



# **Les troubles du comportement à l'adolescence relèvent-ils de la psychiatrie ? Incertitudes et dilemmes**

Isabelle Coutant

## **► To cite this version:**

Isabelle Coutant. Les troubles du comportement à l'adolescence relèvent-ils de la psychiatrie ? Incertitudes et dilemmes. Congrès français de psychiatrie, Dec 2019, Nice, France. <hal-04279865>

**HAL Id: hal-04279865**

**<https://hal.science/hal-04279865v1>**

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.



HAL Authorization

## **Les troubles du comportement à l'adolescence relèvent-ils de la psychiatrie ? Incertitudes et dilemmes**

*Isabelle Coutant (CNRS-Iris)*

*Intervention au Congrès Français de Psychiatrie, 7 décembre 2019*

Je suis sociologue au CNRS. La santé mentale est un de mes axes de recherche mais ce n'est pas le principal, et ce n'est pas au départ par l'intermédiaire de la sociologie de la santé et de la médecine que je me suis intéressée à cet objet. J'ai d'abord mené des recherches sur la transformation des classes populaires, à partir d'ethnographies urbaines. J'ai mené mes enquêtes en Ile-de-France, et mes travaux sur les milieux populaires croisent aussi, de fait, la question de l'immigration.

Je me suis intéressée aux relations qu'entretiennent les différentes fractions des classes populaires entre elles, et avec les classes moyennes, à l'échelle locale. J'ai également étudié les relations qu'elles entretiennent avec les institutions qui parfois les accompagnent ou les encadrent : Justice, Travail social, Psychiatrie. J'ai pu mesurer, souvent, les effets de la précarité et de la marginalisation sur le psychisme.

C'est à l'issue d'une thèse sur la délinquance, menée au début des années 2000, que j'ai commencé à m'intéresser à la pédopsychiatrie. La plupart des jeunes suivis par la PJJ avaient à un moment ou un autre rencontré un psychiatre. Et les éducateurs évoquaient des jeunes « de plus en plus déstructurés », « border line ».

Dans le même temps, les politiques publiques insistaient sur la nécessité de mieux prendre en compte le mal-être adolescent, à travers notamment les points écoute jeunes, puis les Maisons des adolescents. Les violences urbaines, les émeutes, ont commencé à être interprétées comme symptômes de souffrance.

J'ai mené deux enquêtes sur des dispositifs spécialisés pour les adolescents, dans des secteurs défavorisés situés au nord de l'Ile-de-France.

La première, à la fin des années 2000, portait sur un service d'hospitalisation temps plein composé de dix lits pour des jeunes âgés de 12 à 18 ans, spécialisé dans la prise en charge des troubles du comportement. Le service proposait des hospitalisations de crise, en principe d'une durée moyenne d'un mois, dans une optique d'évaluation et de prévention. J'ai passé trois jours par semaine dans l'unité, durant neuf mois : j'ai croisé observations, entretiens, et étude d'une trentaine de dossiers.<sup>1</sup>

La seconde enquête, réalisée en 2010 avec un collègue, Jean-Sébastien Eideliman, a porté sur les usages d'une Maison des adolescents.<sup>2</sup> Nous avons également travaillé sur les dossiers,

---

<sup>1</sup> I. Coutant, *Troubles en psychiatrie*, La Dispute, 2012 ; I. Coutant, « The psychiatric treatment of 'behavioural problems' in adolescence: Between coercion and socialisation », *Anthropology & Medicine*, vol.23, 2016, 2016, p. 259-274

<sup>2</sup> I. Coutant, J.-S. Eideliman, « A l'écoute de la souffrance. Traiter les fragilités dans une maison des adolescents », in Juger, réprimer, accompagner. *Essai sur la morale de l'Etat*, Didier Fassin et alii, Seuil, 2013, p. 271-308 ; I. Coutant, J.-S. Eideliman, « The Moral Economy of Contemporary Working-Class Adolescence. Managing Symbolic Capital in a French public "Adolescent Centre" », *British Journal of Sociology*, 64 (2), 2013, p. 248-266.

croisé observations et entretiens. Nous avons notamment assisté à des consultations familiales transculturelles, avec le statut de co-thérapeutes. Les orientations concernaient dans ce cas des adolescents qui n'étaient pas jusqu'alors suivis sur le secteur, et qui ne semblaient pas en relever de manière immédiate. Il s'agissait donc de jeunes aux troubles moins invalidants que dans la première enquête.

Sur ces deux terrains, la catégorie mobilisée pour désigner des jeunes qui mettaient à mal les institutions, qu'il s'agisse de l'Education Nationale, de la PJJ, de l'ASE, était celle de « troubles du comportement ». C'était tout du moins le motif de leur orientation vers les dispositifs. C'est donc celle que j'ai choisi pour le titre de mon exposé.

C'est toutefois loin d'être la seule catégorie mobilisée pour rendre compte d'adolescents qui ont pour caractéristique commune de « se faire rejeter de toutes les institutions ». J'ai déjà mentionné tout à l'heure, les catégories utilisées parfois par les éducateurs : « border line », « déstructurés ». Selon les contextes, on en rencontre d'autres : « troubles des conduites », « adolescents difficiles »...

C'est la raison pour laquelle j'aimerais dans un premier temps revenir sur ce flou des catégories, qui renvoie sans doute à la difficulté de classer ces adolescents dans la nosographie psychiatrique, ainsi qu'aux enjeux théoriques internes à la discipline.

Dans un deuxième temps, je questionnerai la notion de « psychiatisation de la délinquance », parfois utilisée dans le champ des sciences sociales pour qualifier les interventions en santé mentale. Dans un troisième temps je soulignerai la fonction de médiation qui peut être celle de l'institution psychiatrique lorsqu'elle intervient pour ce type de troubles : médiation entre jeunes, familles et institutions d'une part, médiation au sein des familles d'autre part. Enfin, dans un quatrième et dernier temps, je reviendrai sur la fonction de socialisation de l'institution psychiatrique, à travers le parcours d'une jeune femme hospitalisée pendant six mois à la fin des années 1990, âgée aujourd'hui de 36 ans. Je l'ai rencontrée peu après son hospitalisation, dans le cadre de ma thèse sur la délinquance, elle avait alors 16 ans. C'est par elle que j'avais ensuite pris contact avec le service que j'ai étudié. Nous avons eu un temps le projet de réaliser un film documentaire sur son parcours, pour le moment en suspens, mais j'ai un document de travail, que je vous montrerai.

## **I. Les « troubles du comportement » : de quoi parle-t-on ?**

L'unité que j'ai étudiée se définissait comme spécialisée dans les « troubles du comportement ». C'est ainsi que le psychiatre qui en était responsable la présentait dans la revue du Centre Hospitalier qui l'abritait :

« [Notre service] a souvent à prendre en charge ce qui a pu être considéré comme une "pathologie nouvelle", à la limite entre la psychose et la névrose : il s'agit de troubles graves de la structuration de la personnalité, avec une désorganisation du comportement qui ne s'accompagne pas de désorganisation de la pensée. Ces troubles sont particulièrement fréquents parmi les jeunes de nos banlieues (alors que d'autres, plus classiques, comme l'anorexie mentale, y sont rares) et s'expriment souvent sur le mode de la violence, de la délinquance, et de la toxicomanie. L'existence de ces troubles est

certainement liée à la précarité, au mode de vie des cités, à l'écartèlement des familles, à l'importance et à la fréquence des traumatismes subis dans l'enfance. Leurs traitements diffèrent de celui des pathologies plus classiques. Ils ont jusqu'ici relativement peu été pris en compte par la psychiatrie, dans la mesure où ils se situent la plupart du temps à la frontière des domaines psychiatrique, social, judiciaire, pédagogique et nécessitent une articulation étroite entre les professionnels de ces différents domaines... ce qui doit être un point fort de [notre activité]. »

*(source : Revue du Centre Hospitalier, Hôpital X, janvier 1999)*

Des pédopsychiatres de différentes orientations font l'hypothèse d'une augmentation de ce type de troubles à l'adolescence, différemment labellisés selon les orientations théoriques, selon les nosographies et selon les contextes : états-limite, troubles des conduites, troubles des comportements, pathologies de l'agir, adolescents difficiles... Ces catégories semblent renvoyer parfois à ce qu'à d'autres moments de l'histoire on pouvait désigner, dans la continuité de Freud, comme chez Winnicott, par le terme de « tendance anti-sociale ». Toutes ces catégories ont en commun, il me semble, de désigner des troubles qui, par leur destructivité, mettent à mal les institutions en charge de la jeunesse.

Peut-être les adolescents dont il s'agit ont-ils en commun de n'avoir clairement leur place ni dans les institutions ni dans les classifications. Une psychiatre d'orientation analytique, exerçant dans l'unité que j'ai étudiée, me confiait pour sa part : « On met « état-limite » parce qu'on ne sait pas comment les classer. »

Les enfants et les adolescents dont il est question à travers ces différentes catégories font cependant l'objet de politiques publiques spécifiques. Et les modalités de leur traitement sont sous-tendues par des enjeux politiques.

L'idée d'un repérage précoce des « troubles des conduites », dans une visée de prévention, a fait l'objet d'un rapport de l'Inserm en 2005. Le trouble des conduites y était défini par la manière dont il s'exprime, en référence au DSM : « Il s'exprime chez l'enfant et l'adolescent par une palette de comportements qui vont des crises de colère et de désobéissance répétées de l'enfant difficile aux agressions graves comme le viol, les coups et blessures et le vol du délinquant. Sa caractéristique majeure est une atteinte aux droits d'autrui et aux normes sociales ». Les auteurs du rapport établissaient que ce trouble concernait de 3 à 9% des 13-18 ans, plutôt des garçons. Ils précisaient que chez les filles, ces troubles se caractérisaient plutôt par des mises en danger sur le plan sexuel. Ce rapport préconisait un repérage précoce des enfants et des familles à risque, le trouble des conduites étant considéré comme un facteur de délinquance. Il s'agissait notamment de cibler les familles monoparentales, lorsque la mère était jeune, qu'elle consommait des substances psycho-actives, et qu'il y avait des antécédents de troubles des conduites. Le rapport préconisait de la guidance parentale en première intention, et éventuellement des traitements médicamenteux en seconde intention. Mais dans un contexte politique de répression accrue de la délinquance juvénile, ce rapport a fait réagir nombre de professionnels de l'enfance : à travers une pétition fortement médiatisée (« pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans »), ils ont exprimé leur inquiétude d'une stigmatisation précoce pouvant fonctionner comme une prophétie auto-réalisatrice. Compte-tenu de l'orientation théorique du rapport, ils craignaient également une « biologisation » de questions sociales.

Il semble que ce soit finalement la catégorie d'« adolescents difficiles », qui l'ait emporté dans le champ des politiques publiques, au croisement de plusieurs institutions et de plusieurs Ministères. C'est tout du moins ce que suggère Yannis Gansel, pédopsychiatre et

anthropologue, dans un ouvrage récent qui traite de la généalogie de cette catégorie, et du travail en réseau mis en œuvre autour des adolescents ainsi désignés.

« Les adolescents difficiles sont des jeunes mineurs qui souffrent de difficultés psychiques n'entrant pas toujours dans la grille nosographique psychiatrique traditionnelle. Ils déstabilisent le fonctionnement institutionnel et provoquent chez les professionnels un sentiment d'inquiétude et d'impuissance. »

*Note introductive des actes du Séminaire Santé et Justice, sous l'égide de l'Etat (mai 2000)*

*(citée par Yannis Gansel, Vulnérables ou dangereux ? Une anthropologie du souci des adolescents difficiles, ENS-Editions, 2019, p.24)*

Proposée par des psychiatres imprégnés de psychanalyse dans les années 1960, la catégorie des adolescents difficiles est venue alors remplacer celle de l'enfance inadaptée utilisée sous le régime de Vichy, lexique qui lui-même avait remplacé celui de l'enfance anormale apparu au 19<sup>e</sup> siècle. Offrant une justification théorique à la contrainte, via la notion clinique de contenance, la catégorie d'adolescents difficiles a connu une expansion au cours des années 2000, en lien avec le tournant répressif de la justice des mineurs : avec elle est introduite l'idée que la contrainte a une vertu éducative et thérapeutique.

Si les catégories fluctuent pour désigner ce public adolescent, il se dégage un certain nombre de constantes le concernant. Les jeunes en question auraient en commun des troubles occasionnés par des carences affectives et/ou éducatives précoces, se manifestant par des comportements déviants et perturbateurs, destructeurs, mais une absence de pathologie psychiatrique reconnue. Ces jeunes se distingueraient aussi par les réactions particulières qu'ils susciteraient dans leur entourage : hyper-investissement suivi de rejet, notamment chez les professionnels.

#### **Les adolescents « difficiles », « à risque », « limites », une étiologie commune**

- enfants confrontés dès le plus jeune âge à un chaos affectif familial ; état de relation parent-enfant « carencée » « qui ne leur a pas permis de développer totalement le programme d'adaptation à l'autre ».
- Comportements déviants et perturbateurs (au premier rang : violence envers soi ou autrui, fugues). « L'expression clinique emprunte le masque comportemental de l'agir et de la destructivité, ils sont le plus souvent déscolarisés, en voie de marginalisation. »
- Absence de pathologie psychiatrique reconnue. Considérés comme « non psychiatriques » (ni délire ni hallucinations).
- Réactions particulières suscitées dans leur entourage : sentiment d'échec, inquiétude, impuissance, hyper-investissement suivi de rejet, et notamment chez les professionnels.

Quelles que soient les catégories utilisées pour désigner ces adolescents « qui se font rejeter de toutes les institutions », il y a aussi l'idée que ces « pathologies » seraient en augmentation. C'est difficile à objectiver, je n'ai pas encore travaillé suffisamment cette question. Et la création des catégories et des dispositifs fait aussi exister les troubles, tout du moins au sens statistique. (c'est ce que le philosophe des sciences Ian Hacking désigne par la notion de niche écologique). Mais on peut penser que les évolutions sociales favorisent certains types de troubles.

Dans un article de 2016, Maurice Corcos et Claire Lamas, tous deux pédopsychiatres, notent à propos de ce qu'ils considèrent comme des « pathologies d'actualité », qu'elles étaient probablement davantage contenues dans les générations antérieures, s'exprimant d'une autre manière, par des névroses « entravantes ». Dans la lignée du sociologue Alain Ehrenberg, qui analyse la dépression et les addictions comme des « pathologies de la liberté » - quand la névrose serait selon lui une pathologie de la culpabilité – ces deux psychiatres se demandent si ce ne sont pas les transformations de la société et de la famille qui expliquent l'augmentation de ces tableaux cliniques, signes d'une liberté « mal contenue ».

« Tout ce que l'on rassemble sous les appellations d'états limite, de pathologie anaclitique et archaïque ou de souffrances narcissiques identitaires ainsi que les conduites addictives et les troubles des conduites, en particulier associés à des passages à l'acte suicidaires, apparaissent comme une pathologie d'actualité. Au-delà de leurs différences, elles partagent certaines caractéristiques qui reflètent des modalités communes dans leur organisation et leur fonctionnement mental. Rien ne nous dit que de telles modalités n'étaient pas présentes dans les générations précédentes sans cependant pouvoir émerger sous leurs expressions actuelles. Ce sont ces expressions que l'évolution de la société et de la structure familiale favoriserait. On peut penser que la fragilité des assises narcissiques et l'insuffisante différenciation des instances et des imagos intrapsychiques révélées par ces pathologies n'étaient pas moins présentes dans les générations précédentes. En effet, ce que nous savons des conditions sociales et éducatives antérieures permet d'inférer que dans l'ensemble les conditions d'établissement des assises narcissiques et d'une relation sécurisée avec l'environnement étaient plus défavorables que de nos jours. Mais cette dépendance était massivement contenue et masquée par le poids des contraintes sociales et la soumission consentie aux règles et interdits édictés par la société et véhiculés par la famille et les enseignants. Le sujet pouvait plus volontiers manifester ses inclinations tout en passant des compromis avec les modèles culturels et sociaux du moment... aux prix de troubles névrotiques entravants. Il semble que ce soit moins le cas, la société imprimerait moins ses limitations, ses valeurs et ses préjugés, ce qui favoriserait l'expansion de ces nouvelles « pathologies de la liberté », au sens d'une liberté mal contenue, sans orientation et sans but, parfois hors sens, ouvrant la voie au désordre et à la contingence. Toute révolte peut être saine si elle ne manque pas son but... si elle la rate, elle entre dans la spirale du négatif. »

*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 (p.16).*

**Transition :** compte-tenu des enjeux politiques du traitement des déviances juvéniles, les sciences sociales se sont historiquement élevées contre la « psychiatrisation de la délinquance ». Je vais préciser rapidement ce que cela recouvre, avant d'expliquer en quoi j'ai été amenée à m'éloigner de ce mode d'analyse, même s'il soulève des questions qui demeurent pertinentes.

## II. Une « psychiatisation » excessive ?

### 1. Le point de vue des sciences sociales

Depuis les travaux de Michel Foucault, il y a une longue tradition de recherche en sciences sociales qui s'est intéressée à la médicalisation des déviations juvéniles. Les catégories d'enfant « instable » (puis « caractériel ») et « arriéré », pouvant faire l'objet d'une prise en charge médicale, sont apparues à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, au moment où les enfants des fractions basses des classes populaires sont entrés à l'école du fait de l'obligation scolaire. Leurs déviations comportementales, qui pouvaient être le signe de normes sociales et culturelles éloignées des attentes de l'institution scolaire, ont été pathologisées. Ils sont devenus l'objet d'un savoir clinique et d'une prise en charge parfois dans des institutions spécifiques. C'est en 1914 que Gorges Heuyer, considéré comme le fondateur de la pédopsychiatrie française, soutient sa thèse intitulée « Enfants anormaux et délinquants juvéniles : nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers ».

En 1975, un sociologue américain, Peter Conrad a écrit un article qui a fait date dans sa discipline. L'article s'intitule « The Discovery of Hyperkinesis : Notes on the Medicalization of Deviant Behavior ». Il s'intéresse à l'expansion du diagnostic d'« hyperkinesie » au cours des années 1960 aux Etats-Unis. L'effet des amphétamines sur le comportement scolaire des enfants a été mis en évidence dès les années 30, et le diagnostic d'« hyperkinesie » est apparu dans les années 50, mais c'est la possibilité de synthétiser les amphétamines sous forme de Ritaline, avec moins d'effets indésirables, qui a contribué à la cristallisation et à l'expansion rapide du diagnostic au cours des années 1960 sous l'influence de deux types d'« entrepreneurs » : les industries pharmaceutiques intéressées d'une part, l'association pour les enfants ayant des troubles de l'apprentissage d'autre part, relayés ensuite par l'action gouvernementale.

*« What medical practitioner has not, at one time or another, been called upon to examine an impulsive, excitable hyperkinetic child ? A child with difficulty in concentrating. Easily frustrated. Unusually aggressive. A **classroom rebel**. (...) It is now evident that in many of these children the hyperkinetic syndrome exists as a distinct medical entity. »*

(publicité d'une entreprise pharmaceutique productrice de Ritaline dans une revue professionnelle américaine, 1971)

Citée par Peter Conrad, "The Discovery of Hyperkinesis : Notes on the Medicalization of Deviant Behavior", *Social Problems*, vol.23, n°1, oct 1975, p. 12-21.

Les symptômes pour poser le diagnostic ont ensuite été diffusés dans les médias grand public : *activité motrice excessive, difficultés d'attention, agitation, fortes variations dans l'humeur, comportement agressifs, impulsivité, difficulté à se plier aux règles scolaires, intolérance à la frustration...* Outre les médecins, les enseignants ont développé un savoir sur la pathologie ; les parents également, qui se sont mis à consulter avec déjà des connaissances sur le diagnostic. Un rapport gouvernemental s'est alors inquiété du fait que le diagnostic soit souvent posé par les enseignants et les parents, et de la facilité avec laquelle les traitements étaient prescrits sans connaissance des effets à long terme.

Peter Conrad pour sa part reconnaît dans cet article que cette nouvelle étiquette médicale peut soulager les enfants et les familles en permettant une déstigmatisation, et qu'elle apporte une réponse en terme de soin plutôt que de sanction. Auparavant ces enfants étaient qualifiés avec

d'autres catégories : « perturbateur, désobéissant, rebelle, anti-social, déviant ». Mais dans le même temps, il questionne ce qui de ce fait n'est plus interrogé au niveau de la société et de l'ordre scolaire.

« The medical model of hyperactive behavior has become very well accepted in our society. Physicians find treatment relatively simple and the results sometimes spectacular. Hyperkinesis minimizes parents' guilt by emphasizing "its not their fault, its an organic problem" and allows for non punitive management or control of deviance. Medicalization often makes a child less disruptive in the classroom and sometimes aids a child in learning. Children often like their "magic pills" which make their behavior more socially acceptable and they probably benefit from a reduced stigma also. There are, however, some other, perhaps more subtle ramifications of the medicalization of deviant behavior.»

Il avance trois arguments pour expliquer ses réticences : Si ces comportements deviennent une question d'experts médicaux, ils ne sont plus sujets de discussion pour les citoyens ordinaires, ils sont soustraits de la discussion publique. / Cette désignation permet la médicalisation et donc la prescription des médicaments, et donc le contrôle des corps. / Cela conduit à une individualisation des problèmes sociaux et à une dépolitisation : « On tend à chercher les causes et les solutions de problèmes sociaux complexes dans l'individu plutôt que dans le système social » (« *We tend to look for causes and solutions to complex social problems in the individual rather than in the social system.* » « *rather than seeing certain deviant behaviors as symptomatic of problems in the social system* »)

Si on centrait l'analyse sur l'école ou sur ce qui se passe dans la salle de classe, on trouverait peut-être que le comportement de l'enfant est symptomatique d'un désordre/trouble scolaire plutôt que d'un désordre neurologique » « en donnant des médicaments, on entretient le système social existant et on ne permet pas au comportement de changer le système ».

“By focusing on the symptoms and defining them as hyperkinesis we ignore the possibility that behavior is not an illness but an adaptation to a social situation. It diverts our attention from the family or school and from seriously entertaining the idea that the “problem” could be in the structure of the social system. And by giving medications we are essentially supporting the existing systems and do not allow this behavior to be a factor of change in the system. (...) If we focused our analysis on the school system we might see the child's behavior as symptomatic of some “disorder” in the school or classroom situation, rather than symptomatic of an individual neurologic disorder.”

Il y a depuis cet article différentes déclinaisons de cette interprétation, à propos de différentes catégories de la nosographie psychiatrique ou de l'action publique concernant la jeunesse déviante. C'est ainsi par exemple que Didier Fassin, anthropologue et médecin, questionne la montée en puissance du lexique de la souffrance et de l'écoute dans les catégories d'action publique à partir des années 1990, et notamment la mise en place de lieux d'écoute pour les jeunes des quartiers populaires : il considère qu'en arrière-plan de cette politique, il y a aussi la peur « que de souffrants ils ne deviennent violents ». Il estime que cette politique conduit à une dépolitisation, à une euphémisation des inégalités à l'origine des comportements et des troubles.

En ce qui me concerne, je me suis dans un premier temps interrogée sur une potentielle pathologisation de comportements valorisés (et donc normaux) dans la culture de rue adolescente. Une jeune fille m'avait raconté être devenue agressive au moment de son entrée au collège, parce que sans père ni frère pour la défendre, elle avait dû apprendre à se faire respecter par des adolescents qui la maltrahaient. Elle a choisi d'être « agresseur plutôt que victime ». Ce qui signifiait pour elle ne jamais montrer ses faiblesses, protéger par la force si besoin sa réputation, ne faire confiance à personne (« ton amie c'est ta poche »). Dans la culture



de rue, la violence est valorisée ; c'est à travers elle (et aussi en ayant le sens de la répartie) qu'on peut défendre son honneur. Une autre dimension de la culture de rue, liée également à la défense de l'honneur, conduit au refus de toute situation publique de subordination. Dans cette perspective, « être pris de haut » en public – par un enseignant par exemple – c'est perdre la face ; se rebeller, c'est la restaurer.

L'enquête que j'ai menée dans l'unité d'hospitalisation évoquée tout à l'heure m'a toutefois amenée à m'éloigner des analyses en terme de médicalisation ou de psychiatrisation du social, et je vais maintenant expliquer pourquoi.

## 2. Réticences et dilemmes des professionnels de la psychiatrie

J'ai tout d'abord été interpellée par le fait que, lors de mes deux enquêtes, les professionnels de la psychiatrie étaient les premiers à se questionner sur le bien-fondé de leurs interventions face à des adolescents orientés vers eux pour des « troubles du comportement ».

Citations de professionnels dans l'unité hospitalière :

« Tu as quelques cas où il y a vraiment une pathologie psychiatrique, avec des délires, des hallucinations, mais c'est assez rare. Nous avons beaucoup de gamins qui viennent pour des comportements agressifs. Pour moi, ce n'est pas de la psychiatrie quand tu vois des gamins qui viennent ici que parce qu'ils ont été violents à l'extérieur. Beaucoup d'ados peuvent être violents et on ne met pas une étiquette psy dessus. Ils viennent ici parce qu'ils ne peuvent pas être gérés par une institution, un internat... C'est cette violence qui fait venir ici. Ce ne sont pas tellement les pathologies. »  
*(infirmier spécialisé en psychiatrie)*

« J'ai du mal à scinder l'éducatif et le psy. Parfois je me demande si c'est vraiment une maladie ou des caprices de la jeunesse, ou côté éducation des parents qui font que les enfants sont ici. Dans ma tradition africaine, pour nous, nous ne sommes pas malades, c'est un manque d'éducation, ici on présente tout comme une angoisse. Quand les enfants sont violents et agressifs, est-ce que ça justifie une hospitalisation en psychiatrie ? Chez vous la prise en charge est large, la mise en danger mérite l'hospitalisation, mais chez nous mise en danger, cela ne veut rien dire. Chez nous la mise en danger n'est pas médicalisée. »  
*(médecin congolais recruté comme infirmier)*

« Il y en a très peu où les parents sont vraiment là, qui relèvent vraiment de la maladie. Il y en a beaucoup qui sont livrés à eux-mêmes. Quelque part, ils doivent bien avoir un petit problème psy, mais je pense que s'il y avait des structures dehors qui pouvaient accueillir ce type de jeunes, ils ne seraient pas ici en psy et en unités fermées. »  
*(secrétaire de l'unité)*  
« Pour certains jeunes, nous nous demandons pourquoi ils sont là. La faute au social. Bien souvent, je ne vois pas le médical. »  
*(aide-soignante)*

Les psychiatres étaient les premiers à reconnaître que « si les foyers étaient mieux outillés, beaucoup de situations pourraient être gérées sans [eux]. »

Ils exprimaient leur souci de ne pas renforcer le stigmatisme dont l'enfant était déjà porteur.

Et ils craignaient parfois que les services éducatifs ne se déchargent sur eux de leur mission. Cela arrivait parfois pour des jeunes de l'ASE. Au moment de mon enquête à l'hôpital, trois jeunes étaient hospitalisés depuis près d'un an faute de solution d'aval, alors que les psychiatres

les jugeaient sortants depuis plusieurs mois et qu'ils étaient scolarisés en journée en ITEP ou en IME. Les psychiatres à chaque fois, se posaient donc la question de leur légitimité à intervenir. Et ils avaient tendance à résister à la pression des services éducatifs.

Je vais ici relater des entretiens d'évaluation auxquels j'ai assisté à l'hôpital particulièrement révélateurs.

Jessica est une jeune fille de quatorze ans amenée par le directeur du foyer qui l'accueille. Le directeur expose tout d'abord les raisons de leur venue, décrit l'attitude « agressive et violente » de l'adolescente, son absentéisme scolaire, ses « passages à l'acte » (tentatives de suicide, agressions, fugues, opposition). Il évoque le contexte familial, l'origine du placement (la violence du beau-père), le rejet et les chantages dont la jeune fille fait l'objet de la part de sa mère et commente : « Jessica est perdue. »

Le psychiatre ne se laisse pas si simplement convaincre : il lui demande comment lui est venue l'idée de l'hospitalisation. Le directeur répond : « On a pensé qu'il fallait lui donner un lieu où elle puisse déprimer. Il faudrait qu'elle déprime. » Le psychiatre, un peu taquin, lance alors : « Vous avez pris des cours chez nous, vous ! » Le directeur, qui connaît bien la structure pour y avoir accompagné d'autres adolescents admet : « Peut-être, à force de venir... » Il esquisse même les pistes du travail à engager, autour de ce qu'il perçoit comme une « nocivité » des proches. Il estime que Jessica a manifesté « une légère prise de conscience » mais qu'elle est « trop envahie ». Il ajoute en regardant la jeune fille : « Jessica a besoin de vérifier qu'elle a une place », suscitant chez elle une moue sceptique.

Après un léger silence, le psychiatre demande : « Et pourquoi vous pensez qu'on va faire ça mieux que vous ? » Le directeur répond : « On n'a pas les compétences pour, et on n'a pas l'espace pour gérer les crises, les passages à l'acte, les états dépressifs. Elle pleure beaucoup. Elle est complètement perdue. Nous, à un moment, on doit admettre qu'on est un peu dépassés. » Avant de soupirer qu'il est aussi un peu perdu face à Jessica.

Si cet exemple est éclairant, c'est qu'il met en scène de manière très explicite ce qui se joue plus généralement entre l'institution psychiatrique et les services éducatifs. L'institution psychiatrique doit ainsi faire face à une demande de soins qu'elle a d'une certaine façon contribué à faire émerger (en créant des catégories et des institutions autour des « troubles du comportement » et en socialisant les agents éducatifs à sa propre vision du monde), alors même qu'elle n'est pas certaine d'être l'institution la plus appropriée pour traiter la situation, d'autant plus que dans ce cas, la jeune refuse avec conviction ce qui lui est proposé. Elle s'engage auprès du psychiatre à « être sage », et énonce son souhait d'intégrer un lieu de vie dans lequel elle peut s'occuper de chevaux et « où on lui fait bien comprendre les choses ». Elle ne sera pas hospitalisée.

Un échange du même ordre a lieu quelques semaines plus tard entre le même psychiatre et une autre éducatrice. Là encore, le psychiatre semble mettre en doute la pertinence d'un suivi.

Agé de quinze ans, Latif est amené par son éducatrice de milieu ouvert. L'éducatrice exprime son inquiétude et son incapacité à nouer une relation avec Latif afin de pouvoir l'aider. Il vient de subir deux exclusions de deux collègues différents coup sur coup (pour problèmes de comportement, insultes, menaces verbales), et, plus récemment, une garde à vue pour jet de pierres sur un véhicule. La mesure éducative a été attribuée suite à un signalement du collègue. L'éducatrice décrit le garçon comme « très fermé » : il n'aime pas notamment qu'on parle de sa famille. Elle entretient toutefois de bonnes relations avec le père qui lui fait confiance et accepte de lui déléguer une partie du travail éducatif. Pendant tout l'entretien, Latif est mutique, il a la tête baissée. « Attitude d'opposition passive », « donne des réponses évasives », « refuse le suivi », écrira le psychiatre dans

le dossier, avant de conclure : « Peu de solutions thérapeutiques. Peut-être le centre de jour en lien avec le collège ? » Le père cependant, présent lors de la consultation suivante, un mois plus tard, insistera pour que Latif soit pris en charge au centre de jour, soucieux que la situation de son fils s'améliore. Vêtu d'un costume traditionnel africain, s'exprimant difficilement en français, il manifeste sa confiance envers les institutions et son incompréhension envers ce fils qui lui pose problème, contrairement à ses autres enfants. Le psychiatre propose alors un suivi au centre de jour.

Pour que la prise en charge soit justifiée, le psychiatre remplit un protocole de soins avec un diagnostic de l'affection motivant la demande : « Risque d'évolution vers un trouble grave de la personnalité. » Et il ajoute comme arguments cliniques : « Violence à l'école et dans la rue. Plusieurs exclusions scolaires, une garde-à-vue. Pas de motif vraiment utilitaire, plutôt rage dépressive. Peut-être abord thérapeutique possible, en plus de mesure éducative. » Le médecin conseil donne son accord pour « trouble de la personnalité ». Les objectifs fixés par l'équipe du centre de jour sont les suivants : « Soutenir la scolarisation, participer au projet d'orientation, temps d'évaluation, tenter une accroche aux soins. » Le jeune homme y est reçu trois demi-journées par semaine. Les soignants notent une amélioration du comportement au collège, même si les difficultés dans les apprentissages se précisent. Latif – qui a toujours dit qu'il souhaitait travailler – est très actif et autonome dans sa recherche de lieux de stages, surprenant les adultes du centre de jour : il trouve lui-même un patron dans la restauration. Progressivement se dessine cependant une orientation vers des institutions qui combinent soins et études. La manière dont la qualification du cas dans un registre pathologique s'est construite pour justifier la prise en charge est étonnante compte-tenu de l'incertitude initiale du psychiatre quant à la nécessité d'un suivi. La pédiatre de l'unité le souligne à sa façon lors d'une réunion de transmission : « C'est quoi sa pathologie à part qu'il fout rien à l'école ? » Ce à quoi la psychologue qui le suit répond : « état-limite ». Un an plus tard, je m'enquiers de son devenir : Latif a refusé les orientations proposées ; il a pu s'inscrire en Centre d'apprentissage comme il le souhaitait, son patron ayant accepté de le prendre en alternance.

### **Transition :**

Les incertitudes et les questionnements des professionnels concernant leur légitimité à intervenir dans la prise en charge des troubles du comportement est la première raison pour laquelle j'ai pris de la distance avec une analyse en terme de psychiatrisation du social.

La deuxième raison est liée à l'hétérogénéité de ce que recouvre la catégorie de trouble des comportements qui peuvent correspondre dans certains cas à des pathologies établies. Il y a alors un enjeu de prévention à intervenir précocement.

La troisième raison tient au fait que les analyses en terme de psychiatrisation, qui sont souvent des analyses critiques des interventions, ne permettent pas d'appréhender d'autres fonctions de la psychiatrie : à travers ces suivis, il apparaît en effet que la psychiatrie publique fait office de soupape pour les autres institutions de la jeunesse et qu'elle peut constituer une ressource pour les jeunes et leurs familles, en particulier lorsqu'ils sont démunis sur le plan social et culturel.

### III. La psychiatrie : une fonction de soupape et de médiation

Au cours des deux enquêtes menées, il m'est apparu que la psychiatrie assurait une fonction de **soutien** envers les autres institutions en charge de la jeunesse. Au risque parfois que ces institutions ne se déchargent sur la psychiatrie de leurs missions.

Dans les exemples précédents, qui concernent **l'unité d'hospitalisation**, il s'agit essentiellement des services éducatifs (ASE et PJJ), je l'ai déjà évoqué. Tout l'enjeu des suivis est de maintenir le lien avec les équipes éducatives pour « travailler l'aval » de l'hôpital, en terme d'hébergement et de scolarité.

Le service s'inscrivait dans l'héritage de la psychiatrie institutionnelle mais psychiatres et psychologues se définissaient surtout comme « pragmatiques », mêlant les apports théoriques. Selon leurs références théoriques, les psychiatres avaient un usage variable des médicaments, préférant « lever le symptôme » pour faciliter l'insertion ou « travailler avec le symptôme » dans une perspective psychothérapeutique.

L'équipe était pluridisciplinaire, composée, en plus des professionnels de santé, d'une AS et d'éducateurs. Après une première semaine d'hospitalisation complète, la sortie était progressive via des permissions le week-end et des activités thérapeutiques au centre de jour en semaine. Le « projet de sortie » était travaillé depuis l'hôpital, les professionnels se déplaçaient en dehors de l'hôpital pour discuter des situations, pendant l'hospitalisation et régulièrement en aval, notamment dans les familles d'accueil, les lieux de vie, une institution soins-études avec laquelle avait été passée une convention. A l'issue de mon enquête, les visites-à-domicile ont été formalisées (des binômes étaient constitués, sur indication du médecin : AS, aide-soignante / infirmière-psychologue, etc.)

**A la Maison des adolescents**, il s'agit plutôt de soutenir les équipes des collèges voisins, qui sont souvent à l'origine des orientations, via les infirmières et les assistantes sociales scolaires. La structure animait des réunions de réseau, avec différents professionnels du département. Des professionnels de la MDA pouvaient aussi se déplacer dans les établissements scolaires pour faire le point sur une situation, avec dans l'idée de rassurer les équipes, avec l'idée qu'elles puissent être sécurisantes pour les adolescents. Là aussi, l'équipe était pluridisciplinaire, associant infirmière, psychologues, assistante sociale, un éducateur PJJ, etc... La MDA assurait des permanences, proposait des entretiens d'accueil (binômes sans psychiatre au départ), trois en moyenne, à l'issue de quoi le cas était présenté en « réunion flash » à l'ensemble de l'équipe (une demi-heure chaque jour), et une orientation était proposée (activités thérapeutiques collectives ou thérapies individuelles pour les ados, thérapies familiales, groupes de parole pour les parents, parfois réorientation sur le CMPP).

Là aussi secteur démunie de l'Ile de France. Familles et ados qui viennent parce qu'ils ont été orientés par les assistantes sociales ou les infirmières scolaires. Une AS scolaire confiait:

« Les problématiques sont de moins en moins simples et on se demande qui de l'œuf ou de la poule fait que la situation est comme ça. » « Il y a des problèmes de logement de plus en plus hallucinants. Les familles sont éclatées, avec un petit chez le voisin, la grande chez une copine et la mère à l'hôtel. On a des familles qui n'ont pas de papiers, pas d'argent, pas de logement. Les enfants continuent à grandir, ils continuent à aller à l'école, mais tout s'en va autour. » Selon elle, c'était *in fine* toutes ces situations qui faisaient « péter les plombs » des collégiens qu'elle était amenée à recevoir, qu'ils troublent l'ordre scolaire ou qu'ils se signalent par leur absentéisme. Elle estimait ainsi que si l'école pouvait être « maltraitante », « extrêmement violente et rejetante », l'école était elle-même « maltraitée », sommée de juguler les effets de la précarisation croissante de son public. Pour tenter de résoudre certaines situations complexes, mêlant

troubles psychiques et difficultés sociales, cette assistante sociale pouvait solliciter la Maison des adolescents voisine.

Les troubles sont en général moins invalidants que ceux qui conduisent à l'hôpital. Les motifs des orientations oscillent entre absentéisme, troubles du comportement alimentaire, troubles des apprentissages, troubles du comportement dans le cadre scolaire.

La Maison des adolescents est aussi sollicitée pour faire médiation entre les établissements scolaires et les familles lorsque les relations sont dégradées, que l'incompréhension est trop grande. Et pour faire médiation au sein des familles lorsque le comportement de l'adolescent met en cause l'équilibre familial.

C'est ce que je voudrais maintenant montrer à partir d'un cas, celui d'Hamidou, âgé de 12 ans et demi, orienté en MDA par l'assistante sociale en raison de ses troubles du comportement au collège.

Le garçon a déjà fait l'objet d'un conseil de discipline pour insultes, violences. Le père a été plusieurs fois convoqué, ce qui l'a rendu agressif envers l'établissement. Il menace de renvoyer son fils au pays, la Guinée, et c'est ce qui inquiète l'assistante sociale qui a par ailleurs une bonne relation avec cette famille.

Hamidou a six sœurs, il est le seul garçon. Son père, âgé de 50 ans, est au chômage. Il était auparavant employé dans la restauration. La famille vit des minima sociaux.

La famille a d'abord été reçue en entretiens d'accueil. Lors de ces séances, la mère a expliqué qu'elle n'avait pas de soucis à la maison avec son fils, et que les problèmes à l'école sont apparus après leur déménagement d'un quartier pavillonnaire vers une cité de la région parisienne. Hamidou a reconnu qu'il s'énervait « trop vite » contre les surveillants et les enseignants. « Des fois je parle, des fois je tape », dit-il. Il a des ennuis avec des élèves plus grands qui le menacent et se moquent de son crâne qui est rasé pour des raisons religieuses. Cela le met hors de lui. Il dit qu'on embête moins ceux qui ont des grands frères. Il a l'impression de ne pas être protégé par les adultes au collège. Il vient de se faire de nouveau exclure du collège parce qu'il a traité le Conseiller d'éducation de raciste. La mère aimerait qu'il change de collège. Le père est très en colère, il se sent humilié par les institutions qui lui disent qu'il ne sait pas éduquer son fils.

Une décision est prise en réunion d'équipe de « ne pas s'engouffrer dans un suivi individuel qui porte le stigmatisme sur l'enfant ». Une thérapie familiale transculturelle est proposée et acceptée, ainsi qu'un « groupe slam » pour le garçon.

Au cours de la première séance, le père, mis en confiance par le thérapeute principal, revient sur son sentiment d'humiliation auprès des institutions, et sur les espoirs qu'il a placés en son fils unique. Il est à la fois en colère, désarmé, et mis en difficulté au sein de sa communauté dans laquelle il a habituellement un rôle de conseiller. Il se définit comme un bon musulman (allé trois fois à La Mecque), comme pour contrebalancer le sentiment qu'il a d'être dénigré en tant que père. Il aurait lui-même aimé faire des études dans son pays mais a dû interrompre sa scolarité avant le bac pour aider son père commerçant de riz. Il ne comprend pas l'attitude de son fils au collège, il dit « on dirait qu'il veut être le chef, c'est un petit qui veut se voir grand ».

- Thérapeute [au père, immigré guinéen, devant Hamidou] : *On dirait que vous êtes en colère. Très très très en colère.*
  - Le père : Moi, je vois ça, cet entretien, excusez-moi, c'est l'humiliation. Comme si j'étais un bon à rien. Si je pouvais faire une carte bleue, en deux secondes il serait au pays. (...) [C'est comme au collège...] Je me suis retrouvé devant 7 personnes, ils crachaient sur moi (...) [Pourtant] je suis [un bon musulman], je suis allé à La Mecque 3 fois. (...) Quand le prof de géo a parlé, j'étais à terre. (...) [Alors] si ça marche pas avec vous, il va se retrouver avec les moustiques, là où il n'y a pas de coca-cola, y'a rien, il va pleurer. Mais je préfère ça que de me retrouver au commissariat.
  - *C'est dur !*
  - Là-bas, y'a les moustiques, le choléra, la diarrhée, mais s'il veut pas m'écouter... Je peux faire quoi ?
  - *J'entends de la colère, et je sens aussi de l'inquiétude. Je dirais même de l'angoisse. (...) [De tout ce que j'entends, c'est un peu] comme si le père et le fils étaient étranger l'un à l'autre, ne parlaient pas la même langue. Comment faire pour qu'ils se rejoignent, se comprennent ? C'est peut-être ce qu'on va essayer de faire ici.*
- [Le thérapeute engage ensuite un échange sur le choix du prénom de l'enfant, et montre qu'il connaît des aspects de la culture Diakanké.] (...)
- Je ne veux pas que sa vie ressemble à la mienne. »
  - *Vous aimeriez que votre fils fasse quoi ?*
  - Il dit qu'il veut faire informaticien. [Il se tourne vers son fils et demande, « c'est quoi déjà ? »]
  - Le fils : ingénieur.
  - Moi, j'ai pas les diplômes, on m'a fait sortir, je veux pas qu'il ait la même vie que moi. [Le père redit qu'il ne veut plus être convoqué à l'école pour être humilié.]
  - *ça on l'entend bien.*

La seconde consultation a lieu deux semaines plus tard. D'emblée le père, tendu, dit que sa décision est prise et irrévocable, qu'il va renvoyer son fils au pays, qu'il a déjà acheté le billet d'avion. « s'il reste, je vais avoir des problèmes avec la police. (...) si on m'appelle encore je risque de devenir incontrôlable. (...) Et comme je vous ai dit, dans ma communauté, je suis un réconciliateur, on me demande des conseils. Là, ça se sait que j'ai des problèmes avec mon fils. On entend, M. Touré il a des problèmes avec son fils unique, je suis humilié. » Le psychiatre demande : « est-ce qu'on a le droit de ne pas être d'accord avec vous ? » « Vous dites que vous êtes réconciliateur, mais le problème, c'est que vous le faites pas avec votre fils. » Le père souffle : « Ca me tue ! Il ne sait pas ce qu'il représente pour moi ! » Le psychiatre rétorque : « Si on prenait les choses à l'envers ? S'il le savait trop ce qu'il représente pour vous ? » Le psychiatre poursuit : « Hamidou ressemble à son père ; s'il part comme ça, sous la menace, il va se fermer comme une coquille. S'il se ferme, tout ce qu'il pourrait apprendre là-bas, il ne va pas en profiter. S'il part en voyage, en vacances, il va peut-être revenir changé, il aura appris des choses. Mais pas sous le coup de la colère. Vous le savez vous qui faites le médiateur (le valorise). Il va penser « mon père ne m'aime pas. » « Après, les parents font ce qu'ils veulent. C'est vous le père. » (commentaire : Le psy travaille sur un fil : amener le père à revoir sa position sans le dénigrer). Le père encore admet : « Ma décision, je sais bien que c'est la colère, faut pas se cacher derrière un mur. J'ai de la haine. Je sais que c'est pas bien. Mais il faut dire qu'Hamidou se calme sinon tout le monde me regarde. » Le psy dit qu'il faut que tout le monde se calme. Le père dit « c'est pas nous qui avons la clé ». Le psy répond qu'il n'y a pas qu'une seule clé, que tout le monde doit intervenir, Hamidou, les

parents, ses sœurs, le collège : « Il faut que chacun mette sa clé, Hamidou, tout seul, avec trop de pression, n'y arrivera pas. »

Ils parlent du collège, le psychiatre suggère que ce n'est peut-être pas toujours Hamidou qui est à l'origine des problèmes, ce que son père confirme. Le père déplore qu'il y ait beaucoup de jeunes enseignants dans ce collège, pas formés. Le psy lui demande ensuite s'il ressemble à un père africain ou à un père français. Le père répond : « je veux juste qu'il soit bien, qu'il travaille, qu'il vole pas, qu'il ne fasse pas de bêtises. Je suis un papa africain avec des idées de français, qui essaie de copier les français. » Le psy poursuit : « C'est pas si simple d'être papa, il faut inventer. » Le père répond : « Là-bas, c'est carré. Ici, c'est pas facile. » Le psy reprend : « Il faut inventer tous les jours, une nouvelle manière d'être parent. » S'ensuit une discussion avec les co-thérapeutes. L'interprétation d'une psychologue plaît beaucoup au père. Pour elle c'est comme s'il y avait deux Hamidou, l'un qui est « comme les enfants du pays à la maison, l'autre comme un ado d'ici à l'école. » Une autre psychologue dit que le garçon a de la personnalité, qu'il se construit en dépassant les limites, qu'il devient indépendant. Cela plaît aussi au père. A la fin de la séance, le psychiatre propose qu'Hamidou voie un psychologue seul, en parallèle du travail familial. Il demande au père : « est-ce que vous pensez que c'est possible ? » Le père : « Je suis d'accord même tous les soirs. J'avais juré que jamais mon fils irait voir un psychologue en France, parce que c'est pour les fous. Mais je suis d'accord ». Le thérapeute demande : « Qu'est-ce qu'on vient de faire pendant une heure et demie ? » Le père : « on a discuté ». Le psy : « On est tous des psychologues... » Le père : « mais vous ne l'avez pas montré ! c'est en famille... »

Nous avons rencontré le père à son domicile environ six mois après ces consultations. Avec mon collègue, nous lui avons expliqué qu'en tant que sociologues, nous nous intéressions au rapport des familles à la MDA.

Il a expliqué que c'est l'AS scolaire qui a jugé nécessaire d'orienter vers la MDA « pour voir s'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas ». « Pour moi, il n'y a rien qui ne fonctionne pas dans ma famille, je n'ai pas à gérer un fou, quelqu'un qui a un problème mentalement. Mais comme on est dans un pays démocratique, il ne faut pas refuser, c'est pour ça que j'ai accepté d'assister. Sinon, pour moi, ce n'était pas nécessaire. Je pouvais bien m'occuper de l'éducation. Et puis moi, j'ai ma méthode, je pouvais le mettre dans l'avion. Mais on vit dans un monde différent lui et moi. »

Il dit aussi : « l'assistante sociale envoie les parents jusqu'à la MDA parce qu'il n'y a pas de compréhension entre les parents et l'école. Parce que l'école ne donne jamais le temps. Ils n'ont jamais le temps pour parler. » Il ajoute : « Je ne peux accuser que l'école parce qu'il a hérité d'enfants comme enseignants. » « S'il faut apprendre à des enfants, il faut des adultes. » « L'école, ce n'est pas un jeu. Ici, tout à l'air d'un jeu. »

Tout au long de cet entretien sociologique, il a oscillé entre un discours valorisant l'intervention et le travail effectué par les professionnels de la MDA qui « écoutent », « ne jugent pas », « ne prennent ni le parti de l'Afrique ni le parti de la France... », et un discours manifestant une forme de déception : il attendait des conseils, un soutien. Il a le sentiment de s'être livré, dévoilé, sans obtenir grand-chose en retour. La MDA pour lui c'est « comme un grand livre blanc sans message ».

Il propose une analyse de ce que vit son fils : il estime qu'il a « besoin d'exister » ; il se réfère à la crise d'adolescence. Et il dit aussi « mon fils c'est un trublion, ce n'est pas un délinquant ».

On peut penser qu'il y a là un effet du passage par la MDA (et peut-être des discussions avec l'assistante sociale scolaire) qui a dédramatisé la situation.

Nous avons aussi réalisé un entretien avec l'AS scolaire, l'année suivante.

En ce qui concerne Hamidou, elle le suivait dans les « goûters philo » et au foyer où il était très dynamique et avait une bonne relation avec lui ainsi qu'avec la famille. Elle a orienté vers la MDA parce que la situation s'était enkystée au collège, les profs ne supportaient plus le garçon, et le père, à force d'être convoqué, craquait. Hamidou était selon elle un enfant qui pouvait être apaisé, mais à valoriser. Depuis le suivi en MDA, Hamidou est selon elle plus calme. Des profs sont venus lui demander : « il y a un changement, qu'est ce qui s'est passé ? » Elle leur a dit, quand ça va mieux, de bien le dire. Hamidou de son côté lui a dit : « c'est bien la MDA, je dis des choses dont j'ai envie de parler, ils ne répètent pas tout à ma famille. Après, à ma famille, ils lui ont parlé, moi j'étais là, je trouvais que c'était bien. »

Commentaire :

Si j'ai choisi de présenter ce cas en détail, c'est qu'il illustre la fonction que la MDA peut remplir entre familles et institution scolaire. Elle vient temporiser, rassurer les uns et les autres. Elle permet de réduire un peu la pression exercée sur l'enfant. Elle amène à modifier le regard porté sur lui. Auprès des familles éloignées des normes scolaires et des conceptions occidentales de l'adolescence, elle fournit d'autres grilles de perception des situations.

Pour terminer ma présentation, j'aimerais insister maintenant sur la fonction de socialisation que l'institution psychiatrique peut remplir auprès des adolescents, et sur le lieu-ressource qu'elle représente pour les plus démunis. Les adolescents, passés les réticences initiales, peuvent s'approprier les interventions, dans un sens qui n'est pas toujours celui qui est anticipé par les institutions. C'est le cas de Latif exposé précédemment, qui, avec l'aide des professionnels du centre de jour, fait des recherches sur internet pour trouver un centre de stage. D'autres peuvent engager des démarches pour obtenir des droits, réintégrer un cursus scolaire. Ce sont aussi des compétences relationnelles, un capital communicationnel, de nouvelles modalités de gestion des émotions que les adolescents peuvent acquérir. A l'hôpital des jeunes patients expliquaient ainsi : « J'ai appris à m'écarter plutôt que de taper », « à m'isoler plutôt que de m'énervier », « en classe quand ça ne va pas je demande à sortir », etc... Ils apprennent à identifier leurs émotions, et à énoncer leurs besoins, dans le cadre des entretiens individuels, c'est-à-dire dans des espaces dédiés à ce qui est intime. De ce point de vue, on peut analyser les interventions comme une « pédagogie de la réflexivité ».

Si l'hôpital demeure toutefois stigmatisant, la MDA ne semble pas être associée de la même manière à la pathologie. Une jeune fille suivie expliquait que contrairement au fait d'aller voir une AS, aller voir un psy à la MDA ce n'était pas pour elle un problème. L'AS, ça fait « cas social » ; les pys d'une certaine manière ça élève socialement (même les patrons vont voir des pys).

C'était pour mettre en évidence cette fonction de socialisation, et la manière dont les publics objets des interventions peuvent en partie se les approprier, que j'avais envisagé un projet de film documentaire autour du parcours d'une jeune femme, passée par différentes institutions, notamment par la psychiatrie.

Jeune fille âgée de 16 ans quand je l'ai rencontrée dans un dispositif d'insertion pour devenir animatrice en 2001. Dispositif de la PJJ. Fille d'immigrés marocains, père chauffeur de bus. Dernière de cinq enfants. Conflits familiaux au moment du collège, elle souhaite sortir avec ses



copines. Les parents quittent la cité pour un pavillon mais ça ne suffit pas à modifier les fréquentations de la jeune fille. Après une garde à vue suite à un racket, elle est violemment battue par son père et ses frères. A la suite de ces violences, elle fugue pendant six mois sans donner de nouvelles à ses parents. Puis finit par appeler à l'aide son éducatrice, est placée en foyer, fugue... Elle finit pas être hospitalisée.<sup>3</sup>

Le film : deux temporalités. Elle n'a pas souhaité être à l'image.

Parole de ses 16 ans, un an après l'hospitalisation. A l'image, elle est dessinée.

Et sa parole d'aujourd'hui (près de vingt ans après), en retournant sur les lieux de son histoire passée, elle est présente à travers ses mains, sa silhouette mais on ne voit pas son visage.<sup>4</sup>

#### **IV. Fatima : chronique d'une reconstruction**

« Je pensais que mes parents ils avaient pas du tout confiance en moi. Je pensais que si ils avaient confiance en moi, ils laisseraient beaucoup plus de liberté, et moi, la liberté qu'ils me donnaient pas, je me la posais toute seule.

En fait je fréquentais beaucoup de la racaille, j'étais beaucoup cités, je fréquentais vraiment des gens mauvais, des gens pas bien. »

(C'est comme une secte : de l'engrenage) « se faire engrener »

« En fait mon psy m'a redonné confiance en moi, ma propre confiance »

« En fait, c'est comme si je me connaissait pas moi-même à une certaine période, je me reconnaissais plus, et lui, il m'a aidée à me reconnaître, à être moi d'avant, que j'étais. Parce qu'en fait, j'étais plus du tout moi, j'étais hors de moi. »

« J'ai coupé les ponts avec tout le monde »

« Je suis rentrée à l'hôpital, je suis ressortie, j'étais plus du tout la même. Pour moi, j'avais fait une croix sur toutes mes fréquentations, et j'ai su faire la part des choses, j'ai su garder les bons et pas les mauvais. J'ai été assez courageuse là-dessus, j'ai jeté tous les mauvais. »

*(work in progress)*

---

<sup>3</sup> I. Coutant, *Délit de jeunesse. La justice face aux quartiers*, La découverte, 2005.

<sup>4</sup> ; I. Coutant, 2018, « Le pouvoir pédo-psychiatrique : une approche ethnographique », *Politika*, Notices : <https://www.politika.io/fr/notice/pouvoir-pedopsychiatrique-approche-ethnographique>

## Bibliographie indicative

- Claude Bursztejn, « Les troubles du comportement chez l'enfant : approche nosographique et psychopathologique », *Pratiques psychologiques*, 12, 2006, p. 417-436.
- Brigitte Chamak, « Troubles des conduites », *L'information psychiatrique*, 2011/5, vol. 87, p. 383-386.
- Peter Conrad, « The Discovery of Hyperkinesis : Notes on the Medicalization of Deviant Behavior », *Social Problems*, vol.23, n°1, oct 1975, p. 12-21.
- 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.
- Isabelle Coutant, *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*, La Dispute, 2012.
- Isabelle Coutant, « The psychiatric treatment of 'behavioural problems' in adolescence: Between coercion and socialisation », *Anthropology & Medicine*, vol.23, 2016, 2016, p. 259-274.
- Isabelle Coutant, « La prise en charge des "troubles du comportement" à l'adolescence : quels enjeux ? », *Santé mentale et souffrance psychique*, I. Coutant et S. Wang (dir.), CNRS-éditions, 2018, p. 307-324
- Isabelle Coutant, 2018, Le pouvoir pédo-psychiatrique : une approche ethnographique, *Politika*, Notices : <https://www.politika.io/fr/notice/pouvoir-pedopsychiatrique-approche-ethnographique> ; English version: "Pediatric Psychiatric Power: An Ethnographic Approach" <https://www.politika.io/en/notice/pediatric-psychiatric-power-an-ethnographic-approach>
- Isabelle Coutant, Jean-Sébastien Eideliman, « A l'écoute de la souffrance. Traiter les fragilités dans une maison des adolescents », in *Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'Etat*, Didier Fassin et alii, Seuil, 2013, p. 271-308.
- Isabelle Coutant, Jean-Sébastien Eideliman, « The Moral Economy of Contemporary Working-Class Adolescence. Managing Symbolic Capital in a French public "Adolescent Centre" », *British Journal of Sociology*, 64 (2), 2013, p. 248-266.
- Yannis Gansel, *Vulnérables ou dangereux ? Une anthropologie du souci des adolescents difficiles*, ENS Editions, 2019.