (souvent à la périphérie du travail) ou plus formalisés (via les syndicats ou encore par les supervisions cliniques). Le réseau fonctionne comme l'un de ces « soutiens institués » développant, au sein d'une activité collective, une « clinique du sens de l'activité pour affronter les épreuves politico-éthiques » (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, p. 271). C'est la raison pour laquelle le modèle de la supervision est fréquemment mobilisé par les responsables du réseau. Ces derniers rappellent volontiers leur attachement à la dimension réflexive des réunions : c'est un « *espace pour penser* », un « *lieu de projection* », il faut se départir « *de la recherche de solutions* » au profit d'un travail de compréhension et de « *soutien aux professionnels* ». Ils ne manquent jamais de se départir de désignations antérieures du problème, jugées péjoratives : « *incasables* », « *cas bloqués* ». De ce point de vue, la définition du problème (selon la clinique) contient déjà la solution qui lui est appliquée (la réflexivité collective).

<sup>1</sup> Ou encore « épreuve politico-éthique »

## Réduire l'incertitude

Ainsi, le réseau fonctionne en pratique comme une organisation de traitement de l'incertitude professionnelle. La clinique en assure sa résolution en créant le consensus dans la définition des cas mais les acteurs rencontrent alors un double problème. D'une part, ils se heurtent à la nature irréductible du résidu produit par les dispositifs spécialisés. Cette irréductibilité a pour déterminant (entre autres) le problème, non spécifique, de la spécialisation horizontale dans les organisations. Le monde médical peut être considéré comme un exemple type des processus de spécialisation (Mintzberg, 1998). La spécialisation puis l'hyperspécialisation des services hospitaliers a ainsi répondu à une logique de progrès scientifique, mais également à des logiques managériales et économiques représentées par les politiques publiques de réduction des coûts de santé et par l'introduction d'outils importés du monde de l'entreprise<sup>2</sup>. Si sa dimension scientifique (réduire son champ d'action pour mieux connaître) n'est pas aussi pertinente dans l'analyse du travail auprès des adolescents difficiles que dans celle des hôpitaux contemporains, la spécialisation des dispositifs éducatifs est bien, comme dans le cas des hôpitaux, la conséquence du double processus de rationalisation managériale et de rationnement économique. Or, dans le cas du monde hospitalier, la convergence des facteurs scientifiques, économiques et managériaux de la spécialisation a conduit, par effet « tamis » à l'amplification des situations inclassables et incasables ainsi qu'à la massification du recours aux dispositifs dits « d'urgence » (Danet, 2008, p. 162).

Diverses stratégies sont mobilisées par les membres permanents pour réduire ce résidu. Les interprétations qu'ils fournissent cherchent à réassigner le cas à une catégorie normative (mineur en danger ou dangereux) et à une catégorie pratique (fugueuse ou délinquante) (Gansel et Lézé, 2015). Leurs préconisations visent à favoriser la coordination entre les organisations sans recourir à leur déspecialisation. Enfin, lorsqu'une telle réduction de l'incertitude est impossible, les acteurs fournissent des efforts pour se distancier de cette question de l'hébergement au profit d'une activité plus réflexive.

En effet, un second problème apparaît alors : ce résidu est connoté d'une impureté. D'une manière générale, le reste issu d'un processus de tri est associé à la souillure (Douglas 2005). En tant qu'ils sont « bloqués » dans le système, en particulier dans des lieux d'urgence, les adolescents difficiles constituent des résidus de la spécialisation comparables aux « bed-blockers » de la médecine d'urgence (Gansel, Danet et Rauscher, 2010). Par cette expression, les professionnels des services de médecine d'urgence désignent des malades « bloqués », qui font, à l'instar de la jeune Ouria, des séjours prolongés de plusieurs mois dans des unités de courte durée destinées à des hospitalisations de quelques jours. Du fait de la multiplicité de leurs problèmes, ces patients ne rentrent que difficilement dans les catégories scientifiques, managériales et cliniques de la médecine hospitalière hyperspécialisée. Les services d'urgences qui accueillent, repèrent et gèrent ces patients se rapprochent des espaces asilaires, rémanences des logiques policières et compassionnelles antérieures aux logiques professionnelles contemporaines de l'hôpital, et sont, de ce fait, fortement associés à la psychiatrie. À l'instar de ces malades,

<sup>2</sup> Comme les Groupes Homogènes de Malades et la Tarification à l'Activité.

les adolescents se trouvent « bloqués » : leur sortie des dispositifs est impossible et ils ne peuvent accéder à une organisation spécialisée devant la multiplicité de leurs problèmes, dans un contexte de réduction et de spécialisation des moyens. Les adolescents difficiles ne sont pas tant exclus qu'ils ne sont dans l'impossibilité d'être inclus (leur « dossier » est sans cesse refusé). Ils se trouvent donc dans des espaces interstitiels, transitoires, destinés à l'urgence et parfois rémanents de l'asile. L'activité du réseau se rapproche du travail de requalification du sale boulot en travail noble qu'opèrent les professionnels de la médecine d'urgence avec leurs patients bed-blockers. Les efforts pour transformer la « recherche d'une solution » en travail réflexif inspiré par le modèle de la supervision clinique, tout comme le refus des appellations telles que « incasables » pour désigner les adolescents participant de ce travail de « recadrage » (Ashforth et Kreiner, 1999) du sens du travail. Le sale boulot ne fait pas simplement l'objet d'une tolérance de la part des professionnels, il est ainsi valorisé, l'impur se voyant déplacé ailleurs. La rhétorique du « bout du bout des prises en charge » participe de ce travail de recadrage, faisant du traitement d'une population indésirable et stigmatisé une tâche noble.

## Les « trous dans la couverture » et la dangerosité

La fin des années 1990, où émergent le problème des adolescents difficiles, marque le déclin des politiques assistancielles et l'entrée dans des politiques de la souffrance (Vrancken 2009). Comme le montre Didier Fassin (Fassin, 2004, pp. 25-26), ces deux axes politiques se recoupent tous deux autour de la problématisation de « l'exclusion » et un changement majeur se produit alors : pauvres et déviants ne sont plus les responsables de leur état, mais ils en sont souffrants. Fassin a souligné combien ces nouvelles politiques de la souffrance ont réalisé l'absorption de problèmes hétérogènes, fruits de mutations sociales significatives durant les années 1980, et ont, en elles-mêmes, produit des interventions précaires.

C'est dans cette dynamique que s'inscrit l'apparition des adolescents difficiles sur l'agenda politique et qu'émerge l'incertitude éthique des acteurs qui en ont la charge. D'un côté, comme le souligne Ravon et Laval (Ravon et Laval 2014, p. 226), la politique « capacitaire » et le nouveau management public ont en « horreur les trous des trajectoires » qui contredisent l'injonction à l'autonomie individuelle. L'anxiété des acteurs naît donc de la menace portée sur la continuité de l'action publique. L'« inorientabilité » des adolescents est incompatible avec l'obligation de rendre effective les mesures de placement civiles ou pénales et créent des trous dans la « couverture » de l'ASE. De l'autre, la politique de gestion des risques y voit le spectre d'un triple abandon : « abandon des jeunes, mise en péril de l'idée de solidarité intergénérationnelle, échec de l'action publique » (Ravon et Laval, 2014, p. 231).

Mobilisant des actions moins compassionnelles, la dangerosité représente l'autre dimension de ce spectre de l'abandon. La discontinuité de l'action publique liée à l'absence d'hébergement se voit mise en tension par la place croissante donnée à la dangerosité. Celle-ci devient un des moteurs de la diffusion des adolescents difficiles dans les politiques publiques au début des années 2000. L'enquête au

sein du réseau permet d'entrevoir la dangerosité à l'interface de la justice, la psychiatrie et du travail social, là où les adolescents difficiles tombent dans les « trous » de l'action publique.

## BIBLIOGRAPHIE

- Ashforth, B. E. et Kreiner, G. E. (1999). "How Can You Do It?": Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity. *The Academy of Management Review*, 24(3), 413. <http://doi.org/10.2307/259134>.
- Chalvon-Demersay, S. (2012). Trouble: L'écriture télévisuelle à l'épreuve d'une transformation des sensibilités morales. In D. Cefaï et C. Terzi (dir.), *L'expérience des problèmes publics* (pp. 225-257). Paris: EHESS. Repéré à <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=26213528>.
- Danet, F. (2008). *Où va l'hôpital? (L'époque en débat)*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Douglas, M. (2005). *De la souillure: Essais sur les notions de pollution et de tabou*. Éditions La Découverte Poche / Sciences humaines et sociales (104).
- Emerson, R. M. et Messinger, S. L. (1977). The Micro-Politics of Trouble. *Social Problems*, 25(2), 121-134. <http://doi.org/10.2307/800289>.
- Fassin, D. (2004). *Des maux indicibles: Sociologie des lieux d'écoute*. Paris: La Découverte.
- Fassin, D., et Rechtman, R. (2007). *L'Empire du traumatisme enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion.
- Gansel, Y., Danet, F., et Rauscher, C. (2010). Long-stay inpatients in short-term emergency units in France: A case study. *Social Science and Medicine*, 70(4), 501-508.
- Gansel, Y., et Lézé, S. (2015). Physical constraint as psychological holding: Mental-health treatment for difficult and violent adolescents in France. *Social Science & Medicine* (1982). <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.005>.
- Gansel, Y., et Petrouchine, R. (2015). Les précarités sont-elles à l'essence des sujets souffrants?. *Enfances & Psy*, 67(3), 32-41.
- Gusfield, J. R. (1989). Constructing the Ownership of Social Problems: Fun and Profit in the Welfare State. *Social Problems*, 36(5), 431-441. <http://doi.org/10.2307/3096810>.
- Mintzberg, H. (1998). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'Organisation.
- Ravon, B. et Laval, C. (2014). De l'adolescence aux adolescents dits « difficiles »: dynamiques d'un problème public. In A. Brodriez, *Vulnérabilités sanitaires et sociales* (p. 221-231). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Ravon, B. et Laval, C. (2015). *L'aide aux "adolescents difficiles": Chroniques d'un problème public*. Paris: Erès.
- Ravon, B. et Vidal-Naquet, P. (2014). Épreuve de professionnalité. In P. Zawieja & F. Guarenir, *Dictionnaire des risques psycho-sociaux* (Vols. 1-1, pp. 268-272). Paris: Seuil.
- Vrancken, D. (2009). Politiques de la souffrance, politiques du vivant: quand les corps « parlent » de la souffrance. In T. Périlleux et J. Cultiiaux, *Destins politiques de la souffrance: Intervention sociale, justice, travail* (pp. 61-76). Paris: Erès. Retrieved from <http://www.cairn.info/gate3.inist.fr/destins-politiques-de-la-souffrance--9782749211367-p-61.htm>.
- Weller, J. M. (1990). Sociologie d'une transaction: une caisse de retraite et ses usagers. *Société Contemporaine*, 3(3), 81-94.