



HAL
open science

La pédopsychiatrie en souffrance

Isabelle Coutant

► **To cite this version:**

Isabelle Coutant. La pédopsychiatrie en souffrance. *Savoir/Agir*, 2020, Politisation, dépolitisation et repolitisation de la crise sans fin de la psychiatrie publique, 52, pp.79-83. hal-03028549

HAL Id: hal-03028549

<https://hal.science/hal-03028549>

Submitted on 10 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La pédopsychiatrie en souffrance

Isabelle Coutant, sociologue, CNRS-Iris

La souffrance adolescente est devenue un enjeu des politiques publiques à partir des années 1990. Les institutions ont été incitées à développer des accueils spécifiques pour les adolescents, et les points écoute jeunes, puis les Maisons des adolescents se sont multipliés sur le territoire. Cette politique s'est développée au confluent d'une préoccupation à la fois morale (prévenir le suicide) et d'ordre social (les violences urbaines, et plus récemment la « radicalisation », étant interprétées comme symptôme de souffrance). Dans le même temps, les files d'attente auprès des CMP, ou pour des lits d'hospitalisation se sont allongées, les moyens humains en pédopsychiatrie n'augmentant pas à la hauteur d'une demande de soins en forte croissance.¹ Cette augmentation de la demande de soins tient sans doute aux effets de la dégradation des conditions de vie dans les territoires les plus déshérités, mais aussi à des transformations sociales plus générales propices aux dépressions, aux addictions et aux pathologies « limite », tous milieux sociaux confondus.² Elle s'explique aussi probablement par une préoccupation plus grande des adultes envers les troubles des enfants et des adolescents qui les amènent à solliciter les structures de soins plus fréquemment qu'auparavant, et, dans le cas des jeunes les plus démunis, par les difficultés que rencontrent les autres institutions d'encadrement de la jeunesse pour s'acquitter de leurs missions. La pédopsychiatrie vient alors faire office de soupape pour les autres institutions. C'est dans ce contexte qu'elle est notamment amenée à prendre en charge les « troubles du comportement », les « troubles de conduites » ou pathologies « border line » d'adolescents « difficiles » - les qualifications diffèrent selon les nosographies et les affiliations théoriques.³

Comment la pédopsychiatrie fait-elle face ? A quelles conditions peut-elle « bien travailler » ? Les moyens institutionnels sont inégalement répartis sur le territoire, certains départements étant nettement mieux pourvus que d'autres. La répartition des moyens n'est pas toujours proportionnelle aux besoins de la population, et notamment à sa démographie. C'est l'argument qui a été mobilisé par une équipe de pédopsychiatres dans un secteur défavorisé de la région parisienne pour obtenir la création d'une unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents à la fin des années 1990, la courbe de la fermeture des lits depuis l'après-guerre ayant connu une évolution inversée de celle de sa dynamique démographique. Compte-tenu des caractéristiques du secteur, c'est en outre dans la prise en charge des « troubles du comportement » que cette unité s'est spécialisée, pour des jeunes âgés de 12 à 18 ans. En tant que sociologue ethnographe, c'est l'activité de cette unité que j'ai étudiée, à la fin des années 2000 : pendant neuf mois, j'ai passé en moyenne trois jours par semaine dans le service qui comportait dix lits d'hospitalisation et un centre de jour, assisté aux réunions, aux entretiens quand les professionnels, les patients et les familles donnaient leur accord. J'ai pu consulter les dossiers des jeunes suivis et me suis intéressée en profondeur à

¹ Voir le rapport du Sénat sur la psychiatrie des mineurs, déposé le 4 avril 2017 : <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-494.html>

² Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et sociétés*, éditions Odile Jacob, Paris, 1998 ; Maurice Corcos, Claire Lamas, « Fonctionnements limites à l'adolescence : psychopathologie et clinique psychodynamique », *L'information psychiatrique*, vol. 92, n°1, janvier 2016, p. 15-22.

³ Yannis Gansel, *Vulnérables ou dangereux ? Une anthropologie du souci des adolescents difficiles*, ENS Editions, Lyon, 2019.

une trentaine de cas. J'ai assisté à quelques réunions avec d'autres institutions en dehors de l'hôpital. Et j'ai réalisé des entretiens avec une grande partie de l'équipe, tous grades confondus.⁴

Les psychiatres responsables de cette unité, âgés d'une soixantaine d'années au moment de l'enquête, se rattachaient à la psychiatrie institutionnelle. Ils étaient différemment imprégnés de psychanalyse, ne prescrivaient pas tous les mêmes doses de médicaments, mais ils avaient en commun de considérer l'ensemble de l'équipe comme un « outil thérapeutique », agents hospitaliers, aide-soignant(e)s et secrétaires inclus. C'est la raison pour laquelle, sans doute, le « petit personnel » garantissait une forme de stabilité à l'équipe, qui contrastait avec le fort *turn over* des jeunes infirmier(e)s, attiré(e)s par des services plus « techniques » et plus prestigieux. Pour les agents hospitaliers et les aide-soignant(e)s, les réticences initiales à l'affectation dans l'unité avaient rapidement été levées du fait de l'intérêt trouvé à y exercer : « On arrive ici par hasard, on y reste par choix » disait l'une d'elles ; « travailler ici, c'est plus valorisant qu'au Central – [la médecine somatique, dans le bâtiment principal] – parce qu'ici on reste pas au niveau des balais et des seaux », disait une autre. Les tâches les moins valorisantes, autour du ménage, étaient en partie partagées avec les infirmier(e)s, avec les éducatrices et les patients eux-mêmes ; et d'autres tâches, concernant la relation avec les adolescents ainsi que certaines activités thérapeutiques, leur étaient confiées. Le point de vue des agents hospitaliers et des aide-soignant(e)s était pris en compte pour évaluer l'évolution des patients, ils participaient aux réunions de transmission quotidiennes et aux réunions de synthèse hebdomadaires. L'instabilité de l'équipe infirmière était a contrario une préoccupation pour les psychiatres, le *turn over* étant préjudiciable à la qualité des soins. La vacance de postes infirmiers avait été résolue par le recrutement de médecins étrangers officiant comme infirmiers : ils représentaient, comme le « petit personnel », une stabilité rassurante, tant pour les patients que pour les soignants moins expérimentés. Eux-mêmes s'étaient formés à la pédopsychiatrie « sur le tas », en écoutant et en observant les collègues, apprenant des agents hospitaliers et des aide-soignant(e)s autant que des psychiatres. Ils devaient toutefois passer le concours d'infirmier au bout de trois années, et en cas d'échec, étaient rétrogradés comme aide-soignants, sans plus de considération pour la compétence accumulée au cours de leur formation passée et de leur activité présente.

Les personnels « de première ligne », quotidiennement au contact des patients, dans le quotidien de l'unité, pouvaient cependant se sentir incompris des professionnels « de seconde ligne », dont l'activité se déroulait en majeure partie dans des bureaux, à l'écart des lits d'hospitalisation. Infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, agents hospitaliers, éducatrices, qui étaient amenés à faire rempart de leur corps lors des « *clashes* » pour contenir les adolescents, se sentaient parfois insuffisamment soutenus par les psychiatres et les psychologues, dans l'après-coup de tels événements. Dans l'ensemble, ils préféraient les protocoles bien balisés (par exemple tant de temps de chambre pour une insulte) plutôt que les injonctions à travailler « au feeling » qui les confrontaient à la peur de « mal faire », n'appréciaient pas toujours qu'on les amène à s'interroger sur leur responsabilité dans la survenue d'un « *clash* » quand les adolescents n'étaient pas eux-mêmes « repris », et trouvaient plus facile d'apprivoiser un jeune d'abord sédaté par un traitement médicamenteux, que de « travailler avec son symptôme » comme pouvaient le proposer les psychiatres et les psychologues. Une

⁴ Isabelle Coutant, *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*, La Dispute, Paris, 2012 ; « The psychiatric treatment of 'behavioural problems' in adolescence : Between coercion and socialisation », *Anthropology & Medicine*, vol. 23, 2016, p. 259-274.

aide-soignante confiait ainsi, après avoir été agressée par une adolescente : « Même si tu sais qu'elle n'attaque pas l'individu mais le cadre, l'institution, tu te dis que tu travailles pour l'institution donc tu sers aux symptômes de cette jeune. En fait tu es la marionnette qui permet à la jeune de lâcher son symptôme, et comme cela on peut dire qu'elle attaque l'institution. Mais c'est quand même mon corps ! Quand un jeune t'attaque, on te dit que ce n'est pas toi la personne attaquée, mais en attendant, ton corps fait partie de toi quand même ! La peau, les cheveux, l'émotion, tu ne peux pas les mettre de côté en disant qu'il ne faut pas faire attention parce que c'est le cadre et l'institution. » Le psychiatre responsable de l'unité avait donc pour tâche d'arbitrer entre la compréhension due aux patients, et l'attention à porter aux soignants de « première ligne », afin d'assurer une stabilité d'équipe et une ambiance de travail favorables à un soin de qualité.

Ce qui était considéré comme du soin de qualité ou du « bon travail », reposait en grande partie sur le « travail de l'alliance » avec les patients et, avec leurs familles lorsqu'elles étaient présentes. L'enjeu était de construire le consentement au soin, notamment en justifiant la contrainte comme thérapeutique. Pour que cette justification soit efficace, il fallait que les soignants eux-mêmes soient convaincus de son bien-fondé et de la légitimité de leur intervention, ce qui n'allait pas toujours de soi face à des troubles qui n'étaient pas nécessairement très avérés dans la nosographie psychiatrique. D'où les tensions récurrentes avec les services éducatifs lorsqu'ils sollicitaient l'unité pour hospitaliser un(e) adolescent(e) qu'ils ne parvenaient pas à gérer : « Qu'est-ce qui vous fait penser qu'on va faire ça mieux que vous ? », leur renvoyaient régulièrement les psychiatres. Ces résistances à la demande tenaient aussi à l'inquiétude de voir ces hospitalisations excéder la durée jugée nécessaire aux soins, faute de solutions de placement en aval de l'hôpital dans certains cas, les adolescents hospitalisés souffrant du double stigmate « psychiatrie » et « banlieue » aux yeux des familles d'accueil ou des foyers susceptibles de les accueillir une fois la « crise » traitée. C'est ainsi qu'au cours de mon enquête, trois patients par ailleurs suivis par les services de l'aide sociale à l'enfance étaient hospitalisés depuis près d'un an, alors que les psychiatres les jugeaient « sortants » depuis plusieurs mois et qu'ils étaient scolarisés en journée dans des établissements spécialisés. Dans ces situations, les psychiatres redoutaient de se retrouver dans un « face-à-face » avec le patient, sans institutions tierces pouvant prémunir la psychiatrie de « la tentation totalitaire » qui a marqué son histoire - ce sont les termes qu'employait l'une des psychiatres.

Les psychiatres craignaient aussi la chronicisation d'adolescents qui finissaient par se représenter l'unité comme leur « deuxième maison », et qui, une fois sortis, demandaient parfois à être réhospitalisés, ce qui en disait long sur leurs conditions de vie en dehors de l'hôpital. Tout l'enjeu pour les soignants était alors de « travailler l'aval », « travailler l'insertion » : mais cela supposait des structures d'aval en quantité suffisante, ce qui n'était pas le cas au moment de l'enquête. Beaucoup s'inventait et se bricolait, grâce aux liens tissés au fil du temps avec différents professionnels de la région, dans différentes institutions : tel principal de collège, telle assistante sociale de secteur, telle famille d'accueil, tel lieu de vie, telle fondation soins-études... Il arrivait aussi que d'autres services de l'hôpital soient sollicités pour que des adolescents hospitalisés y effectuent des « stages », leurs capacités d'insertion et d'interaction pouvant être évaluées à cette occasion. Lorsque les adolescents retournaient vivre dans leurs familles, c'était un « travail des relations familiales » qui s'engageait, afin d'influer sur les relations et les perceptions mutuelles, de manière notamment à alléger l'adolescent du stigmate dont il était porteur. Il s'agissait d'introduire un mouvement sans

pour autant faire trop trembler l'édifice, tout en préservant « l'alliance » nécessaire à un suivi thérapeutique dans la durée afin de consolider ce qui avait été entrepris.

Toutes ces dimensions de l'activité thérapeutique, qui participent de ce que les soignants définissent comme « du bon travail », dont ils peuvent s'estimer satisfaits, reposent sur la parole et requièrent du temps. Elles ne sont pas aisément quantifiables et s'ajustent mal aux attendus administratifs qui président à l'évaluation de l'activité. Elles nécessitent du personnel, et des équipes relativement stables. Elles supposent des pédopsychiatres en nombre suffisant, à l'heure où la profession s'inquiète de son vieillissement et de la vacance de postes à l'hôpital public. Dans une tribune publiée par *Libération* le 29 mars 2018, intitulée « La pédopsychiatrie ne veut pas mourir ! », les pédopsychiatres Bernard Golse et Marie-Rose Moro alertaient ainsi sur les perspectives de la pédopsychiatrie du fait du manque de moyens et de personnel. Ils notaient qu'en dix ans, alors même que l'activité avait fortement augmenté, le nombre de pédopsychiatres avait diminué de moitié, et que la grande majorité ayant plus de 55 ans, cette situation risquait de s'aggraver. Si les problèmes de recrutement tiennent à des paramètres multiples, il sont aussi le signe de la souffrance d'une profession sous tension.⁵ Lors de mon enquête, l'une des psychiatres de l'équipe affectée aux urgences pédiatriques souffla un jour de découragement : « Je rêve d'avoir une vraie bouffée délirante ». Manière indirecte de signifier la fatigue accumulée à traiter de situations chronophages dans lesquelles bien souvent souffrances sociales et psychiques s'entremêlent. Lorsque le psychiatre responsable de l'unité a quitté l'hôpital, suite à un conflit avec une administration qu'il jugeait de plus en plus intrusive, il n'a pas été remplacé, faute de candidat. Il a fallu réduire le nombre de lits, et déléguer un peu plus l'activité de consultations et de gestion d'équipe aux jeunes psychologues, pour la plupart en contrat précaire.

Sommée de « bien traiter » ses patients en les considérant comme des « sujets », de s'assurer le plus possible de leur « consentement » malgré la contrainte, de respecter leurs droits, de les accueillir tout en encourageant leur « autonomie », la pédopsychiatrie a vu, comme la psychiatrie, les exigences éthiques peser de plus en plus sur ses pratiques, alors même que ses missions se sont étendues à toute la gamme des souffrances sociales, dans un contexte de précarisation accrue tant de l'institution que d'une partie de son public. Injonctions parfois contradictoires que la pandémie de covid-19 est venue tout à la fois un peu plus révéler et accentuer.

⁵ Christian Baudelot, Michel Gollac *et alii*, *Travailler pour être heureux ?* Fayard, Paris, 2003.