



**HAL**  
open science

## Les troubles du comportement : un enjeu politique ?

Hugo Dupont

► **To cite this version:**

Hugo Dupont. Les troubles du comportement : un enjeu politique?. Yamina Meziani et Pierre Vendassi (dir.). Les politiques à l'épreuve des sociologues, l'Harmattan, pp.95-111, 2013, Logiques sociales, 978-2-343-00747-2. hal-04279843

**HAL Id: hal-04279843**

**<https://hal.science/hal-04279843>**

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.

## ***Les Troubles du comportement, un enjeu politique ?***

Hugo Dupont, Université Bordeaux Segalen, Centre Emile Durkheim UMR 5116

Les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques sont des établissements du secteur médico-social qui accueillent des enfants, des adolescents et des jeunes adultes reconnus en situation de handicap psychique. Ils y sont soignés sur le plan psychologique et psychiatrique, ils y sont « rééduqués », comme le précise la législation, et ils y sont scolarisés. Thérapeutes, éducateurs et enseignants gèrent leur vie au quotidien, jour et nuit pour la plupart d'entre eux en recréant et regroupant les espaces d'interaction et de socialisation propres à la société ordinaire (lieu de sommeil, lieu de repas, lieu de divertissement, lieu d'apprentissage, etc.) dans un seul et même lieu, dans une seule et même structure spécialisée. Le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 définissant les « Conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques » parle d'« enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des **troubles du comportement**, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé »

La notion de *Troubles du comportement* est aisée à expliciter. Les jeunes qui en seraient porteurs ont une pathologie psychiatrique dont le symptôme est un comportement déviant. Avant de discuter de ce qui nous préoccupe, à savoir l'usage politique d'une telle notion, nous devons de comprendre ce que sont les *troubles du comportement* en définissant à la fois la pathologie et les comportements reprochés à ces jeunes ainsi que la façon dont cette déviance est constatée.

## **Comment les *troubles du comportement* sont-ils diagnostiqués ?**

En parcourant les dossiers d'une cinquantaine de jeunes, nous avons pu observer qu'en effet, ils bénéficient tous d'un diagnostic psychiatrique, qui conclut à la présence d'un trouble ou d'un état particulier qui, « s'il n'est pas encore considéré comme une réelle pathologie, est problématique dans le bon développement psychique de l'enfant » (psychiatre). Remarquons dès à présent que les appellations des troubles et des états dont il est question sont hétérogènes :

« Structuration fragile de la personnalité » ; « Se bêtifie » ; « Anxiété » ; « Insécure » ; « Dépressif » ; « Angoisse » ; « Gestion pulsionnelle compliquée avec risque de passage à l'acte » ; « Fragilité psycho-affective » ; « Troubles du comportement qui augmentent » ; « Forte dévaluation de soi » ; « Troubles du comportement avec dépression » ; « Troubles des apprentissages » ; « Agressivité » ; « Sentiment d'insécurité psychique » ; « Instabilité psychique » ; « Pensée désorganisée » ; « Thématique agressive et sexuelle » ; « Mésestime de soi » ; « Problématique d'abandon » ; « Grande violence » ; « Oscillation entre le réel et l'imaginaire » ; « Troubles de l'évolution de la personnalité avec antécédents traumatiques » ; « Inhibition dépressive » ; « Traits de personnalité schizoïde » ; « Trouble de la personnalité de type narcissique avec intolérance à la frustration et importants troubles du comportement à type d'hétéroagressivité dans le cadre scolaire et familial » ; « Comportement instable et immature » ; « Instabilité motrice » ; « Besoin d'asservir l'adulte et ses pairs » ; « Angoisses persécutives » ; « Détresse dépressive teintée d'une dimension abandonnique » ; « Défense et insécurité de type narcissique » ; « Troubles du caractère » ; « Souffrances affectives » ; « Défenses maniaques » ; « Hyperactivité » ; « Instabilité psycho-comportementale » ; « Troubles sévères du comportement » ; « Forte instabilité » ; « Souffre de troubles de la personnalité associé à un fond dépressif » ; « Insuffisamment structuré psychiquement du fait d'un trop plein d'angoisse et d'excitation » ; « hyperactif avec troubles de l'attention » ; « Symptomatologie abandonnique avec blocage scolaire, troubles du comportement dans un contexte de carences éducatives et affectives » ; « Agitations anxieuses » ; « Instabilité psychomotrice » ; « Impulsivité » ; « Labilité attentionnelle » ; « Troubles anxieux névrotiques » ; « Problématique névrotique à l'œuvre, à l'origine probable du trouble des apprentissages » ; « Troubles émotionnels » ; « Dysharmonie évolutive » ; « Souffrance affective » ; « Souffrance dépressive » ; « Problématique abandonnique » ; « Troubles du comportement avec passage à l'acte auto-agressif, menaces de strangulation » ; « Difficulté de

contrôle émotionnel » ; « Dysharmonie psychotique avec idées délirantes, vécu de persécution » ; « Angoisses massives avec des mécanismes dépressifs peu structurants » ; « Fragilité psychique qui entrave ses capacités d'apprentissage et relationnelles » ; « Troubles oppositionnels » ; « Phobie scolaire » ; « Immaturité psycho-affective avec anxiété massive ».

Il est à noter que peu de noms sont donnés par les psychiatres pour qualifier la pathologie dont souffrent ces jeunes. Il est davantage question de décrire la souffrance que de la nommer. Pour mieux expliciter cet inventaire à la Prévert, considérons la classification des troubles psychiatriques à laquelle ont l'habitude de se référer les psychiatres rencontrés : la C.F.T.M.E.A. : la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. Cette classification met en jeu deux axes. Le premier propose neuf « catégories cliniques de base » (C.F.T.M.E.A., 2000, p. 31) dont les quatre premières sont « à retenir de façon prioritaire » (ibidem). Les cinq autres catégories ne doivent être utilisées qu'au cas où l'enfant ne peut être classé dans l'un des quatre premiers items ou pour décrire un trouble associé et secondaire. Ces catégories sont dans l'ordre : « Autisme et troubles psychotiques » (p. 36), « Troubles névrotiques » (p. 44), « Pathologies limites, troubles de la personnalité » (p. 50), « Troubles réactionnels » (p. 54), « Déficiences mentales » (p. 55), « Troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales » (p. 58), « Troubles des conduites et du comportement » (p. 66), « Troubles à expression somatique » (p. 74), « Variation de la normale » (p. 77). Selon les termes relevés dans les dossiers M.D.P.H., il est possible de convoquer les quatre premières catégories pour y classer les jeunes et d'y associer les « **troubles des conduites et du comportement** ». Cette dernière catégorie à laquelle la législation et les professionnels font très souvent référence pour définir ces jeunes ne représente donc qu'une catégorie secondaire et qui réunit, selon les paroles de l'ensemble des thérapeutes rencontrés, des symptômes permettant de déterminer la catégorie principale. Le second axe est quant à lui intitulé « Facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques » (p. 85) et fait référence à deux catégories : « Facteurs organiques » (p. 85) et « Facteurs et conditions d'environnement » (p. 90). A de rares exceptions près, le premier type ne concerne pas les jeunes pris en charge en I.T.E.P., en tout cas, ce n'est que peu retenu par les rédacteurs des dossiers. Sur la cinquantaine que nous avons consultée, trois jeunes seulement présentent une épilepsie ou une naissance précoce sans que soit cité un problème familial. En revanche, il est quasi-systématique que le bilan social, écrit par un assistant de service social, fasse état d'un milieu familial particulier qui permet de retenir des « facteurs et conditions d'environnement ». D'une part, sur 109 jeunes dont nous avons pu connaître le lieu

de vie hors I.T.E.P., 22% vit en famille d'accueil et 8,3% en Maison d'Enfants à Caractère Social (M.E.C.S.). Nous pouvons donc en conclure que pour ces jeunes là, il y a eu une décision judiciaire ou administrative les éloignant de leur foyer parce que leurs parents ont été reconnus comme peu à même d'éduquer leurs enfants que ce soit pour des raisons de négligence, de maltraitance ou de précarité financière. D'autre part, la quasi-totalité des dossiers fait état de ce qui est montré comme un fonctionnement familial particulier. En voici une liste exhaustive (sauf mention contraire, ces mots ont été écrits par des assistants de service social) :

« Mère dépassée et laxiste » ; « Depuis la naissance de Dylan, Madame a toujours entretenu un rapport fusionnel avec son fils. Elle nie et remet en cause l'autorité paternelle » ; « Madame a toujours eu beaucoup de difficultés à investir ses filles et à se positionner pour elles. Durant l'année 2009-2010, nous avons pu constater que Madame se dégradait psychologiquement sur un versant dépressif » ; « Les conditions d'accueil chez la maman sont très insécurisantes (état délabré de la maison, absence de la maman, manque de prise en charge du quotidien) » ; « Mère : suivi psychiatrique avec traitement, famille hystérique, père suicidaire » ; « Mère partie vivre en Espagne après son divorce. Père remarié avec dame qui rend l'enfant responsable de sa dépression avec chantage de la belle-mère pour que le père souvent absent trouve une solution pour qu'il ne vive plus chez eux » ; « La mère ne désirait pas ses enfants et les a maltraités » ; « Carences familiales » ; « Cet enfant souffre [...] d'un contexte familial peu étayant et structurant. [...] La situation familiale met à mal les apprentissages et le développement social de cet enfant » (Psychiatre) ; « Nous pensons qu'il ne pourra tirer des bénéfices d'une prise en charge que séparé de sa famille et particulièrement de sa mère qui refuse tout aide » ; « Ses difficultés relèvent du domaine éducatif du fait d'un mauvais fonctionnement familial : mésentente parentale, incohérence éducative, il devient systématiquement le bouc émissaire des difficultés de la famille » (Psychologue P.J.J.) ; « Contexte familial assez lourd, parents « dépassés » dans leur prise en charge éducative. Tous les 5 frères sont en difficulté scolaire, l'environnement familial n'ayant pas les réponses adaptées [...]. On constate des bagarres dans la fratrie que les parents ne savent gérer. [...] Il peut rester devant la TV, il n'y a pas d'adulte qui intervient et pose les limites » ; « Enfant confiée à sa grand-mère qui refuse désormais de l'accueillir à nouveau. Père se dit « démissionnaire de sa position parentale » » ; « Sa mère rencontre des difficultés à poser un cadre éducatif structurant pour son fils » ; « Enfant évoluant dans un contexte familial peu stimulant et instable » (psychiatre) ; « La mère a fuit une situation de violence

conjugale et le père a perdu l'autorité parentale, les enfants ne voient plus leur père. Cet enfant a été perturbé par un vécu familial insécurisé par des déménagements et par la situation actuelle. [...] Il est souvent en rivalité fraternelle. Sa mère a des difficultés à lui imposer un cadre éducatif » ; « Contexte familial : dysfonctionnement relationnel qui pèse sur l'enfant. [...] A la maison, c'est lui le patron » ; « Ces troubles sont réactionnels à une dynamique familiale avec épisodes insécurisants. Besoin de guidance familiale » (psychiatre) ».

Tous ces éléments sont transposables dans les sous-catégories « Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles » (p. 92), « Mauvais traitements et négligences graves » (p. 93) et « Événements entraînant la rupture de liens affectifs » (p. 94). Nous voyons que la cellule familiale est directement associée au diagnostic du trouble. Le psychiatre, lorsqu'il rend son avis, a en main ces bilans sociaux qui lui permettent d'affiner son diagnostic. Le pédo-psychiatre Maurice Berger (Berger, 1999) va même jusqu'à proposer, en s'appuyant sur la C.F.T.M.E.A., « une classification de l'instabilité en fonction de l'histoire familiale et relationnelle de l'enfant. Cela signifie que l'environnement, au moins familial n'est pas, n'est plus un axe que l'on peut faire jouer avec celui des déficiences, mais qu'il devient constitutif de la nosographie elle-même » (Barreyre, 2000, p. 137). Nous voyons donc que la situation familiale et le diagnostic du trouble mental sont très liés. Nous pouvons même affirmer que plus que la pathologie principale en elle-même, c'est l'existence d'une situation familiale particulière qui est le point commun à tous ces jeunes. Outre le contexte familial, le contexte scolaire sert aussi au psychiatre à déterminer les troubles dont souffrent les enfants. C'est dans ce cadre qu'il peut juger des relations sociales de l'enfant, de sa capacité d'attention, de l'expression de ses angoisses, etc. C'est pourquoi, en plus du bilan social, il détient, au moment de poser un diagnostic, un bilan scolaire qui décrit le comportement de l'enfant au sein de l'école.

La C.F.T.M.E.A. fait donc appel à l'environnement quotidien d'un jeune (famille et école) pour déterminer les troubles psychiques dont il souffre. Tous ces troubles ont le même impact sur la vie quotidienne des jeunes : ils se manifestent par des actes déviants, notamment et surtout dans le contexte scolaire. Ce sont les fameux « troubles du comportement » qui définissent, dans la législation, dans le langage courant des professionnels ainsi que dans celui des jeunes, leur particularité sociale.

Donc, ce qui réunit tous ces jeunes est moins la nature de la pathologie première que l'expression sociale de celle-ci : leur comportement est inadéquat à la vie scolaire et au

« métier » d'élève. Les appréciations écrites par l'école et qui sont utiles aux diagnostics psychiatriques permettent de caractériser l'incapacité des jeunes à profiter pleinement de leur scolarité. Ces perceptions des enseignants sont alors immédiatement mises en relation avec la pathologie présentée et semblent logiques étant donné leur état psychique. L'école étant un élément central de la vie quotidienne du jeune, il est donc considéré comme évident que sa pathologie le gêne dans l'exercice de son quotidien. Mais là encore, ces comportements déviants recouvrent diverses réalités (sources : bilans scolaires répertoriés dans les dossiers I.T.E.P. et M.D.P.H.). Cela peut être une conduite qui apparaît comme incompatible avec le bon déroulement de la classe sans qu'il y ait de la part du jeune un quelconque comportement agressif :

« Les acquisitions scolaires sont perturbées par son comportement instable et immature. Il rencontre des difficultés de concentration et refuse de travailler en autonomie. » « Il présente des difficultés pour se concentrer et pour écouter ses pairs et l'enseignant. » « Il demande en permanence la présence de l'adulte, il n'est pas autonome. » « L'élève éprouve des difficultés à respecter les règles de vie de la classe et de l'école : il parle fort, se déplace constamment en classe. » « Il manifeste peu d'intérêt pour les apprentissages. » « Il interrompt régulièrement la classe pour raconter des événements qui ne concernent pas directement la vie de la classe ou les apprentissages du moment. »

D'autres jeunes sont considérés comme agressifs parce qu'ils ne respectent pas les autres et les apprentissages :

« Elève qui n'arrête pas de parler et est en conflit permanent avec ses camarades, notamment parce qu'il les dénigre ou les rabaisse. » « Très peu de respect envers l'autre et le travail en groupe est très difficile. » « Il a du mal à intégrer les règles de l'établissement qui le contraignent, il ne supporte pas cette frustration et conteste sans arrêt les règles qui ne lui plaisent pas. » « Il a des difficultés à écouter les conseils, les explications des enseignants. Il peut refuser de faire un exercice si la consigne ne lui convient pas. » « Il ne cesse de provoquer les autres élèves déclenchant ainsi beaucoup d'animosité sans se remettre en cause dans ses comportements insultants qui sont pour lui toujours justifiés. » « Enfant qui parle constamment (commentaires, interpellations, cris) et qui ne peut rester en place en classe. » « Il est en mouvement constant. »

Enfin, certains ont visiblement posé des actes de violences physiques entraînant aussitôt leur disqualification scolaire :

« Il manifeste de nombreux comportements violents, autant physiques que verbaux. » « Il a souvent recours à la violence verbale et physique envers ses pairs, voire les adultes. » « Très provocateur, l'élève provoque des conflits qui peuvent être violents verbalement et physiquement. » « Il montre de l'instabilité et de l'agressivité. » « Peut devenir très violent verbalement et physiquement. »

Après l'hétérogénéité des troubles dont souffriraient ces jeunes, nous avons affaire à une hétérogénéité des faits qui leur sont reprochés et qui ont permis en partie le diagnostic psychiatrique. Ce qui les rassemble est qu'ils sont considérés comme ne pouvant s'adapter aux normes sociales qui régissent la vie en commun sans que leur soit proposée une prise en charge alternative à la fois thérapeutique, rééducative et pédagogique. L'institution scolaire, en tant que principal lieu de vie collective dans la vie d'un enfant, jouerait donc le révélateur de l'incapacité de ces jeunes à intégrer le bon comportement. Très vite, ce décalage visible entre ce que doit être un élève et ce que sont ces jeunes est perçu comme une déviance puis comme une pathologie. L'élève coupable d'une conduite répréhensible devient un enfant irresponsable car incapable et en souffrance psychique. Son comportement, conséquence de sa maladie psychique, ne lui permet pas d'entrer dans les apprentissages et ne lui donne pas les moyens de modifier sa conduite afin d'éviter de perturber son environnement. Il devient alors un individu à aider, à accompagner, à rééduquer, à soigner afin de lui permettre enfin de participer pleinement à la vie en collectivité.

En résumé, du fait d'une pathologie d'ordre psychique due à un milieu familial particulier, ils ont un comportement déviant qui, malgré une intelligence normale, les met en difficulté scolaire et les rend incapable de suivre une scolarité au sein du milieu ordinaire. Bien que nous ayons soulevé la question de l'hétérogénéité des comportements jugés déviants, des troubles psychiques et des situations familiales, c'est à partir de ces derniers que sont construites les logiques d'orientation et de prise en charge de ces jeunes.

Fort de cette définition du *trouble du comportement* et maintenant que nous savons de quoi nous parlons, nous pouvons entrer dans le vif du sujet : l'utilisation politique de cette notion pour le moins complexe.

## ***Les troubles du comportement : une récurrence politique***

La notion de *trouble du comportement* prend une actualité toute particulière en 2005. Le 6 janvier, le décret qui définit leurs conditions d'accueil au sein d'établissements du secteur médico-social est révisé. Ce décret fait évoluer les Instituts de Rééducation (I.R.) en Instituts Thérapeutiques, Educatifs, et Pédagogiques (I.T.E.P.). Le 11 février, la loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » fait entrer officiellement dans sa nomenclature la déficience et le handicap *psychiques* (dont font partie les jeunes diagnostiqués porteurs de troubles du comportement) et transforme les Commissions Départementales de l'Education Spéciale (C.D.E.S.) en Maisons Départementales des Personnes Handicapées (M.D.P.H.) faisant évoluer ainsi les modalités d'orientation de ces jeunes vers les établissements spécialisés. Le 22 septembre, est rendue publique une expertise de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.) sur les troubles des conduites, catégorie psychiatrique présente dans les classifications des troubles mentaux (D.S.M. IV, C.F.T.M.E.A.). Les conclusions de ce rapport préconisent, le dépistage, chez l'enfant de trois ans, de facteurs de risque qui permettraient de prédire le développement de comportements déviants à l'avenir et notamment lors de l'adolescence. Cette idée est reprise immédiatement par le gouvernement Villepin et inscrite dans le projet de loi relative à la prévention de la délinquance. Médiatiquement relayé, ce projet de loi et l'expertise de l'I.N.S.E.R.M. suscitent suffisamment d'émotion pour que dès janvier 2006 un appel intitulé « Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans ! » soit lancé et autour duquel un collectif du même nom se crée. 200 000 signatures sont recueillies à l'heure actuelle venant d'anonymes, de travailleurs sociaux, d'acteurs scolaires, de parents d'élèves, de professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, d'universitaires, de syndicats, etc. A l'expertise de l'I.N.S.E.R.M., le collectif répond à la contre-expertise en mobilisant pour cela des pédopsychiatres, des épidémiologistes, des sociologues, des pédagogues, etc. Le gouvernement retirera cet aspect de son projet de loi en juin 2006, loi qui sera adoptée le 5 mars 2007, juste avant l'élection présidentielle et la fin de la législature. La mandature de Nicolas Sarkozy n'est pas en reste et remet à deux reprises la question du dépistage des troubles du comportement à l'ordre du jour.

Le premier exemple est celui du rapport sur la « Prévention de la délinquance des jeunes » remis par Jean-Marie Bockel, alors secrétaire d'Etat à la justice, au président de la République

le 3 novembre 2010. De nouveau, proposition est faite de dépister les enfants déviants dès l'âge de trois. Voici un extrait du rapport très explicite :

« Il est aujourd'hui nécessaire de créer une synergie entre l'ensemble de ces services pour évaluer les besoins par établissement et assurer le suivi des élèves qui présentent des troubles psychologiques voire psychiatriques. Outre la prise en charge, ce réseau doit permettre au sein des établissements scolaires, notamment au niveau des collèges, la création d'équipes pluridisciplinaires (orthophonistes, psychologues, éducateurs de rue, ASE, éducation nationale) en charge de détecter et de répondre à des comportements d'enfants difficiles. [...] Cette vulnérabilité pourrait pourtant être repérée chez les petits entre 2 et 3 ans. C'est à ce stade que doit être posé sur l'enfant un regard pluridisciplinaire visant à rechercher s'il existe à ces troubles une cause médicale ou familiale. [...] A l'identique, le Conseil Economique, Social et Environnemental, dans un projet d'avis intitulé « La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge » publié le 10 février 2010 remarquait « *que le retard dans le dépistage des troubles du comportement était d'autant plus préjudiciable qu'il annonçait des difficultés supplémentaires dans le traitement... Il en appelait à favoriser un dépistage plus précoce des troubles mentaux des enfants et des adolescents* ». Sans volonté de relancer la polémique sur ce sujet, une prise en charge précoce des difficultés des enfants ne serait-elle pourtant pas préférable à l'attitude actuelle qui consiste à attendre les passages à l'acte pour agir ? Il est en effet communément admis, y compris auprès de praticiens pourtant opposés au rapport de l'INSERM publié en 2006, l'importance de repérer le plus tôt possible un enfant en souffrance. [...] Ces éléments militent aujourd'hui pour la mise en place d'un repérage précoce des enfants en souffrance (proposition n°7) » (Bockel, 2010, pp. 43 & 44).

Le second exemple date d'octobre 2011, lorsque le ministère de l'Education Nationale publie l'actualisation d'un document récurrent : « Aide à l'évaluation des acquis en fin d'école maternelle ». Il était question d'évaluer les élèves selon les « quatre types d'habileté » qui, selon le document, sont « requises pour les apprentissages » (Ministère de l'Education nationale, 2011, p. 2) et ce dès la sortie de la maternelle, soit à l'âge de 5 ou 6 ans pour l'immense majorité des élèves de grande section de maternelle. Ces « quatre types d'habileté » sont présentés dans cet ordre : « Comportement à l'école, Langage, Motricité, Conscience phonologique ». A l'issue de ces évaluations, il était demandé à l'enseignant de cocher quatre cases dans le tableau suivant :

	RAS	RISQUE	HAUT RISQUE
--	-----	--------	-------------

1. <i>COMPORTEMENT</i>			
2. <i>LANGAGE</i>			
3. <i>MOTRICITE</i>			
4. <i>CONSCIENCE PHONONLOGIQUE</i>			

(Ministère de l'Education nationale, 2010, p. 10)

Il s'agissait donc de déterminer si les élèves étaient non seulement à risque d'échec scolaire mais aussi à risque de violence scolaire. Depuis, l'idée a été abandonnée et le document a été retiré du site internet du ministère.

Nous voyons donc que la question du comportement scolaire déviant et son interprétation sur le plan de la souffrance psychique et de la santé mentale est récurrente et a trouvé sa place dans le mandat présidentiel qui s'achève. Quelle signification pouvons-nous accorder à cette récurrence qui semble être devenue une obsession politique ?

### **Les troubles du comportement : un outil de contrôle social**

Selon Dominique Glasman (2011), l'émergence politique de la question du décrochage scolaire est intimement liée au problème de la délinquance. Or, nous l'avons vu, le décrochage scolaire, l'instabilité motrice, l'absentéisme, la violence etc. sont interprétés, dans le cas des jeunes qui nous préoccupent, sur le plan de la souffrance psychique et de la santé mentale et sont symboliquement contenus dans la notion de *troubles du comportement*. Citons le rapport de l'I.N.S.E.R.M. de 2005 sur le *Trouble des conduites* : « Les données disponibles suggèrent que les expériences scolaires méritent d'être prises en compte dans l'évaluation des facteurs de risque associés au trouble des conduites ; l'absentéisme, les incivilités à l'école et les situations d'échec scolaire ont été reliés au trouble des conduites [...]. (I.N.S.E.R.M., 2005, p. 22). L'usage politique qui a été fait de ce rapport nous permet de faire l'hypothèse que si les pouvoirs publics se posent en effet la question du rapport entre décrochage et délinquance, ils font aussi un rapprochement entre décrochage et santé mentale et entre santé mentale et désordre public. En effet, tous les jeunes orientés en I.T.E.P. correspondent à bien des égards à la description d'élèves décrocheurs que font Catherine Blaya (2010), Mathias

Millet et Daniel Thin (2005) ou encore Maryse Esterle-Hedibel (2007). Cependant, leur comportement scolaire, leur situation familiale et leur situation urbaine ont été interprétées, comme le suggère le rapport de l'I.N.S.E.R.M., sur le plan de la santé mentale : ils sont devenus des malades à soigner pour éviter le désordre scolaire, leur éventuel décrochage et donc leur éventuel plongée dans la délinquance. Comme François Sicot, il semble désormais pertinent de se demander si « la déscolarisation [est] un problème de sécurité ou de santé mentale ? » (2004). En liant les deux notions, sécurité et santé mentale, les pouvoirs publics légitiment la mise en place de politiques de prévention qui permettent de contrôler scolairement et socialement des jeunes et à travers eux, leur famille. S'il est possible de démontrer que le comportement déviant de certains jeunes est dû à une souffrance psychique alors il sera légitime de mettre en place des surveillances rapprochées de ces jeunes et de leur famille, surveillances qui prennent alors le nom de thérapie comme le préconise le rapport de l'I.N.S.E.R.M. Ainsi, grâce au recours à la notion de *troubles du comportement*, les pouvoirs publics espèrent résoudre en partie le problème du décrochage scolaire et donc de la délinquance.

Nous en voulons pour preuve certaines recommandations du rapport d'expertise de l'I.N.S.E.R.M. sur le trouble des conduites. Il est question de programmes d'intervention intrafamiliaux post-diagnostics pour réduire le facteur de risque que représente la situation familiale dans l'apparition de comportements déviants. Il s'agit d'une véritable ingérence intra-familiale des secteurs médical et social. Inspirés de politiques publiques anglo-saxonnes, ces programmes proposent de réaliser un diagnostic de la vie de famille, de la façon dont les parents éduquent leur(s) enfant(s) (l'expertise parle d'éducation permissive ou coercitive comme facteurs de risques), de la population fréquentée par la famille et par l'enfant lui-même. Ces constats seront suivis d'une thérapie visant à corriger ces facteurs de risque et conduiront à, par exemple, un éloignement des pairs déviants pour les jeunes et une formation à l'éducation de leurs enfants pour les parents. Alors que ce sont des conditions de vie, des conditions économiques et des conditions culturelles et scolaires qui sont mis en avant pour décrire la morphologie de la population à risque, il n'est jamais question dans ces programmes de changer ces conditions par, par exemple, une aide économique (aide la recherche d'emploi, allocation d'éducation, ...), une aide culturelle ou scolaire (reprise de formation, aide à l'obtention d'un diplôme qualifiant, ...) ou une solution pour changer d'environnement social (relogement dans un quartier perçu comme étant mieux fréquenté, scolarisation de l'enfant dans une autre école,...). Si les parents des jeunes présentant des troubles du comportement

ont en partage une situation sociale (culturelle, financière, de logement, etc.) précaire, ce n'est pas ce qui est retenu comme étant principalement la cause des troubles de leur(s) enfant(s). Sont mis en avant des éléments plus intrinsèques (comme le mode d'éducation de leur(s) enfant(s)) ne permettant pas de rejeter une partie de ce qui est considérés ici comme une faute sur la société, le chômage, la gestion de la question urbaine, la précarisation des conditions d'existence, l'école, etc. Nous ajoutons, grâce à nos observations, que les parents, surtout les mères, peuvent être eux-mêmes l'objet de diagnostics psychiatriques lors des réunions entre professionnels.

« La mère est hystérique et entraîne sa fille avec elle » ; « Madame est une manipulatrice et elle sait y faire avec son fils et même certains éducateurs » ; « Oui mais là les parents ils ont un sentiment persécutif. Ça va être difficile de les convaincre » ; « La mère est une personnalité pathologique. Elle est très perverse avec sa fille. Elle a une angoisse constante d'être au quotidien avec sa fille » ; « Il faudrait aider monsieur et l'envoyer consulter en hôpital de jour » ; « Sa mère est schizophrène et refuse les traitements » ; « La maman est instable dans sa tête » ; « La mère est très fluctuante. Il y a une pathologie familiale ancienne, complexe. » ; « Cet enfant a été élevé dans les pathologies de la mère ».

Ainsi, les raisons de la présence d'un trouble chez leurs enfants est bel et bien intrinsèque à la fois au jeune mais aussi aux parents. Les solutions sont donc recherchées vers des thérapies, des programmes d'ingérence et non vers l'amélioration des conditions sociales des familles. Donc si la responsabilité de facteurs socio-environnementaux et surtout familiaux sont mis en avant pour déterminer la présence et la nature de la souffrance psychique des jeunes, les logiques d'accompagnement scolaire, (ré)éducatif et thérapeutique restent centrées sur le jeune lui-même, ses difficultés, ses incapacités, sa déficience, etc. et non sur l'amélioration des conditions professionnelles, économiques, culturelles, ... de leurs parents. « Ce renvoi vers l'individu, vers sa responsabilité, s'appuie sur des technologies visant à mettre entre ses mains les moyens de faire face, de s'adapter, de dépasser sa situation, et s'effectue au détriment des solutions politiques et collectives. [...] L'individu contemporain est délivré des contraintes de la communauté, de la famille, de la tradition. Son avenir n'est plus déterminé à la naissance, mais il est dans le même temps tenu pour responsable de ce qu'il devient. Il est sommé de se produire, de se réaliser, de s'épanouir, d'être mobile, de s'adapter. Dès lors, la dépression et la souffrance seraient alors le lot de tous ceux qui ne peuvent assumer cette responsabilité. [...] Les populations précaires ou pauvres souffrent plus

que les autres ... de leur condition. Cette tautologie fait le lit des traitements par l'écoute et des interventions psychologisantes, au détriment des traitements sociaux, économiques ou politiques de la pauvreté. » (Sicot, 2006, pp. 618, 621 & 622). Nous pouvons reprendre cette tautologie à notre compte : les enfants orientés en I.T.E.P., issus de familles précaires ou pauvres, souffrent plus que les autres ... des conditions de vie de leur famille. Selon cette logique, il faut donc donner à ces jeunes les moyens d'acquérir une habileté sociale et des compétences suffisantes, éléments que leur famille n'est pas à même de leur offrir, pour devenir acteurs de leur propre parcours scolaire dans un premier temps, professionnel dans un second temps. « Le fonctionnement et l'éducation des familles d'origine populaire sont supposés pathogènes au nom d'une norme implicite de la bonne famille [...]. [...] Les pauvres s'occuperaient moins ou moins bien de leurs enfants, occasionnant la survenue de problèmes de santé mentale ou de troubles du comportement » (Sicot, 2006, pp. 625 & 626).

Enfin, nous l'avons vu, les diagnostics réalisés par les psychiatres ne nomment pas explicitement la pathologie mais évoquent un ensemble de symptômes pris dans une relation de cause à effet avec la situation familiale et la déviance scolaire. Donc ce n'est pas tellement la pathologie en elle-même qui semble faire sens pour les acteurs de l'orientation mais davantage le désordre social provoqué par ces jeunes à l'école interprété comme une souffrance psychique exprimé maladroitement et qu'il faut soulager. Ainsi, c'est le comportement qui est pris comme révélateur de l'anormalité et nul n'est besoin d'y attribuer une pathologie objectivement nommée. Pour François Sicot, « la notion de santé mentale a pris le pas sur celle de maladie mentale et l'on insiste désormais dans les textes d'organisation sur le fait que le champ de la santé mentale dépasse celui de la psychiatrie proprement dite comme celui de la santé dépasse celui de la médecine. [...] le psychiatre n'est plus qu'un professionnel parmi d'autres à l'écoute de la souffrance : il doit désormais composer avec d'autres professions médicales, avec des psychologues, des travailleurs sociaux, des représentants de la justice. [...] il est d'autant plus logique que le psychiatre perde son monopole qu'à la dichotomie normal/pathologique, ou encore santé/maladie, s'est substitué un continuum du plus au moins normal. » (2006, p. 620). Les accompagnements proposés ne seraient donc pas uniquement tournés vers l'objectif de soigner l'enfant mais seraient mis en place aussi et surtout à des fins de gestion d'un risque scolaire aujourd'hui, social demain. « Il s'agit moins pour les « partenaires » de soigner une quelconque maladie que de gérer les risques représentés par les perdants de la compétition. Risques de perturbation, de remise en cause de l'ordre social, de l'ordre scolaire, du cadre normal de l'aide sociale. On pourrait

parler, avec certains auteurs anglo-saxons, d'une nouvelle forme de gouvernementalité : une conception du traitement de la déviance débarrassée de ses ambitions adaptatives et réhabilitatrices, de ses objectifs de correction, au profit d'une conception managériale et gestionnaire. [...] Dans la gestion des risques, l'exclusion est devenue une « condition subjective », au sens où les problèmes des exclus doivent être résolus par leur réforme morale : ils doivent se sentir et devenir responsables d'eux-mêmes, ne plus blâmer les autres ou le système » (Sicot, 2006, p. 630). Ainsi défendons-nous l'hypothèse selon laquelle cette manière de gérer la violence scolaire participe d'un mode de gestion de la précarité en la psychologisant voire en la psychiatisant. Ce raisonnement quasi-foucauldien est renforcé par le fait que pour exercer ce contrôle, les jeunes incriminés sont mis à part des institutions ordinaires et accueillis dans des établissements dont le fonctionnement se rapproche d'une institution totale (Goffman, 1968).

## Références bibliographiques

- BARREYRE, J.-Y., 2000, *Classer les exclus, Enjeux d'une doctrine de politique sociale*, Paris, Dunod.
- BLAYA C., 2010a, *Décrochage scolaire : l'école en difficulté*, Bruxelles, De Boeck, Coll. Pédagogies en développement.
- BLAYA C., 2010b, « Décrochage scolaire : parents coupables, parents décrocheurs ? », *Informations sociales*, n° 161, mai, pp. 46 à 54.
- ESTERLE-HEDIBEL, M., 2007, *Les élèves transparents ; Les arrêts de scolarité avant 16 ans*, Lille, Septentrion, Coll. Métiers et pratiques de formation, 309 pages.
- GLASMAN D. & ŒVRARD F., 2011, *La déscolarisation*, 2<sup>o</sup> édition, dir, La Dispute.
- GOFFMAN E., 1968, *Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Les éditions de minuit.
- MILLET M., THIN D., 2005, *Ruptures scolaires, l'école à l'épreuve de la question sociale*, P.U.F., Le lien social.
- MISES R. et QUEMADA N., 2000, *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, Classification internationale des maladies CIM 10 chapitre troubles mentaux et du comportement*, dir., CTNERHI.
- SICOT F., 2004, « La déscolarisation : un problème de sécurité ou de santé mentale ? », in JOUBERT M., *Santé mentale, ville et violences*, dir, Editions érès, pp. 101 à 119.
- SICOT F., 2006, « La psychologisation rampante de la question sociale », in BEAUD S., CONFAVREUX J., LINGAARD J., *La France invisible*, dir., La Découverte, pp. 618 à 631.
- INSERM, 2005, *Trouble des Conduite chez l'enfant et l'adolescent*, Editions INSERM, Septembre.

BOCKEL J.-M., 2010, *La prévention de la délinquance des jeunes*, Rapport à Monsieur le Président de la République.

Ministère de l'Education nationale, Direction générale de l'enseignement scolaire (2011), *Aide à l'évaluation des acquis en fin d'école maternelle outils de repérage des élèves présentant des risques pour les apprentissages à l'usage des enseignants Grande section de maternelle*, octobre.

Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005, Journal Officiel n° 6 du 8 janvier 2005 - Page 376 - Texte n°6, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, NOR: SANA0424186D.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, « Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », *J.O.* n° 36 du 12 février 2005 page 2353 - texte n° 1, NOR : SANX0300217L.