

La prise en charge de la difficulté scolaire en Centre médico-psychologique.

Quelles alliances éducatives entre l'école, les familles, et les professionnels de la santé mentale ?

Jessica POTHET, MCF en sociologie, 2L2S, Université de Lorraine

Alexandra PIESEN, Docteure en sociologie, Cerlis, Université de Paris

La communication que je présente ce jour en mon nom et en celle de A. Piesen, est issue d'une recherche conduite dans le cadre d'un appel à projet, émanant du Ministère des solidarités et de la santé, de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et du Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes et de la lutte contre les discriminations. Dans le cadre de cette recherche nous travaillons, avec M. Charpenel et S. Garcia (nous sommes 4 chercheuses), notamment sur *les injonctions à la mobilisation parentale* que réclame la prise en charge d'un enfant en *Centre médico-psychologique*. C'est à partir de ces aspects que nous souhaitons engager la discussion dans le cadre du présent colloque.

Ces centres sont des établissements publics ou privés (principalement associatifs), qui s'adressent aux enfants ou adolescents ayant « des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement ». Ils regroupent différents professionnel·les du soin, qui « ont pour fonction d'effectuer des bilans, de diagnostiquer d'éventuelles manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action thérapeutique ou rééducative sous la responsabilité d'un médecin. Mais ils regroupent aussi des professionnel·les issus du champ socio-éducatifs. Leur activité conjointe est exclusivement ambulatoire et prend la forme de consultations, de séances de traitement au maximum quelques heures par semaine¹.

Un des rôles de cette institution est de proposer une régulation de l'échec scolaire. Il faut ainsi rappeler dans cette introduction, que les politiques de lutte contre l'échec scolaire n'échappent pas en France au tournant que les politistes désignent par « individualisation des politiques publiques, « au sens où les politiques éducatives ciblent de plus en plus des comportements individuels ». On passe ainsi d'une approche qui prenait en compte des facteurs structurels ou sociaux, à une approche qui examine des facteurs plus individuels » (Borraz et Guiraudon 2010, 15). Cette évolution de l'action publique dépasse le

cadre national. En Suisse par exemple, cette approche individualisante du problème est visible dans les dispositifs de traitement des difficultés scolaires mis en œuvre depuis 2010, qui passent par la systématisation des entretiens parents/enseignant·es (Deshayes et al. 2018). Pour le cas français, Stanislas Morel met en évidence une évolution comparable des manières d’appréhender l’échec scolaire. Selon lui, des années 1960 au milieu des années 1980, l’échec scolaire est perçu comme un phénomène socialement situé, qui se construit « dans un milieu social, dans un environnement familial, dans un contexte scolaire » (Morel 2014, 9). Mais, à la fin des années 1980, on passe d’une approche centrée sur les inégalités sociales à une interprétation de l’échec scolaire comme « la somme des défaillances individuelles d’élèves "à besoins éducatifs particuliers" qui, ne parvenant pas à maîtriser les savoirs fondamentaux, relèvent d’aides personnalisées et spécialisées » (Morel 2014, 11).

L’affirmation de la nécessité d’un accompagnement adapté à chaque enfant contribue alors à « l’externalisation des solutions vers des dispositifs médico-psychopédagogiques » (Deshayes et al. 2018, 111) et donc à ce que Morel appelle « une médicalisation de l’échec scolaire ». Ces dispositifs, notamment à travers les CMP, existent depuis l’après-guerre et représentent une offre formulée par les psychanalystes (médecins ou non) pour prendre en charge toutes sortes de difficultés, dont les difficultés scolaires alors considérées comme un symptôme. *Ils tendent à devenir pour les enseignant·es un recours pour déléguer à d’autres professionnels les comportements déviants de certains élèves.¹ De plus, l’enfant est maintenu autant que possible dans son milieu familial » (Coldefy 2005, 2), ce qui implique une alliance entre milieu familial, professionnels du soin, et milieu scolaire que nous souhaitons interroger.*

Notre contribution s’appuie sur une enquête ethnographique dans un CMP de Lyon. Outre de nombreuses observations dans ce CMP, nous mobiliserons un corpus de 22 entretiens conduits avec 13 professionnel·les du CMP et 9 chef·es de familles dont les enfants sont suivis au CMP. Les professionnel·les interviewé·es sont 4 psychiatres, 1 psychologue, 3 infirmières, 1 éducatrice spécialisée, 2 psychologues, 1 secrétaire, 1 assistante sociale. Les entretiens d’environ une heure à deux heures sont biographiques et semi-directifs, ils se sont déroulés pour une majorité d’entre eux au sein du CMP, je pourrais, si besoin, revenir sur les aspects méthodologiques de l’enquête lors des échanges.

Dans une *première partie* je décrirai et analyserai en quoi cette approche individualiste de la difficulté scolaire, contribue paradoxalement contribue à *une mise à distance de la question scolaire ou pédagogique*, qui certes bénéficie à l’école et aux professionnel·les du soin, enferme les élèves dans leurs difficultés, tant ils sont tenus à distance des normes scolaires et des exigences de l’école. Dans une

seconde partie, je m'attacherai à ce qu'implique la collaboration des familles avec les professionnels du soin pour le travail parental.

I/ Une alliance qui engendre une mise à distance de la question scolaire

Stanislas Morel parle d'un transfert de la légitimité pédagogique en dehors du monde scolaire. Sur notre terrain, on observe plutôt une mise à distance de la question pédagogique. Au CMP, l'éducatif semble s'effacer progressivement au profit du psychologique.

a) L'éducatif s'efface progressivement au profit du psychologique

D'ailleurs, au sein des CMP, *« la catégorie professionnelle qui connaît la plus forte diminution entre 1997 et 2001 est celle des personnels éducatifs, pédagogiques et sociaux avec 15 % de moins qu'en 1997. Cette tendance est particulièrement marquée chez les éducateurs spécialisés (-25 %), chez le personnel d'enseignement (-17 %) (instituteurs spécialisés, professeurs des écoles), et dans une moindre mesure chez les assistants sociaux (-7 %) » (Coldefy 2005, 3)*. Cette évolution a des conséquences sur le type de soins apportés aux enfants pour qui l'horizon scolaire s'éloigne donc progressivement.

A titre d'exemple, c'est Marjory, l'infirmière du CMP, qui faisait réviser son bac français à Lise pendant les soins. Mais ce travail scolaire est progressivement abandonné au profit de la relaxation.

« Avec Marjory, elles ont plutôt travaillé... Au début elles ont travaillé pour préparer le bac car elle passe le bac français en fin d'année (...) puis vite Marjory s'est aperçue que Lise ne pouvait pas et donc elles ont fait des exercices de relaxation des choses comme ça... Et donc là elle va le passer ? Finalement non parce qu'elle a pris conscience de son retard et elle se dit qu'il fallait mieux redoubler et faire une année un peu plus sereine l'année prochaine et voilà. » (Véronique, mère de Lise, âgé de 16 ans et suivie au CMP)

Autre indice de l'éloignement entre l'institution scolaire et le CMP : ***le personnel médical des CMP ne se rend plus dans les écoles.***

« Elle [l'assistante sociale] va dans les écoles, faire les équipes éducatives, les réunions et tout ça souvent c'est l'assistante sociale qui se déplace. C'est un peu notre ambassadeur sur les partenaires extérieurs.

C'est pas vous qui allez directement participer aux équipes éducatives ?

On n'a plus le temps. Ça peut si vraiment on veut. Si vraiment on a des situations extrêmement compliquées. Donc dans de rares cas, moi je me suis déjà déplacée. Avant, les personnes se déplaçaient peut-être plus facilement. » (Docteur Dermiter, psychiatre au CMP)

Les liens entre l'institution scolaire et le CMP ne reposent plus que sur les assistant-es social-es, ces acteur-ices qui occupent une position de « marginal sécant », c'est-à-dire des acteur-ices qui sont « parties prenantes dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer un rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires » (Crozier et Friedberg 1981, 73), mais qui ne sont pas celles qui disposent du plus de poids dans les relations internes au CMP.

b) Le bien-être de l'enfant au cœur comme principal objectif thérapeutique

Si l'identification de difficultés scolaires est une des principales voies d'entrée au CMP, on observe ainsi **une rapide disparition de cette question une fois l'enfant pris en charge par les professionnel-les du soin.**

« Parfois il y a des personnes qui vont arriver en disant il a une dyslexie, une dysgraphie ou je ne sais pas quoi, et la dysgraphie on va voir qu'il ne tient pas bien son crayon, et que finalement c'est carrément le tonus corporel qui ne va pas bien. Mais il n'y a pas que le tonus, il y a aussi la régulation des émotions et tout un accordage avec la famille, un milieu familial qui est compliqué et là on va voir qu'il y a beaucoup de travail mais de façon très large. **Et là on va voir qu'il avait effectivement une dysgraphie mais on ne va pas forcément le mettre... ça va pas être l'objet principal du suivi.** » (Docteur Dermiter, psychiatre au CMP)

« Et ces enfants quand ils sont en hôpital de jour, ils travaillent sur des objets scolaires ? Non pas du tout, c'est purement le soin. Alors effectivement, les parents nous disent "il ne va pas à l'école", mais **nous ce qu'on dit c'est que s'il va mieux forcément que les apprentissages iront mieux, donc il faut d'abord privilégier les soins et après les apprentissages.** Parce qu'un enfant qui n'arrive pas à apprendre, il vaut peut-être mieux qu'il vienne aux soins ici. » (Docteur Vanruicek, psychiatre au CMP)

Comme le montre cette citation, ***le discours du bien-être de l'enfant est privilégié et est construit comme objectif du travail thérapeutique en lieu et place de la résolution des difficultés scolaires.***

« Nous notre objectif c'est l'épanouissement de l'enfant. Ce qui n'est pas forcément le même objectif que l'académie, que l'éducation nationale. Et donc un enfant peut s'épanouir avec un parcours scolaire un peu atypique, avec des formations un peu différentes. Nous l'idée c'est vraiment l'épanouissement de l'enfant. » (Docteur Dermiter, psychiatre au CMP)

Cet éloignement de l'horizon scolaire peut s'expliquer aussi par le fait que la liste d'attente pour la prise en charge dans les CMP et CMPP est de plus en plus longue : cela conduit donc à privilégier le traitement des cas de plus en plus lourds, dont l'intégration dans l'école est très difficile.

Le discours sur l'amélioration du bien-être de l'enfant, contre la recherche de la performance scolaire, est en phase avec la vision de la psychiatrie que veulent porter les médecins, à savoir une médecine fondée sur la longue durée et sans résultats vraiment mesurables. On peut faire l'hypothèse que ce discours répond à une logique professionnelle de défense contre l'évaluation. Effacer l'objectif de lutte contre l'échec scolaire permet aussi de mettre à distance une potentielle évaluation du travail psy par la seule prise en compte de l'amélioration ou non des résultats scolaires.

*« On nous pousse à devenir des experts justement, à être de plus en plus précis, **on nous demande un peu des résultats quand même sauf que on se rend compte qu'on ne peut pas... Ça serait mal faire notre métier que de répondre à cette demande je pense.** Il y a des choses où les familles ont besoin de temps, besoin justement de ne pas avoir d'attentes précises pour laisser venir des choses qui sont complexes, qui sont transgénérationnelles. » (Docteur Dermiter, psychiatre au CMP)*

c) Des bénéfices pour l'école et pour le monde médico-psychologique

L'évolution parallèle de ces deux secteurs sociaux (l'école et le monde médico-psychologique) aux objectifs indépendants s'explique par le fait que chacun des secteurs bénéficie du travail de l'autre.

- Les psy sont déchargés d'un impératif de résultats court-termismes évalués par la disparition des difficultés scolaires
- et l'école est elle aussi déchargée de son travail d'intégration d'élèves qu'elle a des difficultés à inclure.

« Après avec l'inclusion des enfants autistes, des enfants avec handicap, l'inclusion en milieu scolaire depuis 2011 on est aussi plus en lien avec les écoles de ce fait car les enseignants ne sont pas non plus forcément formés à certaines pathologies, à certains accompagnements, ils peuvent être seuls avec des classes de je ne sais pas combien... » (Docteur Dermiter, psychiatre au CMP)

D'une certaine façon, ***l'école peut ainsi se décharger des enfants les plus difficiles.***

« Comme l'enfant, il est beaucoup agité. Ils vous poussent à ne pas l'amener à l'école. A ne pas l'amener des journées... Ça vous l'avez senti ? Oui, je l'ai senti. Encore là, mardi. Elle a dit "oui, il n'a pas besoin de revenir après l'école... euh... après l'hôpital de jour". Ils ne veulent pas. Ils veulent que tu le gardes avec toi. Déjà, je le dis à la maitresse. Déjà, qu'il ne va pas à l'école le lundi après-midi, euh... s'il ne va pas mardi après-midi à l'école. Jeudi après-midi, il ne va pas à l'école. Bon, vendredi, il va... Pour eux, c'est une charge lourde de garder un enfant. Alors qu'il est suivi par une AVS quand même. Il y a quand même quelqu'un avec lui, 18 heures par semaine. Après, c'est pas que ça me fatigue moi. Je veux bien garder mon fils, il n'y a pas de souci. Mais, il faut bien qu'il découvre. Il ne va rien apprendre avec moi. A la rigueur, je peux lui faire faire des dessins, des jeux. Mais, il ne suit pas comme un enfant normal, vous savez. Il n'a pas forcément envie de jouer à ce que vous lui proposer. » (Houda, mère de Driss, 6 ans, et Karima, 4 ans, suivis en CMP).

Les parents se trouvent confrontés aux injonctions à la déscolarisation. Les modalités de cette prise en charge entrent en contradiction avec les objectifs officiels d'inclusion au nom desquels se décline aujourd'hui ces formes de déscolarisation.

De plus, la référence au bien-être de l'enfant peut être comprise comme une rhétorique professionnelle qui occulte les enjeux associés aujourd'hui à l'intégration professionnelle des parents, qui reste corrélée à une réussite scolaire minimale. L'amélioration des comportements signalée par certains parents se paie par une désaffiliation scolaire dont les professionnels minimisent les effets potentiellement inégalitaires en observant que des élèves peuvent réussir par des voies marginales. Mais dans les faits, les filières spécialisées débouchent le plus souvent sur des situations plus précaires professionnellement.

II/ Une alliance qui repose sur une contribution active des parents à la médicalisation de leur(s) enfant(s), au risque d'une désocialisation et d'une précarisation

Précisons d'emblée que la méthode d'enquête inclue un double biais dans la mesure où d'une part nous n'avons pas interviewé de parents qui auraient fait cesser les soins de leur(s) enfant(s), d'autre part notre enquête impliquait que l'on s'attache exclusivement à des parents en situation de monoparentalité.

Néanmoins, une vraie implication des parents est observable et elle n'est pas réductible aux CMP : elle s'inscrit dans un « paradigme de la coopération » (Deshayes et al. 2018, 106), observé à l'école (Giuliani et Payet 2014), dans le travail social (Astier 2009) ou même avec le personnel médical (Arborio et Lechien 2019).

a) Une saturation du travail parental contraignant pour les carrières professionnelles des parents

Comme l'explique la Docteure Vanruicek, *le suivi en CMP demande un investissement temporel parfois très important de la part des parents :*

« Mais par exemple pour l'accompagnement, c'est aux parents de le faire donc si vous avez un groupe thérapeutique de 10h à 11h30 toutes les semaines, pendant le temps scolaire, je ne sais pas si vous voyez comment vous pouvez vous organiser pour arriver à le faire. C'est pas tout parent qui a un travail avec des horaires variables, qui peut moduler, qui peut arriver plus tard ce matin mais finir plus tard ce soir. C'est pas donné à tout le monde. Ou avoir une nourrice qui peut aller le chercher à l'école, l'amener à son groupe car pour les groupes on ne demande pas forcément aux parents de rester. » (Docteure Vanruicek, psychiatre au CMP)

Cela est *d'autant plus vrai pour les familles issues des catégories populaires qui ne disposent pas des ressources financières leur permettant d'externaliser le transport et la garde de leur(s) enfant(s)*. Certain·es concilient l'impératif de gagner leur vie et le besoin de disponibilité pour leur(s) enfant(s) en prenant des emplois à temps partiel, comme c'est le cas de Véronique (AVS 26h/semaine) :

*« J'ai été 2 ans au chômage et j'ai trouvé un poste d'accompagnante d'enfants en situation de handicap. Et en fait finalement ce boulot c'est un peu... **il y a beaucoup de mères, de mamans seules avec enfants dans ce genre de boulots**. Finalement j'ai accepté parce que c'était des horaires d'école, donc ça m'allait bien, c'était les mêmes horaires que Lise, j'avais les vacances*

scolaires donc en fait finalement c'était le job idéal parce que ça me permettait d'être avec elle, de l'accompagner. » (Véronique, mère de Lise, âgé de 16 ans et suivie au CMP)

La déscolarisation partielle des enfants au profit de leur suivi en CMP participe de l'enfermement des parents dans leur rôle parental. ***De plus, cette implication des monoparents dans le traitement des difficultés de leur(s) enfant(s) a des effets pervers, dans la mesure où elle constitue un frein à la reprise d'une activité professionnelle.***

« Il faut passer le stade où on se dit, ça sera pas tout le temps comme ça mais quand on a pas de travail, qu'on veut travailler, qu'on veut faire quelque chose et que c'est une sacrée contrainte. C'est bête à dire car Coralie n'est pas une contrainte mais... C'est-à-dire qu'on se dit "mince comment je peux faire ? Là j'ai besoin de travailler, psychologiquement, financièrement, socialement mais je ne peux pas le faire parce que le lundi j'ai psychomot, le mardi j'ai orthophoniste, le mercredi j'ai pédopsy", voilà c'est vraiment quelque chose de compliqué. En quelque sorte, il faut se mettre entre parenthèse, être très opérationnelle pour son enfant, tout en sachant que ce qu'on fait là c'est pas ce à quoi on aspire parce que moi dans l'absolu, je voudrai que quelqu'un puisse prendre en charge Coralie pour l'emmener à ses soins et que moi je puisse travailler. » (Vanessa, mère de Coralie, âgée de 5ans, suivie au CMP)

La médicalisation des enfants issus de familles monoparentales ***contribue insidieusement à une forme de désocialisation et une précarisation des parents (principalement des mères).*** Docteure Vanruicek reconnaît l'absence de réflexion dans l'organisation des soins au sein CMP pour permettre aux parents de mieux concilier travail parental et vie perso ou professionnelle.

« Je ne sais pas si vous voyez quand vous êtes maman, que vous avez plusieurs enfants, moi je trouve qu'on leur demande des choses qui sont vraiment énormes, vraiment énormes. Parce que si vous avez imaginons une maman seule qui a un enfant qu'elle amène en orthophonie une à deux fois par semaine, elle vient en CMP, elle voit le pédopsychiatre au moins une fois par mois. L'enfant peut avoir un groupe thérapeutique une fois par semaine, plus peut-être une thérapie individuelle. Je trouve que la pédopsychiatrie ne s'interroge pas là-dessus, sur qu'est-ce qu'on demande à ces femmes. Souvent elles accompagnent leurs enfants mais comment on les prend en charge elles aussi car elles sont souvent dans des grandes douleurs et souffrances et je trouve qu'on demande beaucoup nous. La pédopsychiatrie, on est quand même exigeant dans nos demandes. » (Docteure Vanruicek, psychiatre au CMP)

b) Les ressorts de cette implication des parents à la faveur de la prise en charge en CMP

Comme précisé en amont, nous avons rencontré des parents en situation de monoparentalité, très souvent pris dans des formes d'isolement. On observe à cet égard que, quand elles sont démunies, les mères seules nous expliquent qu'elles demandent régulièrement comment agir au personnel du CMP. *Ainsi, les professionnel·les du CMP peuvent constituer des ressources, ce qui explique aussi pour une part au moins cette participation des parents dans les protocoles de soin de leurs enfants.*

Vanessa explique que ses choix sont parfois remis en cause par le père de Coralie (qui s'oppose à la poursuite des soins) ainsi que par sa propre famille aussi, qui pense qu'elle perd son temps. Le CMP constitue pour elle un soutien et elle utilise parfois les savoirs et le statut des professionnel·les pour s'autonomiser à l'égard de son entourage.

« il y a des moments où on ne sait pas réagir, on ne sait pas si ce qu'on fait c'est la bonne manière, parce qu'on ne peut pas en parler au papa, parce que le papa n'est pas au courant de tout et si on lui dit les soins, il va dire "arrête je veux pas", et c'est pour ça que c'est important d'avoir ces partenaires médicaux autour de moi car je sais que si j'ai quoi que ce soit, j'hésite jamais. Je le dis. Je demande. Parce que je me sens parfois démunie. Quand parfois je suis déstabilisée, qu'il y en a qui me disent "mais non fais pas ça", je leur dis "écoutez, je suis ce qu'on me dit de faire" et je me sers de ce que les partenaires médicaux me disent pour me donner cette force devant eux. En leur disant "vous êtes pas compétents, vous donnez des conseils mais vous êtes à votre statut de grand-mère, frère, amie, voisine, je ne sais pas, amis vous êtes pas les professionnels et moi j'écoute ce qu'on me dit". Et j'ai remarqué que là ça me donne un... ça me permet de contrer en quelque sorte leurs critiques parce qu'ils se disent "on ne va pas aller contre" » (Vanessa, mère de Coralie, âgée de 5 ans et suivie au CMP)

Les thérapeutes offrent une forme de légitimité à ses choix et lui permettent ainsi de s'autonomiser face à ceux ou celles qui essayent d'exercer un contrôle sur son éducation.

De plus, les parents rencontrés se définissent en premier lieu comme parents. Préalablement à la prise en charge de leurs enfants leurs horizons professionnels sont relativement réduits en ce sens qu'ils ne disposent pas de capitaux scolaires et sociaux élevés, en ce sens, *leur trajectoire offre une disponibilité biographique à la faveur de leur engagement parental.*

Enfin, une dernière raison de leur implication renvoie au constat que dresse uniformément la sociologie de l'éducation, à savoir tous les parents espèrent que leurs enfants réussissent à l'école et la prise en charge

en CMP constitue une stratégie accessible pour atteindre cet objectif. Néanmoins, ce dernier point relève d'une hypothèse de la chercheuse et non d'un résultat.

Conclusion

École et institution médico-psychologique ne sont pas complémentaires, au sens où elles se construisent des objectifs distincts. Mais elles ne sont pas non plus en concurrence car elles se consolident mutuellement. Même s'il peut exister ponctuellement des différends, qui ne remettent en cause qu'à la marge les termes d'une forme d'alliance.

Pour comprendre cette alliance, on peut mobiliser *le concept de transaction collusive* (Dobry 1986) qui permet de comprendre comment des acteur·ices aux intérêts différents peuvent cependant s'impliquer dans une même cause qui sert leurs intérêts respectifs.

Pour les enseignant·es, l'enjeu est de se libérer d'une prise en charge de la difficulté scolaire face à laquelle ils/elles se sentent désarmé·es (DEPP et Do 2007), d'autant plus qu'elle s'accompagne parfois de comportement scolairement déviant. Le nombre d'élèves par classe étant particulièrement élevé en France par rapport au nombre de professionnel·les scolaires disponibles pour les prendre en charge, l'éloignement des élèves les plus « difficiles » comporte aussi un enjeu pratique.

Pour les professionnel·les agissant au sein des CMP, l'externalisation de la prise en charge leur permet, sinon d'exister professionnellement, au moins de se développer, notamment en accaparant le temps officiellement dédié à la scolarité. Confronté·es à une demande plus forte que l'offre qu'ils/elle peuvent dispenser, ils/elles acquièrent une position dominante sur un marché.

L'idéologie professionnelle, relativement partagée par les enseignant·es et les professionnel·les du CMP, celle qui permet l'alliance, s'exprime dans des termes dont la logique paraît relativement incontestable : un enfant qui ne va pas bien psychologiquement ne pourra pas apprendre, tandis que les soins psychiques qui lui seront prodigués lui rendront cette capacité. Ce qu'elle ignore (et c'est pour cela que nous pouvons parler d'idéologie professionnelle) c'est que les savoirs ont nécessairement, pour la plupart d'entre eux, un caractère cumulatif qui rend inopérantes les pratiques qui consistent à différer la prise en charge de la difficulté : la psychologie cognitive a montré qu'un élève qui n'a pas appris à lire à temps est bloqué dans d'autres apprentissages et c'est au moins autant le cas en mathématiques. Or, les pertes en termes de temps scolaire occasionnés par les suivis en CMP sont telles qu'elles seront difficilement compensées, quand bien même l'énergie scolaire de l'élève serait décuplée par ses soins. Au-delà de ces aspects, c'est le temps de travail potentiel des mères qui est mis à disposition de

l'institution de soi et qui renforce la précarité des familles suivies, lesquelles appartiennent dans notre échantillon toutes aux franges précaires.