



HAL
open science

Les interventions institutionnelles auprès des jeunes de milieu populaire. Entre "travail de soi" et "travail des relations familiales"

Isabelle Coutant

► To cite this version:

Isabelle Coutant. Les interventions institutionnelles auprès des jeunes de milieu populaire. Entre "travail de soi" et "travail des relations familiales". Marie-Hélène Lechien; Olivier Masclet; Gérard Mauger. Le je, l'entre-soi, le nous dans les classes populaires, Editions du Croquant, pp.199-211, 2023, 978-2-36512-331-0. hal-04279741

HAL Id: hal-04279741

<https://hal.science/hal-04279741v1>

Submitted on 10 Nov 2023

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.

Ce texte est une version approchée du chapitre :

Les interventions institutionnelles auprès des jeunes de milieu populaire. Entre "travail de soi" et "travail des relations familiales", paru dans *Le je, l'entre-soi, le nous dans les classes populaires*, Marie-Hélène Lechien, Olivier Masclét, Gérard Mauger (dir.), Editions du Croquant, p. 199-211, 2023.

**Les interventions institutionnelles auprès des jeunes de milieu populaire :
entre « travail de soi » et « travail des relations familiales »**

Isabelle Coutant, CNRS-Iris

Si les classes populaires ont été profondément transformées par les effets de la massification scolaire, elles le sont aussi, pour partie, mais sans doute plus que les autres groupes sociaux, par l'ensemble des interventions socio-éducatives dont elles font parfois l'objet. Ces interventions mobilisent essentiellement les métiers du travail social, mais elles intègrent également souvent des professionnels de la justice et des métiers du psychisme (pédopsychiatres, psychologues). Elles s'inscrivent dans une forme de gouvernement par la parole : la discipline contemporaine se parle, et fait parler. A travers ces interventions, parents et enfants font l'expérience d'entretiens plus ou moins formels répétés au cours desquels un certain type de rapport à soi, réflexif, est encouragé. Le film d'Emmanuelle Bercot *La tête haute*, qui a ouvert le festival de Cannes en 2015 donne finement à voir ce qui se joue au cours de ces interactions entre une juge des enfants, un éducateur, un adolescent et sa mère, dans le temps long. Ces différentes catégories de professionnels s'intéressent également à la dynamique des relations familiales qu'il peut s'agir d'infléchir. Mon parcours de recherche m'a ainsi amenée, depuis l'étude des relations entre des jeunes et leurs éducateurs jusqu'à l'observation du travail en pédopsychiatrie, à m'intéresser à la dimension socialisatrice de ces institutions, et aux formes d'acculturation et de réappropriation qu'elles engendrent. Lorsque ces relations institutionnelles s'inscrivent dans la durée, on peut en outre considérer qu'en intervenant sur les individus, les professionnels agissent sur la « configuration je-nous » qui les définit, et plus particulièrement sur l'équilibre entre ces deux pôles constitutifs de toute identité. Cette conception du soi, empruntée à Norbert Elias, permet de penser le soi comme un système ouvert dans lequel le « je » ne peut être pensé indépendamment d'un « nous », la pondération entre le « je » et le « nous » variant selon les époques, les sociétés, et les groupes sociaux (qui sont plus ou moins « individualisés »). Si l'on appréhende l'adolescence et le devenir adulte comme des processus d'individualisation, ou d'autonomisation psychique vis-à-vis du groupe familial, on peut aussi considérer que cette pondération varie selon l'âge.

Une pédagogie de la réflexivité

Une première enquête auprès d'un dispositif d'insertion lié à la Protection Judiciaire de la Jeunesse, réalisée dans le nord de l'Ile-de-France au début des années 2000, m'a permis de réaliser une quinzaine d'entretiens avec des jeunes qui avaient été suivis par diverses institutions (sociales, éducatives, judiciaires) et divers professionnels (magistrats, éducateurs,

conseillers de mission locale, « psy »).¹ Le principal enjeu de la formation, axée sur les métiers de l'animation, était d'ouvrir la possibilité de nouvelles affiliations, professionnelles, à des jeunes dont l'identité sociale était jusqu'alors essentiellement définie par leur appartenance au monde des bandes adolescentes. Dans cette perspective, il s'agissait aussi de renforcer le pôle « je » de leur identité à travers une pédagogie de la réflexivité, afin de les autonomiser par rapport à leurs pairs et de leur permettre de résister à la force d'attraction du groupe et de la culture de rue, tout en élargissant leur espace social de référence afin de diversifier la composition du pôle du « nous ».² Le groupe des stagiaires – d'autres semblables à soi, aux expériences proches, mais dans un contexte différent de celui de la rue – offrait un premier « nous » de transition, et préparait aux nouvelles relations dans le monde de l'animation, univers professionnel relativement accueillant pour ces jeunes souvent issus des cités et de l'immigration. Pour expliquer leur adhésion au dispositif, ces jeunes âgés de 16 à 18 ans mettaient en avant la dimension à leurs yeux valorisante du métier proposé, par opposition aux métiers manuels déconsidérés, et « l'ambiance » du groupe. L'apaisement des relations familiales, la fierté des parents quand ils obtenaient leur diplôme, constituaient un bénéfice secondaire. La manière dont s'effectuaient les rappels à l'ordre en cas de manquement était aussi soulignée : les éducateurs les prenaient « à part » lors d'entretiens individuels, « en tête à tête », « en face à face » et non « de haut ».³

Les filles mettaient particulièrement en valeur cette relation de parole avec leurs éducateurs quand les garçons soulignaient le soutien obtenu pour diverses démarches. Souad considérait que son éducateur lui avait appris « la psychologie », et estimait que cela « l'aidait beaucoup » : « Quand on a un problème et qu'on réagit d'une manière ou d'une autre, il y a toujours une raison. Ça mon éducateur il me l'a appris : "pourquoi tu as fait ça ? Peut-être parce qu'il y a eu ça..." Moi je cherche : non, c'est pas ça, donc je cherche autre part. Il m'a appris la psychologie et ça aide beaucoup. Et si on y réfléchissait plus des fois, ça éviterait même des conneries. A venir. » J'ai fait l'hypothèse que ces entretiens individuels, base du travail socio-éducatif, pouvaient être analysés comme des confessions sécularisées⁴, et qu'en ce sens le récit de soi participait de la construction de soi. Dans une perspective foucauldienne, on peut les intégrer aux « techniques de soi »⁵. Mon enquête ultérieure⁶ dans un service de pédopsychiatrie de banlieue m'a conduite à préférer la notion de « travail de soi » proposée par Muriel Darmon à propos des jeunes anorexiques.⁷

Cette deuxième enquête est liée à la précédente, à la fois théoriquement et empiriquement. Les éducateurs rencontrés dans le cadre de la première enquête se plaignaient de jeunes « de plus en plus déstructurés », « *border line* », et ils avaient l'habitude de solliciter les conseils des psychiatres de l'unité rencontrés dans la seconde. Cette unité de dix lits, à laquelle étaient associés un centre de jour et une activité de consultations et d'évaluation, avait été créée à la fin des années 1990 pour répondre à la demande de soins dans un département dépourvu d'offre pour les adolescents, alors même que la population

¹ Isabelle Coutant, *Délit de jeunesse. La justice face aux quartiers*, La Découverte, Paris, 2005.

² Voir aussi Sébastien Roux, « La matrice pénale. Devenir adulte sous protection judiciaire », *Politix*, vol. 108, n°4, 2014, pp. 11-30.

³ Isabelle Coutant, « Le pouvoir des mots : à propos de l'encadrement socio-éducatif des jeunes 'sans avenir' », *Formation Emploi*, n°89, 2005, pp. 19-33.

⁴ Aloïs Hahn, « Contribution à la sociologie de la confession et autres formes institutionnalisées d'aveu », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 62-63, 1986, pp. 54-68.

⁵ Voir Nikolas Rose, *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*, Routledge, London, 1990.

⁶ Isabelle Coutant, *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*, La Dispute, Paris, 2012.

⁷ Muriel Darmon, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, La Découverte, Paris, 2003.

avait fortement augmenté avec la construction massive des grands ensembles. Les psychiatres s'étaient donné pour mission d'accueillir en priorité les jeunes avec des « troubles du comportement » rejetés de toutes les institutions, qu'ils jugeaient particulièrement représentés dans les banlieues populaires à la différence d'autres troubles comme l'anorexie. Ils faisaient l'hypothèse que ces troubles n'étaient pas sans lien avec la précarité et l'écartèlement des familles.

Deux des jeunes filles interviewées parmi les stagiaires du dispositif d'insertion avaient été auparavant suivies dans l'unité ; l'une d'elles, Fatima, fille d'immigrés marocains, avait été hospitalisée pendant six mois, à l'âge de 15 ans, après avoir fugué plusieurs mois en raison de violents conflits familiaux. Son père, chauffeur de bus, n'était pas parvenu à l'éloigner de ses « mauvaises fréquentations » malgré son achat d'un pavillon pour l'écarter de la cité. Elle avait trouvé auprès d'autres jeunes délinquants un refuge, et un environnement affectif de substitution qui la liait profondément à eux ; la reprise de contact avec son éducatrice, et un épisode délirant provoqué par une consommation excessive de stupéfiants l'ont conduite en psychiatrie. Si l'hospitalisation s'est faite contre sa volonté (elle en parlait a posteriori comme d'un traumatisme), elle disait en même temps sa reconnaissance envers le psychiatre qui l'avait aidée à « retrouver [son] moi d'avant » (« j'étais plus du tout moi, j'étais hors de moi »). Elle estimait que seule elle ne serait pas parvenue à se séparer des jeunes qu'elle fréquentait alors, parce qu'elle était trop dépendante d'eux et qu'elle ne parvenait plus à se penser sans eux. Elle soulignait également le rôle du psychiatre dans le rétablissement des liens familiaux : « Le psychiatre, il a fait un super bon travail avec moi. Il nous a fait une psychothérapie mais familiale ! Mes parents aussi, ils ont une grande estime pour cet homme ».

J'ai observé le travail des professionnels de cette unité durant neuf mois, en moyenne trois jours par semaine, à la fin des années 2000. J'ai eu accès aux dossiers de jeunes patients, j'ai assisté aux réunions entre professionnels et aux entretiens thérapeutiques individuels et familiaux. J'ai pu aussi mener moi-même des entretiens sociologiques formels avec les professionnels, informels avec les adolescents dans le quotidien de l'unité. Au total, j'ai étudié en profondeur une trentaine de suivis. Si les troubles qui amènent à hospitaliser un adolescent s'accompagnent généralement de la prescription de médicaments, l'activité est loin de s'y réduire ne serait-ce que parce qu'il faut « travailler l'alliance » avec les adolescents et leurs familles : elle passe par un travail de parole, aux différents grades de la hiérarchie hospitalière. Cette pratique tient en partie aux caractéristiques de l'unité étudiée, encore imprégnée de la psychiatrie institutionnelle⁸ et de la conception du secteur, mais cela concerne plus largement l'ensemble de la pédopsychiatrie française,⁹ du moins lorsque les équipes sont en nombre suffisant.¹⁰ Dans le monde anglo-saxon, d'autres orientations théoriques et thérapeutiques dominant désormais, autour des thérapies cognitivo-comportementales parallèles à la montée en puissance des neurosciences : les pratiques professionnelles sont différentes, mais elles mobilisent également la parole et la réflexivité autour de compétences (« habiletés ») sociales à acquérir.¹¹

⁸ Ce courant, né en France dans l'entre-deux-guerres, nourri de psychanalyse, a théorisé une critique de l'enfermement asilaire et pensé l'équipe soignante dans son ensemble – « petit personnel » inclus - comme un outil thérapeutique.

⁹ Voir Maïa Fansten, « Psychanalyse : une exception française ? », in *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*, I. Coutant et S. Wang dir., CNRS-éditions, Paris, 2018, pp. 247-265.

¹⁰ Sur le manque de moyens en pédopsychiatrie 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>

¹¹ Voir Nicolas Sallée, *Le nouvel âge de la réhabilitation. Jeunesse délinquante et gestion des risques au tournant du 21^e siècle*, Mémoire original d'HDR, EHESS, Paris, 2020.

J'ai décomposé l'analyse du « travail de soi » en deux moments : je me suis intéressée à ce qui se joue du côté du « je » d'abord, et du côté du « nous » ensuite (toujours entendus comme des pôles de l'identité).

Un travail de soi : du côté du « je »

Du côté du « je », c'est un certain type de rapport à soi qui est enseigné. Dans la pratique quotidienne de l'unité d'hospitalisation, il y a ce qui peut se dire en groupe et ce qui doit être réservé pour les entretiens avec les psychiatres et les psychologues (ce qui est « personnel ») : « ça, tu le diras en entretien », « ça tu le demanderas en entretien », expliquent régulièrement infirmières et aide-soignantes aux jeunes patients. Une sphère de l'intime est ainsi progressivement délimitée, qui est aussi celle de l'expression de besoins et de désirs propres.¹² Les adolescents sont également amenés à analyser après-coup certaines de leurs réactions et à les expliquer dans le registre des émotions : au départ, ce sont les professionnels qui suggèrent des interprétations quant aux émotions supposées, associées à divers événements qui ont pu affecter les adolescents, et ce champ lexical est au fur et à mesure approprié par les jeunes patients. Une éducatrice note ainsi dans le cahier de transmissions : « Daniel était très excité à son retour. Je lui ai dit qu'il y a d'autres moyens de nous signifier qu'il ne va pas bien. Daniel a rétorqué avec une grande émotion qu'il ne sait pas exprimer sa tristesse et sa colère autrement que par un comportement inadapté. » Des modalités appropriées de gestion des émotions sont explicitées : on a le droit d'être en colère, mais on n'a pas le droit de tout casser ; on peut s'écarter et s'isoler pour se calmer ; on a le droit de pleurer... Après six mois d'hospitalisation, Charlène explique qu'auparavant, elle « piquait sa crise », « traitait tout le monde », « tapait », et que désormais, quand ça ne va pas, elle va dans sa chambre et pleure. Des temps d'isolement en chambre sont institués, pour permettre à chacun de « se poser » et de « penser ». Thérèse, qui est hospitalisée pour la deuxième fois, à sa demande, profite de ces moments pour écrire et, depuis peu, pour lire (elle lit *Dans l'enfer des tournantes*, de Samira Bellil). Par ailleurs scolarisée dans une institution soins-études pour préparer un BEP sanitaire et social, elle s'est approprié une partie du lexique et du mode de raisonnement des soignants : ses amis de cité lui renvoient maintenant « ses mots de psychologue ».

Comme toute pédagogie, la pédagogie de la réflexivité repose aussi sur un usage des métaphores : la maison en ruines qu'il s'agit de reconstruire, la chrysalide qui devient papillon, la fracture à consolider, l'hospitalisation comme un troc (on y dépose quelque chose et l'on repart plus léger)... Les soignants font comprendre aux jeunes patients qu'ils ont un « travail » à effectuer. « Le travail, c'est toi qui le fais » explique par exemple une aide-soignante à un jeune hospitalisé lors d'un moment informel, ce qui entraîne la question d'un autre, qui assiste à la discussion : « Qu'est-ce que j'ai à travailler moi ? » Et l'équipe, de son côté, estime qu'elle a fait du « bon travail » lorsqu'un adolescent est capable d'un discours sur lui-même et sur ses difficultés qui lui semble « authentique ». Rapportant les propos d'un jeune de 13 ans suivi par l'Aide sociale à l'enfance après une entrevue avec sa mère, une psychologue commente avec satisfaction : « Il a pu faire part de son ambivalence, dire qu'il était à la fois content et angoissé. Il a pu dire que sa mère était émue. Je suis contente qu'il ait utilisé ces mots-là ».

¹² Dans le cadre d'une enquête ultérieure dans une Maison des adolescents, menée avec Jean-Sébastien Eideliman, une jeune fille a ainsi désigné ce lieu de consultations comme « [son] espace à [elle] » (« A l'écoute de la souffrance. Traiter les fragilités dans une maison des adolescents », in Juger, réprimer, accompagner, D. Fassin et alii, Seuil, Paris, 2013, pp. 271-308).

L'un des entretiens du psychiatre responsable de l'unité avec Romain, âgé de 15 ans, est ponctué par un commentaire de ce type. Contrairement à la plupart des adolescents de milieu populaire rencontrés dans l'unité, Romain n'a pas été hospitalisé en raison de « troubles du comportement » mais suite à une tentative de suicide médicamenteuse. Auparavant, après une entorse à la cheville et malgré la guérison, il n'a pas pu se remettre à marcher et n'a plus voulu quitter sa chambre. Il vit dans un pavillon en zone rurale, son père est ajusteur et sa mère secrétaire, en arrêt maladie pour des douleurs lombaires invalidantes. La garçon est longiligne, les cheveux mi-longs, tout vêtu de noir. Après quelques jours d'observation, le psychiatre a diagnostiqué une dépression. Lorsqu'il reçoit le garçon, il parcourt les notes laissées par différents soignants dans le cahier de transmission, qui font part de son mal-être : par moments il est « mutique », « prostré » ; une fois il s'est douché tout habillé pour se calmer. Le psychiatre amène Romain à verbaliser sa tristesse, puis lui demande à qui il parle quand ça ne va pas. Romain répond qu'il n'en parle jamais à personne : qu'il a l'habitude de sortir avec sa chienne sous la pluie pour s'apaiser. Le psychiatre suggère que « ce serait peut-être une chose à faire d'en parler » : « C'est un des moyens de se calmer, c'est de partager ça avec d'autres. On n'est plus tout seul avec, on est moins envahi, moins assiégé. C'est l'histoire, quand tu es tout seul dans ton petit donjon, qu'il y a des armées autour, tu es mal. Mais s'il y a des armées qui viennent secourir les assiégés, ça va mieux. » Le psychiatre demande à Romain pourquoi il n'en parle pas. Le garçon répond que sur le moment, il n'y arrive pas et qu'après, il « zappe ». Le psychiatre file sa métaphore en proposant une interprétation : « Tu es coupé en deux. Il y a une partie de toi qui connaît pas l'autre, une partie de toi assiégée qui demande pas d'aide à l'autre qui est libre. (...) Ça peut durer longtemps comme ça. Jusqu'à ce que tout soit envahi. Comment on pourrait faire alors ? » Face au monologue du psychiatre, Romain intervient peu, il réagit seulement par quelques gestes, entre sourires gênés, regards fuyants, moues dubitatives et signes de possible acquiescement. Il semble toutefois touché par une proposition du psychiatre, en fin d'entretien, qui fait le parallèle entre ce qu'il perçoit de sa situation et l'histoire d'une ancienne patiente hospitalisée après plusieurs tentatives de suicide. Ses parents l'appelaient « le rayon de soleil de la maison » : « Elle brillait pour les autres, mais pas pour elle-même. A l'intérieur le rayon de soleil avait pris l'eau. Je me demande si tu n'es pas un peu comme ça. Surtout que ton père, il est pas comme ça, c'est pas un bavard. C'est pas lui qui fait ça. Les rayons de soleil, c'est bien, mais des fois ils en font trop et ils s'oublient eux-mêmes. A force de trop briller pour les autres, ça se casse la figure à l'intérieur. La partie de toi qui va pas bien tu l'as pas aidée parce que peut-être tu as trop aidé ta mère. » Le garçon frotte machinalement ses mains l'une contre l'autre, reste silencieux, puis détourne les yeux pour cacher ses larmes. Le psychiatre ponctue l'entretien : « Je suis content qu'on ait pu échanger sur des choses vraies ». Une fois le garçon sorti de la pièce, il se tourne vers moi : « On a fait du bon travail. » Il le sentiment d'avoir « touché juste ».

Un travail de soi : du côté du « nous »

Le « travail de soi » ne se limite pas à une intervention sur le pôle « je » de l'identité, il engage aussi une nouvelle articulation avec le pôle du « nous ». Le groupe des jeunes patients constitue un nous de transition. A moyen terme, ce sont toutefois les appartenances extérieures à l'hôpital qui sont mobilisées. Il s'agit à la fois du « travail de l'aval » (l'insertion en dehors de l'hôpital, la reprise d'une scolarité) et du « travail des relations familiales ». Pour les jeunes suivis par les services de l'Aide sociale à l'enfance, placés dans des familles d'accueil

ou en foyer, il s'agit généralement de renouer des liens distendus (hormis dans les cas où les parents sont jugés « pervers »). Pour les autres, le « travail des relations familiales » peut-être analysé comme une déstabilisation de l'économie des échanges affectifs au sein de la famille, et comme une redistribution du capital symbolique.

Le cas de Romain est également intéressant de ce point de vue. Lors de l'entrevue avec les parents, le psychiatre leur fait d'abord part de ce qu'il perçoit des troubles et il explique le suivi envisagé. Le père est un homme costaud, à la peau rougie, qui parle peu. La mère est au contraire très volubile : c'est une femme coquette, apprêtée malgré ses douleurs lombaires qui l'obligent à porter un corset. Elle a déjà connu une hospitalisation pour dépression. Elle a intériorisé des schèmes d'analyse « psy » qui témoignent de son acculturation à l'institution : comme elle a été elle-même immobilisée pour ses problèmes de dos, elle pense que son fils a fait « un transfert ». Elle culpabilise et se demande si tout cela n'est pas de sa faute, parce qu'avec Romain ils sont « trop en symbiose ». Le psychiatre, qui semble un peu amusé par cette mère au franc-parler, lui rétorque qu'il n'y a pas forcément de cause et que, pour être en symbiose, il faut être deux, même le père, qui ne dit rien, est impliqué dans la situation. La mère revient sur son histoire familiale difficile, l'alcoolisme et la violence de son père, la dépression de sa propre mère. Puis elle se reprend : « On n'est pas là pour parler de moi, on est là pour Romain ». Le psychiatre l'encourage : « C'est important pour Romain que vous parliez de vous. » La mère essuie quelques larmes et s'excuse de pleurer. Le psychiatre commente : « On a le droit de pleurer », et, regardant le père, « les hommes aussi ». En poursuivant l'échange, il comprend que dans la famille, « c'est chacun son enfant » ; le fils aîné ressemble à son père, il a son caractère, viril et taiseux. Romain, lui, est plus proche de sa mère, plus « sensible ». Il a toujours aimé passer du temps avec elle dans la cuisine et envisage une formation professionnelle pour devenir cuisinier malgré les conseils de ses enseignants qui le poussent vers un baccalauréat général. Le psychiatre suggère que la séparation avec la mère, « nécessaire pour grandir », est douloureuse pour Romain (« il sent qu'il se détache de vous ») et que l'hospitalisation est là pour l'accompagner. Il décrit la procédure habituelle : pas de contact la première semaine, puis des appels téléphoniques autorisés, cinq minutes pour le père, cinq minutes pour la mère. Les parents sont déstabilisés, d'habitude, c'est toujours la mère qui se charge des coups de téléphone, le père n'est pas sûr de savoir quoi dire et la mère trouve à l'inverse que cinq minutes c'est trop court. Le psychiatre, là encore un peu amusé, concède neuf minutes pour la mère et une minute pour le père, « pour commencer ». La mère sourit : « C'est comme au Château », faisant allusion à l'émission de télé-réalité *Star Academy*. La répartition du temps téléphonique est loin d'être anecdotique aux yeux des soignants, puisque c'est l'un des leviers utilisés pour redistribuer les rôles parentaux.

Lorsque les adolescents sont suivis par ailleurs par un juge des enfants, c'est le juge lui-même qui peut porter cette recommandation d'un « travail des relations familiales », à l'intention, d'abord, des équipes éducatives.¹³ C'est ce qui figure notamment dans le dossier de Souila, reçue pour la troisième fois aux urgences pédiatriques au moment de l'enquête. Confrontés aux ambivalences d'une mère, par ailleurs aide-soignante, quant au projet d'hospitalisation de sa fille qu'ils jugent en danger (une première tentative de suicide à l'âge de 12 ans, des fugues répétées qui leur font craindre un engagement dans la prostitution), et face à l'échec d'un placement en famille d'accueil, les soignants envisagent ainsi de tenter de

¹³ Voir aussi la thèse de Guillaume Teillet, *Une jeunesse populaire sous contrainte judiciaire. De l'incrimination à la reproduction sociale*, Doctorat de sociologie de l'Université de Poitiers, sous la direction de Henri Eckert et Mathias Millet, 2019.

« réintroduire le père ». Souila, alors âgée de 14 ans, est la dernière des trois enfants du couple, et elle n'avait qu'un an quand ses parents se sont séparés. C'est aussi la seule des trois enfants qui pose problème, les deux aînés réussissent brillamment leur scolarité. L'enjeu est aussi pour l'équipe de lever le stigmate dont elle est porteuse. Au fil de mes différentes enquêtes, j'ai souvent rencontré cette configuration familiale, dans laquelle l'enfant « problème » se désignait lui-même comme « le vilain petit canard ». Ce peut-être celui qui, après la séparation du couple, est associé à l'autre parent dénigré. C'est en ce sens que l'intervention auprès des familles constitue une redistribution du capital symbolique : il s'agit de redessiner des places et de restaurer symboliquement certains membres du groupe.

Pour les familles récemment immigrées, la déviance d'un enfant peut être particulièrement fragilisante, parce qu'elle représente pour les parents le risque d'être associés aux « mauvais immigrés ». Ce sont sans doute les situations dans lesquelles le stigmate qui pèse sur l'adolescent déviant est le plus fort ; il peut s'agir de jeunes délinquants, mais aussi de ceux qui présentent des « troubles du comportement ». Lorsqu'ils sont originaires de pays pauvres, les parents sont par ailleurs souvent déconcertés quand les psychiatres évoquent le mal-être de leur enfant, arguant du fait que là d'où ils viennent, l'enjeu c'est la survie matérielle : « La dépression, chez nous, ça n'existe pas ». Les professionnels tentent alors d'établir une médiation entre les uns et les autres : ils cherchent à modifier le regard que les parents portent sur l'enfant, tout en amenant les parents à parler de leur histoire et à expliciter les raisons de leurs attentes éducatives, au croisement des normes culturelles d'origine et du projet migratoire. Lorsque les parents ne parlent pas français, les soignants de l'unité étudiée évitent de mobiliser les aînés dans les fratries pour traduire. Ils improvisent des solutions d'interprétariat au sein de l'hôpital puisque celui-ci emploie de nombreux soignants d'origine étrangère ou eux-mêmes étrangers. Là encore, l'enjeu est de redessiner et d'individualiser les places, de remettre les parents dans leurs rôles, conformément aux conceptions occidentales contemporaines de la famille. Liam est une jeune fille de 16 ans d'origine cambodgienne que ses parents ont fait hospitaliser à la suite d'un viol collectif. Ils étaient inquiets parce qu'elle continuait selon eux à se mettre en danger et qu'elle ne prenait pas le traitement antirétroviral préventif qui lui avait été prescrit. Lors d'une réunion, le psychiatre qui suivait déjà l'adolescente au Centre médico-psychopédagogique décrit le « clivage pathologique » de la famille, entre les filles nées au Cambodge, qui parlent la langue de leurs parents et ne posent aucun problème, et les deux plus jeunes nées en France, dont Liam, considérée comme une « mauvaise fille », rebelle et rétive.¹⁴ Pour la première consultation familiale, la psychiatre de l'hôpital refuse que les sœurs aînées jouent le rôle d'interprète et fait appel à une infirmière cambodgienne qui travaille dans un autre service. Le père se plaint des agissements de Liam, il exprime son désarroi et sa difficulté à parler avec sa fille. Elle ne le regarde pas mais l'écoute. Elle prend ensuite la parole en français pour dire combien elle se sent transparente à la maison. Elle est d'abord « dans le déni de ses mises en danger » (c'est ainsi que l'infirmière rapporte ses propos dans son dossier). Puis elle finit par reconnaître qu'elle ne laisserait pas ses propres filles agir à leur guise et qu'elle comprend finalement le point de vue de son père en matière d'éducation, mais qu'il ne le lui a jamais dit directement. A la fin de l'entretien, elle se tourne vers lui et lui adresse quelques mots en cambodgien ; le père, très ému, l'embrasse, les larmes aux yeux.

¹⁴ Même si le contexte migratoire est différent, on retrouve ici la problématique mise en évidence par Abdelmalek Sayad à propos des « enfants illégitimes » de l'immigration algérienne, ces « enfants de France », étrangers dans leur propre famille.

Dans le cas des « troubles du comportement », pour atténuer la stigmatisation de l'adolescent, le registre psychologique de la « crise d'adolescence » peut être mobilisé. Il permet de déculpabiliser les parents et de dédramatiser la situation. Il complexifie la perception des trajectoires : dans cette perspective, il n'y a pas seulement le « bon » et le « mauvais » chemin qu'ont parfois en tête les parents immigrés, mais des processus de construction de soi plus ou moins heurtés. C'est ainsi que dans le cadre d'une autre enquête autour d'une Maison des adolescents, un père guinéen finira par penser, après quelques consultations familiales transculturelles, que son fils n'est pas un délinquant mais un « trublion ». Pourtant décidé quelques semaines auparavant à renvoyer son fils unique au pays en guise de punition pour son indocilité scolaire, il finira par interpréter son comportement comme la manifestation d'un « besoin d'exister ». Le garçon, de son côté, confiera à l'assistante sociale de son collège - à l'origine de l'orientation à la Maison des adolescents - qu'il apprécie de pouvoir parler en entretien individuel de ce qui le préoccupe sans que tout soit répété à sa famille.¹⁵

Le terrain pédopsychiatrique ici mobilisé pour penser le « travail de soi » ne concerne qu'une fraction restreinte des familles populaires. Avec l'extension du champ de la santé mentale et la multiplication de ces nouveaux dispositifs que sont les Maisons des adolescents depuis les années 2000, on peut penser néanmoins que les interactions du type de celles qui sont décrites ici peuvent être rencontrées par une part croissante de la population. Les pratiques analysées se retrouvent en partie dans les suivis socio-éducatifs et socio-judiciaires. De ce point de vue, le terrain pédopsychiatrique est un miroir grossissant des processus qui traversent les relations entre familles populaires et institutions aujourd'hui. Aux adolescents, les professionnels enseignent un certain type de rapport à soi, une gestion des affects qui passe par la verbalisation des émotions, une capacité à commenter après-coup telle ou telle réaction, dans des temps et des espaces dédiés à l'intime. En d'autres termes, les professionnels renforcent le pôle « je » de leur identité. Tout cela participe donc des processus d'individualisation qui transforment les classes populaires contemporaines. Ces interventions s'accompagnent aussi d'un travail sur le pôle du « nous » : tout individu se définit par une « configuration je-nous » dans la sociologie de Norbert Elias ; il n'y a pas de « sujet » sans supports sociaux estimait pour sa part Robert Castel. En plus du travail d'insertion scolaire, c'est donc aussi sur l'ensemble du groupe familial que les professionnels agissent. La légitimation des émotions, la délimitation des places, le retour sur l'histoire de chacun finissent par induire un rapport réflexif à soi qui s'étend aux parents et parfois aux fratries lorsqu'elles se sentent concernées. Et toutes ces évolutions rapprochent culturellement les catégories populaires des autres groupes sociaux.

¹⁵ Voir le cas de Hamidou dans l'article sus-cité co-écrit avec Jean-Sébastien Eideliman, « A l'écoute de la souffrance. Traiter les fragilités dans une Maison des adolescents ».