



HAL
open science

Penser le risque de schizophrénie

Laelia Benoit

► **To cite this version:**

Laelia Benoit. Penser le risque de schizophrénie : Enjeux pronostiques lors du travail clinique auprès de jeunes patients. . Sciences de l'Homme et Société. Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, 2016. Français. NNT : 2016PA06S011 . tel-01340796

HAL Id: tel-01340796

<https://hal.science/tel-01340796>

Submitted on 1 Jul 2016

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (PARIS 6)
FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2016

N° 2016PA06S011

THESE

**PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE**
Diplôme d'Etat

SPECIALITE : PSYCHIATRIE

PAR

Mme Laelia BENOIT

Née le 20/09/1987 à Paris 11^{ème}

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 MARS 2016
Médaille d'Argent de l'Université Paris V.

**Penser le risque de schizophrénie :
Enjeux pronostiques lors du travail clinique
auprès de jeunes patients.**

DIRECTEUR DE THESE : TAIEB Olivier

PRESIDENT DE THESE : MORO Marie Rose

Cette thèse pour le diplôme de docteur en médecine constitue une adaptation aussi fidèle que possible d'un mémoire de sociologie réalisé dans le cadre du Master 2 mention Santé, Populations et Politiques Sociales de l'*Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales* (E.H.E.S.S., Paris).

Encadré par M. Nicolas Henckes, sociologue, au cours de l'année universitaire 2014-2015, puis soutenu et discuté le 30 septembre 2015 en présence de M. Sébastien Dalgarrondo, anthropologue, le contenu de ce travail n'a subi que d'infimes remaniements avant d'être accepté au titre de thèse d'exercice de médecine, et ce grâce au soutien de M. le Dr Olivier Taïeb.

La fragilité de cet essai, sa richesse également je l'espère, réside dans la volonté de conduire une analyse sociologique du travail médical, en étant simultanément jeune médecin et étudiante en sciences sociales.

« - Mais voici la question qui me préoccupe : si Dieu n'existe pas, qui donc gouverne la vie humaine, et en général, l'ordre des choses sur la terre ?

- C'est l'homme qui gouverne ! se hâta de répondre le poète courroucé, bien que la question, il faut l'avouer, ne fût pas très claire.

- Pardonnez-moi, dit doucement l'inconnu, mais pour gouverner, encore faut-il être capable de prévoir l'avenir avec plus ou moins de précision, et pour un délai tant soit peu acceptable. Or – permettez-moi de vous le demander –, comment l'homme peut-il gouverner quoique ce soit, si non seulement il est incapable de la moindre prévision, ne fût-ce que pour un délai aussi ridiculement bref que, disons, un millier d'années, mais si en outre, il ne peut même pas se porter garant de son propre lendemain ? ».

L'inconnu – le Diable - s'adressant au poète Ivan Bezdomny.
Le Maître et Marguerite (Boulgakov, 1940)

Remerciements

Aux membres du jury, Mme la Professeure Marie Rose Moro, M. le Professeur Thierry Baubet et M. le Professeur Bruno Falissard. Merci pour votre engagement pour la santé des jeunes, en particulier pour favoriser leur accès aux dispositifs de soins en psychiatrie. Merci pour l'intérêt que vous portez aux démarches interdisciplinaires et à la méthode complémentariste. Merci enfin d'avoir accepté de lire et de critiquer ce travail.

A mon directeur de thèse de médecine, M. le Docteur Olivier Taïeb, merci pour l'intérêt que vous portez aux sciences sociales. Merci d'avoir encouragé et soutenu la proposition de ce travail au titre de thèse de médecine.

A mon directeur de master de sociologie, M. Nicolas Henckes, merci de m'avoir initiée aux méthodes des sciences sociales et d'avoir encadré la réalisation de cette étude.

A M. Jean Paul Gaudillière et à l'équipe du CERMES3. Merci pour votre accueil chaleureux.

A toutes les personnes communément appelées « patients », « familles », « jeunes », « adolescents » et « parents » qui se sont inquiétées de leur propre avenir ou de celui d'un proche.

A toutes les personnes appelées « psychiatres » qui ont accepté de participer à mes entretiens. Merci de m'avoir accordé votre confiance, votre temps et vos idées.

A mes collègues et amis pour l'intérêt et le soutien que vous avez porté à cette initiative. Merci pour votre relecture et vos conseils avisés.

A ma famille. A mes amis.

A ceux qui demeureront présents malgré l'absence.

A ceux qui ne sont pas encore arrivés.

A ceux qui gardent les portes ouvertes.

Table des matières

Remerciements	4
Note au lecteur	7
INTRODUCTION	9
Pourquoi étudier le pronostic psychiatrique ?	11
Méthodes	12
Résultats	13
1. LA DIFFICULTE DU PRONOSTIC	15
1.1. Qu'est-ce qu'un pronostic ?	15
Le pronostic : une catégorie théorique ou appliquée	16
Faire un pronostic : une pratique médicale	19
L'utilisation du pronostic en médecine	21
1.2. L'incertitude liée à la pratique médicale	26
L'incertitude inhérente à la médecine	26
L'incertitude liée au pronostic	34
1.3. L'incertitude liée à l'adolescence	36
L'indétermination entre crise d'adolescence et maladie	36
L'évolution de l'adolescent : entre imprévisibilité et structuration progressive	41
1.4. L'incertitude liée à la schizophrénie	43
L'histoire de la schizophrénie, une histoire de la chronicité	43
Prédire la schizophrénie : une mort sociale annoncée ?	47
Le fonctionnement social : un pronostic complexe	55
1.5. D'inextricables incertitudes	60
2. L'AMBIVALENCE DES PSYCHIATRES A L'EGARD DU PRONOSTIC	62
2.1. L'impossibilité et l'inévitabilité du pronostic	63
Eviter en vain de penser à l'avenir	63
La question d'avenir condamnée à rester sans réponse	68
2.2. Osciller entre optimisme et pessimisme	71
Être optimiste sans être dans le déni	72
Être pessimiste sans abandonner l'espoir	75
2.3. S'attendre à des problèmes mais en anticiper d'autres	79
Attendre de « ramasser les morceaux » : refuser l'anticipation	80
« Ne pas louper le coche » : anticiper un futur incertain	82
2.4. Parler d'avenir sans prédire, une influence sans engagement	87

« Je ne suis pas Monsieur Météo » : l'interdit de prédire.....	87
« Donner son point de vue » : influencer sans s'engager	89
Alerter sans alarmer : contrôler l'émotion d'autrui.....	90
2.5. Le soin précoce en psychiatrie : une culture du secret	91
Détecter des troubles sans les objectiver	91
Prévenir l'aggravation vers une maladie mentale : un service rendu impossible à démontrer ...	93
3. LE TRAVAIL CLINIQUE EN SITUATION INQUIETANTE.....	97
3.1. Qu'est-ce qu'une situation inquiétante ?	98
Une rencontre clinique au-delà de l'expérience ordinaire	98
Seul le psychiatre discerne une menace invisible	102
Savoir que la crise annonce une catastrophe	111
L'engagement du psychiatre devient impératif	120
3.2. Quel est le travail du psychiatre face à une situation inquiétante ?.....	122
Regarder le danger en face	122
Croire en la prophétie auto-réalisatrice.....	126
Synchroniser divers interlocuteurs.....	135
S'engager sur le plan personnel	142
Rester prudent sur la durée	147
Garder les portes ouvertes.....	152
CONCLUSION.....	157
BIBLIOGRAPHIE	160
ANNEXE : Grille d'entretien.....	166

Note au lecteur

L'objet de ce travail émerge au printemps 2013, alors qu'étudiante en huitième année de médecine, j'effectue un stage d'interne dans un service parisien destiné à l'hospitalisation, le plus souvent contrainte, de personnes résidant dans l'un des quartiers les plus pauvres de la capitale. En assistant à une réunion d'établissement, j'apprends que l'analyse des questionnaires de satisfaction renseignés par les personnes à l'issue de leur hospitalisation fait émerger comme principale plainte le manque d'information médicale. En observant les consultations et les échanges informels de l'équipe en l'absence des patients, je constate que cette plainte semble fondée. Les raisons précises de l'hospitalisation, les effets nocifs de certains traitements, le diagnostic posé ou encore les conditions à remplir pour être autorisé à quitter l'hôpital, sont autant de thématiques fréquemment éludées lors des entretiens médicaux. Ce mode de communication extrêmement flou m'interpelle alors à différents égards. D'une part, il va à l'encontre de l'enseignement dispensé en faculté de médecine, où j'ai dû apprendre – jusqu'à être en mesure de le réciter de mémoire – le contenu du texte de loi de mars 2002 portant sur les droits à l'information des personnes en situation de soin. Celui-ci stipule que les personnes malades ont le droit d'être informées sur leur état de santé et les différentes investigations ou traitements menés, cette information constituant un préalable à leur consentement ou à leur refus des soins. D'autre part, cette manière évasive de s'exprimer ne fait l'objet d'aucune règle formelle et me plonge dans l'embarras à titre individuel. Lorsque je me trouve seule en situation de recevoir des personnes hospitalisées, je leur dévoile aisément ma vision actuelle de ce qui pourrait leur poser problème. Constatant que mes collègues plus expérimentés procèdent à l'inverse, je suis bien en peine pour déterminer quelle serait la bonne manière d'agir lors de mon futur exercice psychiatrique. Les apports théoriques les plus présents en psychiatrie, notamment la psychanalyse, ne répondent aucunement à ce double questionnement. Comment comprendre la contradiction entre les textes de loi et les pratiques d'information médicale ? Comment mes collègues communiquent-ils et de quelle manière devrais-je m'exprimer dans une telle situation ?

L'engagement dans cette recherche a donc rétrospectivement puisé son souffle en réaction à diverses représentations. Au malaise suscité par le travail en milieu fermé avait répondu mon identification aux personnes errant dans les couloirs exigus de l'hôpital et interrogeant les soignants quant à leurs perspectives de sortie. Au désir de partager mes doutes avait trouvé écho les demandes de parents inquiets de l'avenir d'un enfant à peine majeur, et hospitalisé pour un premier délire. Le silence de mes collègues enfin avait ravivé une rancune que jeune étudiante déjà j'avais ressentie à l'encontre de certains médecins. Combien de visites au « lit du malade » où, à l'issue d'un discours technique destiné à son public, le professeur éludait une question de bon sens posée par le patient, tournait les talons et sortait de la chambre suivi d'un peloton de blouses blanches ? L'orientation sociologique de ce travail s'est ainsi trouvée lestée de mes représentations. Les patients et leurs familles m'apparaissaient méprisés par des médecins peu enclins au partage des savoirs. Cette fascination à l'égard de l'autre, ici les personnes profanes et une méthode sociologique destinée à les défendre, s'apparentait à un contre-transfert culturel (Devereux, 1967).

Comment dévoiler l'implicite de certaines pratiques soignantes lorsque l'on est soi-même soignant et que l'on partage cet implicite ? Singulière rencontre alors que celle du chercheur avec un objet de recherche familier qu'il s'efforce de rendre étranger. Si la discipline éthique aurait questionné la pratique psychiatrique du point de vue d'un soignant, si l'anthropologie aurait inscrit la subjectivité

du chercheur au cœur de l'analyse, la sociologie incite à une importante distanciation vis-à-vis de l'objet de recherche. Comment interroger les pratiques de son propre groupe d'appartenance, les psychiatres, au risque de se voir questionné sur sa propre identité ? Comment emprunter, mimer, assimiler les usages d'un nouveau groupe, les sociologues, qui renvoie de prime abord le chercheur à son statut d'étranger ? En déplaçant l'angle par lequel il saisit l'objet, le chercheur se décentre et se déporte lui-même au risque de vaciller. Tout au long du voyage interdisciplinaire, il avance sur le fil, aidé par celles et ceux qui partagent le goût du détour (Benoit, 2015).

Deux ans ont passé et le sujet initial de ce travail de thèse a été infléchi vers celui du pronostic, en raison de l'existence d'une littérature sur la communication médicale en psychiatrie et de la possibilité de bénéficier du soutien de la Ville de Paris, via le projet intitulé "*Risque de psychose et anticipation du malheur dans la psychiatrie contemporaine. Approche sociologique*", et de celui de l'A.N.R. « *PSYFRING Aux limites de la psychiatrie. Une histoire et une sociologie des psychoses précoces et phénomènes apparentés depuis l'après-guerre en France et en Allemagne* », contributeurs que je tiens ici à remercier. Ce changement de sujet a été un exercice délicat, dans la mesure où la question du pronostic ne m'apparaissait pas centrale dans la pratique psychiatrique. Prendre en considération ce travail pronostique a été un changement de perspective progressif, car, tout comme les collègues ayant participé aux entretiens, mon raisonnement s'élaborait plus aisément en termes de diagnostics que de pronostics.

Dans l'impossibilité de me trouver simultanément psychiatre et sociologue au cours de ce travail j'ai été confrontée à l'expérience d'un clivage, intermittent certes, mais à l'origine de négociations identitaires et de doutes quant à mon orientation professionnelle. Il me semble y reconnaître l'expérience riche et complexe du métissage, certaines tranches de vie en France, d'autres au Brésil. L'adaptation sans cesse, l'ambivalence souvent, le secret parfois, car ce qui est admis d'un côté de la rive ne le serait que difficilement de l'autre. Afin d'explicitier le travail ordinaire des psychiatres j'ai tenté de poser un regard naïf sur des usages observés et transmis de manière informelle. Laborieuse naïveté que celle du chercheur initié à la pratique, dont mes interlocuteurs psychiatres n'étaient pas dupes. Comment analyser les thématiques sensibles évoquées par mes collègues sans que la méthode sociologique ne s'apparente à une trahison ?

A eux seuls, les titres successifs de cette étude – « L'Etrange Ado, un futur Schizo ? » en sociologie, puis « Penser le risque de schizophrénie » en médecine – esquissent les contours d'écueils diplomatiques propres à l'interdisciplinarité. Ici s'opère un *jogo de cintura*, (« jouer de sa taille », faire preuve de flexibilité) une expression brésilienne que l'on accompagne de préférence d'un petit pas de danse : contourner un obstacle imaginaire d'un déhanchement, les bras en balancier. Qui sait s'adapter peut se sortir de situations délicates ou négocier des réalités apparemment incompatibles. Mi danse, mi esquivé, j'apprécie cette expression car le *jogo de cintura* fait de la multiplicité des possibles un jeu d'enfant. Au plaisir certain que j'ai eu à passer de l'autre côté du miroir s'accompagne le désir de tisser et de conserver différentes affiliations. Assumer plusieurs voies, les revendiquer, les critiquer et être à même de les tourner en dérision me semble ouvrir un espace de pensée invitant à la réflexion commune. Ce *jogo de cintura* est également celui des psychiatres spécialistes d'enfants et d'adolescents qui dévoilent ici les nombreuses ressources dont ils disposent pour gérer les incertitudes de leur travail quotidien.

INTRODUCTION

Au cours des vingt dernières années, la prédiction de troubles mentaux est devenue l'un des enjeux prioritaires de la recherche et des politiques de santé dans le champ psychiatrique. Cette préoccupation est liée au développement et à la diffusion d'un ensemble d'outils et d'institutions dédiés à la détection de symptômes avant-coureurs de la psychose, chez de jeunes patients ayant recours à la psychiatrie en l'absence de trouble mental avéré. Ces nouvelles stratégies de prévention se fondent sur l'intervention à un stade précoce de la pathologie, avant que celle-ci ne soit complètement déclarée et reposent sur la création de services spécialisés adossés à des réseaux d'adressage, à même de proposer des évaluations diagnostiques approfondies et des programmes d'accompagnement personnalisés. L'anticipation est ainsi devenue un élément central du discours psychiatrique international et rencontre un écho favorable au sein des médias. Ce travail de thèse de médecine a été réalisé au sein d'un programme de recherche de sociologie visant à décrire le développement dans le champ de la santé mentale de politiques et d'institutions dédiées à la prévention et aux interventions précoces, en France, en Allemagne et en Suisse¹. Si ces pratiques existent maintenant en routine dans la plupart des pays européens, il n'existe en France que peu d'institutions proposant une prise en charge standardisée des pathologies émergentes chez les sujets jeunes.

L'une des hypothèses explorées par mon travail est que le faible écho rencontré en France pour les pratiques d'intervention précoce s'explique notamment par les attitudes des psychiatres français à l'égard de la pratique du pronostic et des prédictions dans le champ de la schizophrénie. Il faut dès à présent souligner que la France bénéficie d'une politique de secteur pédopsychiatrique, ainsi que de réseaux de Maisons d'Adolescents offrant l'accès à des soins psychiatriques précoces et de proximité sur l'ensemble du territoire. Si la capacité des institutions psychiatriques à prévenir l'apparition de troubles mentaux chez les sujets jeunes constitue dans le monde anglo-saxon un argument politique fort destiné à ouvrir des

¹ Programme bénéficiant du soutien de la Ville de Paris, via le projet "*Risque de psychose et anticipation du malheur dans la psychiatrie contemporaine. Approche sociologique*", et de l'A.N.R. « *PSYFRING Aux limites de la psychiatrie. Une histoire et une sociologie des psychoses précoces et phénomènes apparentés depuis l'après-guerre en France et en Allemagne* ».

institutions sanitaires jusque-là inexistantes², l'offre de soins établie en France rend cette question moins pressante. Toutefois, des enquêtes internationales ont déjà montré que les psychiatres français se distinguaient par une méfiance à l'égard des pratiques diagnostiques en général, et de l'utilisation d'instruments standardisés de diagnostic en particulier. Une réticence à s'engager dans des pronostics, à envisager l'avenir et à l'évoquer avec leurs jeunes patients, pourrait en effet expliquer que des stratégies fondées sur la systématisation de ces pratiques rencontrent peu d'écho en France. Si les psychiatres partisans des approches prédictives estiment constituer l'avant-garde d'une nouvelle psychiatrie qualifiée de « prédictive, préventive, personnalisée et participative »³, l'usage que font les psychiatres français des prédictions dans leur exercice quotidien auprès de jeunes patients demeure méconnu. Toutefois, les patients dont les troubles vagues pourraient traduire aussi bien des symptômes précurseurs d'une schizophrénie qu'un malaise en lien avec l'adolescence, représentent des cas ordinaires pour les psychiatres spécialistes de l'enfance et de l'adolescence. Face à ces situations cliniques, les psychiatres se questionnent nécessairement sur l'avenir de leurs jeunes patients. Ils réalisent des pronostics, c'est-à-dire des pratiques médicales consistant à prévoir, anticiper, ou prédire l'avenir. Cette thèse met en lumière les enjeux pronostiques traversant le travail quotidien des psychiatres spécialistes de l'adolescence : Comment se représentent-ils l'avenir de ces jeunes personnes? Prévoient-ils la survenue d'une schizophrénie? S'engagent-ils dans son anticipation? Enfin, dans quelle mesure communiquent-ils leurs prévisions aux jeunes patients et à leurs familles?

Le choix d'une méthode sociologique n'est pas ordinaire pour une thèse de doctorat en médecine. Dans ce travail entamé après deux ans de stages d'interne, je questionne l'exercice médical et par là-même ma future pratique. Comment devient-on psychiatre ? Comment mes collègues pensent-ils et comment agissent-ils ? Comment comprendre la manière dont ils travaillent ? Comment resituer le spectacle qui se déroule chaque jour à l'hôpital et le rôle de chaque protagoniste, au sein du grand contexte sociétal ? Si la psychologie et l'éthique sont

² En Australie, les recherches démontrant l'efficacité de soins précoces chez des adolescents ou de jeunes adultes identifiés comme à risque de psychose, ont constitué un argument fort pour les professionnels de santé engagés dans la création d'institutions psychiatriques gratuites destinées aux jeunes (McGorry, Bates, & Birchwood, 2013).

³ L'intitulé des 8^{ème} Journées Internationales des Pathologies Emergentes de l'Adolescent et du Jeune Adulte (JIPEJAAD), organisé par le service hospitalo-universitaire de l'Hôpital Sainte Anne à Paris, mentionne ainsi que « La France participe peu à ces efforts concernant l'identification et le suivi des jeunes à haut risque de transition psychotique, en dehors de l'expérience pilote du CJAAD », une unité du même service.

des outils épistémologiques précieux pour aborder le travail clinique de manière individuelle et collective, la sociologie en propose une vision complémentaire. En traduisant les discours entendus et les pratiques observées en termes de normes professionnelles cohérentes, les sciences sociales autorisent un décentrage à même de resituer l'expérience individuelle au sein d'enjeux sociétaux. Ainsi, en adressant la question pronostique aussi bien à mes collègues internes qu'à des psychiatres expérimentés, j'interroge le rôle social de mes pairs dans une tentative pour construire le mien. Ici, questionner, qualifier et critiquer, constituent autant une méthode sociologique que personnelle : appréhender l'étrangeté des pratiques professionnelles, s'y intéresser délibérément, les explorer, les apprivoiser, pour enfin les rendre familières.

Dans ce chapitre d'introduction, je propose d'explicitier la problématique de cette recherche, les diverses significations du pronostic en médecine, puis d'exposer la méthode et les principaux résultats de mon analyse.

Pourquoi étudier le pronostic psychiatrique ?

Si les pratiques pronostiques sont un élément essentiel du travail clinique, elles demeurent peu étudiées aussi bien en médecine qu'en sociologie. Une exception notable est le travail fondateur de Nicholas Christakis consacré aux pratiques pronostiques en cancérologie. Face à une situation de cancer en stade terminal, les cancérologues se montrent réticents à répondre aux questions de leurs patients, et lorsqu'ils prédisent leur durée de survie, leurs estimations comportent un biais d'optimisme systématique (Christakis, 2001).

La psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence est une autre situation clinique où l'étude du pronostic apparaît pertinente. Si la mort n'est pas l'issue la plus commune des troubles mentaux, le suicide représente toutefois un risque réel dans de nombreuses pathologies psychiatriques. Toutefois, l'éventualité qu'un patient développe un grave trouble mental tel que la schizophrénie ou la bipolarité, en particulier à un jeune âge, est une perspective à peine moins effrayante pour le patient, sa famille et le psychiatre lui-même. Cette situation, que j'appelle la « situation inquiétante », est fréquente lors du travail quotidien des psychiatres auprès de jeunes patients. Elle émerge de la rencontre d'un

adolescent ou d'un jeune adulte dont les problèmes pourraient refléter aussi bien un malaise ou des comportements transgressifs typiques de l'adolescence, que les premiers symptômes d'une schizophrénie débutante. Dans cette thèse, j'emploie plus fréquemment l'exemple de la schizophrénie que celui de la maladie bipolaire, en ce qu'il constitue pour les psychiatres eux-mêmes l'éventualité la plus inquiétante (cf : chapitre 1, troisième partie).

Méthodes

J'ai conduit une série d'entretiens approfondis avec des psychiatres français, spécialistes de l'enfance et de l'adolescence, aidée en cela par mon réseau professionnel d'interne en pédopsychiatrie. Certains collègues ont accepté de diffuser une proposition d'entretien par courriel à leurs propres collègues. Les psychiatres ont été contactés par un message électronique intitulé « Anticiper le futur des jeunes en psychiatrie », et proposant de partager leur expérience sur la question suivante : « **Comment le pronostic, ou le fait d'anticiper le futur, s'intègre-t-il dans votre travail auprès de jeunes patients ?** ».

Les participants exerçaient auprès d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes, au sein de différentes structures : des institutions publiques d'hospitalisation ou de consultation en lien avec les secteurs psychiatriques ou des centres hospitalo-universitaires, des centres médico-éducatifs, des cabinets privés, des centres de consultation destinés aux étudiants, et des institutions de soins-études. L'échantillon, composé de 12 psychiatres, 6 hommes et 6 femmes a été constitué au fil de l'analyse selon la technique d'échantillonnage théorique. Ces psychiatres m'ont accordé un entretien approfondi de une à deux heures, visant à explorer différentes dimensions de leur travail clinique. Les entretiens ont été entièrement retranscrits et les analyses menées selon la méthodologie de la Grounded Theory. Ainsi, la grille d'entretien constituée après une revue de la littérature a été ajustée au fil des entretiens, laissant émerger de nouvelles thématiques de manière inductive entre chaque entretien, et ce jusqu'à saturation des données.

Les enjeux pronostiques ont été explorés selon les dimensions suivantes:

- ✓ le sens donné aux notions de pronostic, de prédiction et de prévention
- ✓ le raisonnement clinique des praticiens lorsqu'ils sont confrontés à l'éventualité d'une évolution vers la schizophrénie

- ✓ la manière dont ils communiquent leurs pronostics à leurs jeunes patients, à leurs proches ou à leurs collègues.

Résultats

Alors que les psychiatres que j'ai interrogés se déclarent réticents à s'engager dans des prédictions, ils sont à même de décrire l'omniprésence du pronostic dans leur exercice quotidien.

La variété des usages du pronostic et la difficulté des psychiatres à les mettre en œuvre a émergé comme le premier axe de cette analyse. En effet, leur rencontre avec un adolescent présentant des troubles flous les confronte à un ensemble d'incertitudes pour l'avenir. Ces incertitudes s'exercent selon trois lignes de tension que je décrirai dans le premier chapitre : les incertitudes liées au raisonnement médical, les incertitudes liées à l'adolescence, et les incertitudes liées à la schizophrénie. Ces trois sources d'incertitudes s'entremêlent de manière inextricable et tendent à faire du raisonnement pronostique une authentique difficulté pour les psychiatres (Chapitre 1).

L'ambivalence des psychiatres à l'égard du pronostic constitue le deuxième axe de cette thèse. Ils expriment une gêne manifeste lorsque je les questionne sur leur vision et leur usage du pronostic, et cette question semble de prime abord leur être imposée par mon questionnement. Néanmoins, si les trois facettes du pronostic - la prévision, l'anticipation et la prédiction, ne sont pas spontanément évoquées par les psychiatres, ceux-ci sont à même d'évoquer diverses situations de leur travail quotidien où ils en font usage. Le deuxième chapitre de cette thèse est consacré à la description de cette ambivalence, dont je suggère qu'elle émane d'une insoluble contradiction entre l'attente que les psychiatres puissent prédire l'avenir d'un jeune patient faisant l'expérience de difficultés émotionnelles, et leur impossibilité à ce faire (Chapitre 2)

Enfin, le troisième chapitre est consacré à décrire une situation clinique où la vision de l'avenir du patient que se fait le psychiatre conduit à l'émergence d'un sentiment d'inquiétude et l'incite à agir de manière spécifique. Cette situation se caractérise par l'existence de symptômes indéterminés chez l'adolescent et de comportements à la limite de la déviance

sociale. La gravité de la situation découle alors de l'existence d'un problème psychiatrique massif chez l'adolescent, mais qui reste paradoxalement invisible et pour lequel aucune action spécifique n'est entreprise. Le psychiatre craint alors une aggravation des difficultés du jeune et le déclenchement d'un trouble mental sévère. Cette « situation inquiétante » confronte le psychiatre à plusieurs exigences contradictoires : celle d'alerter le jeune et sa famille sur le risque de trouble mental tout en évitant de mentionner une maladie qui n'existe pas encore, et celle de prévenir la survenue du trouble tout en doutant de l'efficacité de son action médicale. Cette situation de travail clinique confronte les psychiatres à une importante tension qu'ils ne sont en mesure de résoudre qu'au prix d'un intense engagement émotionnel (Chapitre 3).

1. LA DIFFICULTE DU PRONOSTIC

La situation de travail sur laquelle porte cette recherche est particulièrement sensible. En effet, le pronostic d'un risque de schizophrénie à l'adolescence confronte le psychiatre à de nombreuses incertitudes. De diverses origines et pouvant être associées, ces sources d'incertitudes sont évoquées par les psychiatres au cours des entretiens lorsqu'ils expliquent que les pratiques pronostiques représentent l'un des aspects les plus complexes de leur travail clinique. Dans ce premier chapitre, je distingue les différents sens du mot « pronostic » et quatre sources d'incertitude contribuant à sa difficulté : les incertitudes liées à la pratique médicale, les incertitudes liées à l'adolescence, les incertitudes liées à la schizophrénie, et enfin les incertitudes émergeant de l'incapacité du psychiatre à discriminer les trois premières sources d'incertitude.

1.1. Qu'est-ce qu'un pronostic ?

Lors des entretiens que j'ai menés, les psychiatres évoquaient leurs pronostics en employant une grande variété de termes. Afin de poursuivre mon propos en toute clarté, il me faut expliciter les différentes significations du mot « pronostic » dès à présent.

En médecine, il est possible de distinguer deux notions différentes du pronostic. D'une part, le pronostic correspond à une **catégorie** décrivant le déroulement d'une maladie, que cette catégorie soit théorique – par exemple dans les manuels médicaux – ou qu'elle soit appliquée dans la réalité à un patient et à sa maladie. D'autre part, le pronostic correspond à une **pratique** médicale, lorsque le médecin prévoit le déroulement d'une maladie pour un patient donné. La pratique pronostique comporte alors trois dimensions.

- ✓ La première est la prévision, c'est-à-dire l'action du médecin lorsqu'il se représente l'avenir d'un patient donné.
- ✓ La deuxième est l'anticipation, qui consiste à agir en fonction d'une prévision de manière à prévenir ou à maîtriser la survenue d'un évènement.

- ✓ La troisième action pronostique du médecin s'apparente à une prédiction, c'est-à-dire à la communication au patient d'un pronostic le concernant.

Le pronostic : une catégorie théorique ou appliquée

Le pronostic théorique: le déroulement ordinaire d'une maladie

Lorsqu'il constitue une catégorie théorique, le pronostic se réfère au déroulement habituel d'une maladie au cours du temps. Observer une personne souffrant d'une maladie et répéter cette observation un grand nombre de fois conduit à faire émerger une représentation théorique du déroulement d'une telle maladie. Le « pronostic de la schizophrénie » désigne alors une notion générale de la manière dont débute, se poursuit, et s'achève ce trouble. Cette évolution théorique peut ne concerner qu'une sous-population spécifique de personnes malades, mais reste néanmoins abstraite.

« Pour moi le pronostic c'est... Il y a plusieurs choses. Il y a le pronostic au niveau d'une maladie ; on parle des adultes-là ? Ou des jeunes adultes ? Parce que je ne vois pas forcément ça de la même manière chez des enfants, chez les ados, et chez les adultes. » (12)

Le pronostic théorique désigne ainsi une représentation relativement stable du déroulement d'une maladie. L'histoire dite « naturelle » de la maladie est pensée comme un enchaînement successif d'étapes - le début de la maladie, son cours, et sa fin. Le pronostic théorique d'une maladie s'apparente alors au terme anglais de « natural course ». Fréquemment stabilisé par une vision statistique, ce pronostic se présente comme une connaissance constante et fiable. Les manuels, articles et enseignements médicaux consacrent ainsi pour chaque maladie, une partie spécifiquement dédiée au pronostic théorique du trouble.

Nicholas Christakis emploie pour désigner le pronostic théorique, le terme de « pronostic réel » (Christakis, 2001). Il fait ainsi référence à des connaissances théoriques médicales fondées sur la moyenne des déroulements de plusieurs maladies, supposées objectives et fiables. Néanmoins, qualifier ce pronostic de « réel », revient à considérer que d'autres pronostics pourraient être fictifs. Or, j'estime que le pronostic, même lorsqu'il se réfère non à une théorie mais à une pratique médicale, constitue une situation sociale tout aussi réelle. Je préfère donc parler de *pronostic théorique* pour désigner une représentation du

déroulement de la schizophrénie partagée et admise par les psychiatres par le biais de l'apprentissage médical.

Le pronostic appliqué : le déroulement de la maladie d'un patient donné

Lorsqu'il constitue une catégorie appliquée, le pronostic se réfère au déroulement de la maladie d'un patient précis, bien réel et connu du médecin. Cette catégorie correspond à l'application du pronostic théorique dans la vie réelle, afin de décrire le devenir d'une personne, de sa maladie, ou de l'un de ses symptômes. Les questions suivantes appellent ainsi une réponse en termes de pronostic appliqué : « Que vont devenir ces hallucinations ? Vont-elles s'aggraver ou disparaître ? » « Que va devenir M. X ? Pourra-t-il sortir de l'hôpital la semaine prochaine et reprendre le travail ? ». Ces questions n'appellent pas de réponses purement théoriques, mais doivent intégrer un ensemble de paramètres et d'éventualités liés à une situation de vie réelle. Ces éléments réels – spatiaux, temporels et humains – façonnent l'application de la théorie à une situation donnée.

Lorsque le pronostic s'applique au déroulement de la maladie d'un patient, le cours du temps produit un changement. Le pronostic appliqué s'inscrit alors dans une chronologie et la distinction de sens se fait plus claire entre les termes de *pronostic*, de *cours* de la maladie et d'*évolution*. Le *pronostic* désigne alors une représentation de l'avenir au début de la maladie, telle que l'imagine le médecin. Le *cours* de la maladie observé par la suite, ne sera plus ni « naturel » ni déterminé d'avance, mais pourra contredire la prévision initiale. Enfin, l'*évolution observée* (outcome) correspond à la dernière observation effectuée d'une personne malade, que ce soit en raison de la fin de la maladie, ou de la fin de la séquence temporelle d'observation. Le terme anglais d'outcome peut être traduit littéralement par le mot résultat. De fait, il est utilisé dans les articles médicaux pour désigner l'évolution observée à la fin de l'étude, évolution qui en constitue précisément le résultat. De la même manière, dans son travail clinique, le psychiatre observe la manière dont a évolué un patient qu'il suit depuis un certain temps. La personne change, elle évolue, et vient confirmer ou contredire une prévision initiale. Dans son travail sur les pratiques de pronostic des cancérologues, Christakis désigne ce résultat final par le terme de « pronostic réalisé ». Je ne souhaite pas utiliser cette expression, car l'étymologie du mot pronostic (du grec prognostikos, « connaître d'avance ») implique une représentation a priori de l'avenir, alors que le sens selon lequel Christakis emploie ce terme évoque une vision a posteriori d'un événement. Pour désigner une catégorie appliquée à la réalité, j'emploierai donc le mot *pronostic* lorsqu'il s'agit d'une prévision

orientée vers le futur, et le terme d'*évolution observée* lorsqu'il s'agit d'une vision rétrospective de l'évènement.

Quel est l'objet du pronostic ?

Qu'il soit théorique ou appliqué, le pronostic-catégorie concerne aussi bien le devenir d'une personne malade que celui de sa maladie. Le pronostic d'une personne souffrant d'un trouble mental porte donc simultanément sur la vie de cette personne - sa subjectivité, ses identités et ses rôles sociaux - que sur l'évolution de sa maladie, que celle-ci soit appréhendée en termes de symptômes ou d'expérience subjective. Ces dimensions sont profondément reliées et paraissent indissociables lors du raisonnement médical. Un psychiatre peut par exemple se poser les questions pronostiques suivantes : « Que me dira le devenir Mr X sur l'évolution de sa schizophrénie ? », « Comment l'évolution de la schizophrénie de Mr. X va-t-elle modifier le déroulement de vie ? », ou « comment ce choix de vie de Mr. X peut-il influencer le cours de sa schizophrénie ? ». Une psychiatre travaillant dans une unité d'hospitalisation de soins-études, destinée à associer des soins psychiatriques au maintien d'une scolarité, décrit ainsi une vision complexe du pronostic.

« Des orientations [scolaires] cela veut dire aussi sans doute un pronostic, à la fois pour le jeune et pour sa famille. Et si il y a un meilleur suivi après la sortie, on sait tous que c'est de meilleur pronostic parce qu'il y a moins de rechutes – en principe – et donc une meilleure qualité de vie. Quelle que soit la pathologie. » (10)

Le pronostic porte aussi bien sur des critères sociaux - la scolarité du jeune - ou médicaux - le suivi et les rechutes - que sur la manière dont le trouble façonne le rôle social et l'expérience subjective de cette personne. L'articulation étroite et sans cesse évolutive entre les rôles sociaux d'un individu et ses expériences subjectives font de la personne et de sa maladie des objets indissociables auxquels s'applique la catégorie de pronostic (A. L. Strauss, 1959).

Faire un pronostic : une pratique médicale

Lorsqu'il se réfère à une pratique médicale, le pronostic définit l'action du médecin lorsqu'il prévoit le déroulement de la maladie d'un patient donné. A ce titre, le pronostic constitue l'un des trois actes fondamentaux de la médecine : le *diagnostic*, le *pronostic* et la *thérapie*. Ainsi, identifier une maladie, prédire son évolution et la soigner sont trois manières pour les médecins de donner du sens à la maladie et à leurs actions. Si ces trois dimensions sont profondément reliées les unes aux autres, elles sont pensées comme des catégories distinctes au cours de l'apprentissage médical et plus généralement dans le mode de raisonnement des médecins (Christakis, 2001). Pour désigner leur pratique pronostique, les médecins emploient l'expression « faire un pronostic ». Dans cette acception, le pronostic comporte trois dimensions : la prévision, l'anticipation, et la communication d'une prévision. Il m'a été à plusieurs reprises nécessaire d'explicitier le sens de cette expression au cours du dialogue, de manière à partager la même implication que celle de mon interlocuteur.

La prévision : se représenter l'avenir d'un patient

Faire un pronostic est en premier lieu un acte de pensée du médecin. Celui-ci utilise certaines données pour envisager un futur comme probable, ici l'avenir du patient et de sa maladie. « Faire un pronostic » n'est que partiellement synonyme de « prévoir ». Car la prévision comporte deux sens : non seulement concevoir un futur par la pensée, mais aussi prendre des dispositions en vue de son éventualité. Lorsque le médecin pense en termes de pronostic, il ne fait qu'envisager un futur comme très probable. Ceci ne correspond qu'au premier sens de « prévoir ». C'est la raison pour laquelle j'emploie souvent dans les entretiens la question « comment imaginez-vous l'avenir ? ». Parler de **représentation de l'avenir** permet ainsi de n'évoquer que le premier sens de la « prévision », celui de se projeter par la pensée dans le futur, sans que cela ne prêche à conséquence.

Une fois que le médecin a imaginé l'avenir du patient – ce qui peut déjà être qualifié de « faire un pronostic » - celui-ci peut choisir de prendre ou non des dispositions en vue de cette éventualité. Ici, il semble nécessaire de distinguer deux actions différentes. Ou bien le médecin s'attend à un événement, ou bien il l'anticipe. **S'attendre à un événement** n'implique pas de modifier ses actions ou sa conduite en fonction de l'évènement à venir.

Dans sa forme transitive, le verbe attendre implique la permanence d'un état au cours d'une séquence temporelle. « Attendre quelqu'un » signifie rester dans un lieu jusqu'à ce que la personne arrive. Celui qui attend reste immobile, et attend qu'un changement se produise. Lorsque le médecin fait un pronostic pour un patient, il peut choisir de s'attendre à un événement sans pour autant entreprendre une action spécifique en vue de cette éventualité. Par exemple, un patient peut dire à son psychiatre qu'il a arrêté de prendre ses traitements. Le psychiatre peut alors s'attendre à ce qu'une rechute de la maladie survienne, sans pour autant décider d'intervenir. Il peut attendre avec inquiétude le rendez-vous suivant, sans toutefois agir par avance au vu de cette éventualité.

L'anticipation : agir sur la base d'une prévision

A ce titre, l'**anticipation** se distingue de l'attente. Anticiper signifie agir comme si l'on disposait de quelque chose qui n'existe pas encore. Dans sa forme transitive, « anticiper » signifie faire quelque chose avant le moment prévu. Dans sa forme intransitive, « anticiper » signifie devancer l'action de quelqu'un. Lorsqu'il anticipe, le médecin agit et modifie sa conduite en fonction d'une éventualité à laquelle il a pensé mais qui n'existe pas encore dans le moment présent. Par exemple, le même psychiatre, lorsqu'il s'attend à une rechute de la maladie après que le patient ait arrêté de prendre le traitement, peut choisir d'anticiper la rechute en prévenant ses collègues voire la famille du patient. Dans un autre exemple, le médecin peut envisager l'éventualité de l'apparition d'une maladie pour un patient. En choisissant d'attendre, le médecin est passif et le temps est actif pour déterminer si la maladie apparaîtra ou non. En choisissant d'anticiper, le médecin tente de devancer l'action du temps et prend des dispositions en vue de l'éventuelle apparition de la maladie.

La prédiction : communiquer ses prévisions

Lorsqu'il communique ses prévisions, le psychiatre se trouve en situation d'interaction. Il évoque ses représentations de l'avenir ou annonce la survenue d'un événement à une personne, à sa famille ou à des collègues. Ce deuxième sens de « faire un pronostic » s'apparente à une **prédiction**. La prédiction serait la manière dont le psychiatre communique, exprime et donc rend publique, l'idée qu'il se fait du pronostic d'un patient. Prédire signifie annoncer d'avance ce qui doit arriver, il s'agit donc une anticipation. Toutefois, l'étymologie

de « prédiction » (du latin *praedicere*) – parler d’avance – implique différents sens en français. Prédire évoque une intuition, un raisonnement, une conjecture, voire une inspiration prétendument surnaturelle. Dès lors que le psychiatre évoque sa représentation de l’avenir avec une autre personne, son anticipation revêt une dimension interpersonnelle, et les propos qu’il tient engagent sa responsabilité. Ce faisant, il crée des attentes chez ses interlocuteurs et les appelle à se préparer. L’engagement peut être ainsi pensé comme une forme de pari, impliquant une prise de risque d’ordre moral pour la personne qui s’y livre (Becker, 1960). L’implication surnaturelle et l’engagement moral attachés au mot « prédiction » sont évoqués par les psychiatres que j’ai rencontrés pour refuser d’employer ce terme. En pédopsychiatrie il convient, non de faire des prédictions, mais de communiquer des attentes ou de « donner son point de vue » (cf : chapitre 2 partie 4). Reste que toute forme d’expression implique d’engager sa responsabilité. Ainsi, la communication d’une prévision engage le psychiatre face à un avenir incertain. A l’inverse, conserver secrète une représentation du futur autorise que son éventuelle réalisation ne demeure connue que de son détenteur, le psychiatre.

L’utilisation du pronostic en médecine

Utilisation du pronostic pour les décisions cliniques

Le pronostic est en lien étroit avec les deux autres actions médicales que sont le diagnostic et le traitement. Ainsi, lorsqu’un psychiatre conçoit une attente pronostique, cette attente façonne ses futures hypothèses diagnostiques et ses options thérapeutiques. Une jeune psychiatre explique ici que l’évolution observée d’une patiente lui permettrait de réévaluer son diagnostic, ses choix de traitement, et de concevoir de nouvelles attentes pronostiques. En formant un système de vases communicants avec le diagnostic et le traitement, le pronostic constitue ainsi une donnée essentielle du processus de décision clinique.

« Si elle rechutait, et bien là, ça changerait le diagnostic. On passerait de la bouffée délirante aiguë à la schizophrénie et donc la prise en charge ! Puisque là on se dit que ce sera vraiment un traitement sur la vie, un traitement médicamenteux, et un suivi à vie. Donc... C’est à ce niveau-là que ça change un peu la donne. » (12)

Les attentes pronostiques du médecin contribuent également à sa décision de surveiller ou non le patient. La surveillance peut ainsi être l’unique action du médecin, lorsque celui-ci n’est

pas en mesure de poser de diagnostic ni d'indication de traitement. La fréquence des consultations, leur durée, les évaluations qui y sont menées, le choix d'alerter le patient, ses proches, ou encore des collègues sont autant de manières dont la surveillance du médecin s'exerce en réponse à ses attentes pronostiques.

« Ces gamins-là, moi j'ai l'œil dessus, parce que je sais que... de temps en temps ça vire pas bien, ça oui. Mais, mais je conseille que le suivi soit continué, je donne des adresses, quand ils arrêtent ici je dis qu'il faut continuer etc. » (6)

En retour, éviter de concevoir des attentes pronostiques peut être une stratégie de temporisation. Selon Davis, en déclarant qu'il est trop tôt pour envisager l'avenir, le médecin fait usage d'une incertitude pronostique fonctionnelle visant à contrôler les attentes du patient et de ses proches (Davis, 1960). Par ailleurs, cet évitement du pronostic soulage le médecin, l'autorise à gérer ses propres attentes et à s'accorder du temps.

« Il faut attendre. Et ça ce n'est pas le temps d'une hospitalisation. Ce n'est même pas toujours le temps des soins études. Mais il faut attendre que la tempête hormonale cesse un peu. Et ça, il faut du temps.

- Avec l'idée que c'est aussi le temps qui vous dira ?

Oui, le temps ça c'est central. [...] Alors pour ce qui est de rentrer dans la schizophrénie... heu... heu... (soupir)... Oui, je dirais qu'on a toujours un regard assez... - peut-être c'est une façon de se dégager de la question ? – tendu sur le futur. Sur le temps. Mais je pense vraiment que c'est le plus grand des alliés. Que l'on ne soit pas pris par le temps. Que l'on arrive à le reprendre un peu en main, à vivre avec. » (10)

Utilisation du pronostic dans l'interaction avec le patient

Communiquer des pronostics permet aux médecins de **générer la confiance** de leurs patients dans les soins (Christakis, 2001). Si elle était amenée à évoquer un diagnostic de trouble psychotique avec un sujet jeune, une pédopsychiatre ferait usage d'attentes pronostiques optimistes de manière à relativiser la gravité du trouble, à diminuer l'anxiété du patient et à l'encourager à garder espoir.

« Si par exemple la pathologie s'améliore bien, j'entourerai le diagnostic de la notion de sévérité, qu'il y en a des plus ou moins sévères, et ça m'aiderait à le dire. Par exemple, de dire « vous voyez il y a des formes pas trop sévères, et qui ne rechutent pas trop » (rire). [...] Pour... nuancer je dirais ». (12)

La communication d'attentes pronostiques constitue un **partage d'information**. Si ce dernier permet de répondre aux attentes du patient et de ses proches, il peut s'avérer menaçant pour le médecin comme pour le patient. Une psychiatre dénonce une « idéologie de la transparence »

justifiant la communication d'attentes pronostiques en dépit de l'incertitude de l'avenir et susceptible d'exposer les parents au désespoir.

« Il y a des gens qui le disent, mais moi je ne le dis jamais.... Bah ça se dit. Dans le discours habituel, dans le discours de transparence : « il faut que les parents sachent, il faut que les patients sachent... ». Ça se dit. Oui. Et puis les bébés à risque ! Par exemple, risque d'autisme. Les bébés à risque. Ça se dit, hein ! Ça se dit, avec une philosophie de « puisqu'on y a pensé, il faut être transparent, il faut le dire, il faut responsabiliser les patients, et cetera ». Moi je ne suis pas du tout à l'aise avec ça. » (6)

En comparant la prédiction de la schizophrénie à celle de risques annoncés par les médecins lors d'une échographie obstétricale, cette psychiatre critique l'évolution contemporaine de pratiques médicales orientées vers la gestion des risques. A ce titre, les stratégies de détection de la schizophrénie avant que celle-ci ne soit totalement déclarée s'inscrivent dans la continuité de changements sociétaux marqués par l'essor des politiques de gestion des risques (Beck, 1986), et d'un contrôle politique étroit de l'état de santé des individus favorisé par l'essor de la biomédecine (Rose, 2001, 2007). Le développement des prévisions dans le champ médical et psychiatrique remodèle les attentes des différents acteurs et leurs relations sociales (Castel, 1981; Shim, Russ, & Kaufman, 2007). Ces approches fondées sur un idéal d'autonomie, mettent l'accent sur les capacités de l'individu à prendre soin de sa santé. La principale critique qui leur est adressée est de promouvoir la responsabilisation individuelle au détriment de la responsabilité sociale (Rose, 1996). Ainsi, se savoir « à risque » de développer un trouble mental confronte la personne à l'injonction d'adopter les comportements susceptibles d'éviter sa survenue. Dans cette approche libérale, le patient moderne, informé et responsabilisé, non seulement peut mais surtout doit se prendre en charge lui-même.

A l'inverse un psychiatre estime que la communication d'attentes pronostiques répond à une demande légitime des parents, ces derniers étant par ailleurs à-même de rechercher ses informations grâce à internet si le psychiatre refuse de les communiquer.

« Si les parents te posent vraiment la question de comment ça évolue, je pense qu'il ne faut pas leur cacher ça, parce qu'ils vont le trouver de toute façon sur internet. [...] Et souvent ils arrivent et ils le savent, hein ! C'est-à-dire que c'est même eux qui te le disent « j'ai vu que ça pouvait évoluer comme ça, qu'est-ce que vous en pensez ? »... [...] C'est peut-être ça qu'on a de différent avec les psychiatres... d'avant, c'est que l'information, tout le monde l'a. [...] » (8)

L'information médicale étant désormais accessible, le maintien du secret ne constituerait plus un enjeu de pouvoir professionnel. Ainsi, alors qu'au début des années 2000, les recherches

sur internet n'étaient menées que par un nombre restreint de patients, particulièrement curieux et qualifiés d' « experts » (Ziebland, 2004), Internet s'apparente aujourd'hui à une tierce personne venant modifier la communication médecin-patient (Blumenthal, 2010). Toutefois, ce même psychiatre estime que la communication d'attentes pronostiques, même lorsqu'elle s'attache à répondre au mieux à une demande, peut s'avérer délicate à mettre en œuvre. Elle suppose une fine gestion relationnelle de la personne et de ses proches, de manière à ajuster les modalités de communication aux attentes de ses interlocuteurs.

« - J'ai vu des psychiatres qui m'ont dit « c'est une idéologie de la transparence ». Que maintenant il faudrait tout dire. Qu'est-ce que tu en penses ?

[...] Je pense que c'est un peu un mauvais procès de dire... l'idée de la transparence totale. Ce n'est pas ça ! On ne dit jamais tout. Mais on essaye de comprendre d'avantage ce que les patients et les parents ont envie et ont besoin de savoir. Et à ce moment-là, effectivement, les infos il ne faut pas les cacher. Sinon c'est garder un pouvoir sur l'autre. Mais c'est rassurant de garder ce pouvoir. ... Enfin je dis ça, c'est la situation idéale de donner l'info qui est souhaitée. Mais ce n'est pas toujours facile de le faire. » (8)

Un psychiatre évoque la manière dont il appelle des personnes souffrant de troubles mentaux et leurs proches à anticiper une forte limitation de leur rôle social.

« Il y a certains schizophrènes où j'en parle devant eux, et j'annonce la nécessité d'une tutelle. Parce que je vois des parents âgés, je ne sais pas jusqu'où ils pourront... Je dis « vous savez, après vous... bon », donc on aborde ça. Est-ce qu'il ne faut pas une tutelle pour votre enfant ? L'enfant il a trente ans. Vous voyez. Tout ça ce sont des choses extrêmement violentes. » (5)

Ainsi, la communication d'attentes pronostiques remodèle les fonctions sociales de la personne, la dispensant de certaines obligations sociales et lui en imposant de nouvelles (Parsons, 1951). Ce psychiatre estime que la divulgation du pronostic peut alors s'avérer particulièrement violente pour la personne et ses proches, lorsqu'elle implique un changement radical de perception de son rôle social. Ayant restreint les entretiens effectués pour ce travail à un échantillon de psychiatres, la manière dont les personnes concernées gèrent leurs attentes et leur ressenti en termes d'avenir ne peut être évoquée ici.

Utilisation du pronostic dans les rapports professionnels entre médecins

La justesse des pronostics d'un médecin, c'est-à-dire le fait que ses prédictions se voient confirmées ou infirmées par l'évolution observée, constitue un critère de jugement de sa compétence par ses collègues. Dans son étude, Christakis montre que les cancérologues sont

réticents à communiquer leurs attentes pronostiques aux personnes souffrant d'un cancer incurable concernant le temps qu'il leur reste à vivre, et qu'ils portent un jugement négatif envers ceux de leurs collègues susceptibles de le faire. La prédiction de troubles mentaux en psychiatrie est soumise au même interdit professionnel. Après avoir communiqué un pronostic pessimiste qui s'est révélé faux, un psychiatre justifie sa conduite en argumentant les raisons qui l'ont conduit à une telle évaluation et considère que ses collègues lui ont apporté un soutien qu'ils étaient en droit de lui refuser.

« Je pense à une autre jeune femme qui s'était défenestrée. [...] J'ai dit au service de rééducation, j'ai dit "Ecoutez, en tout cas, il faut qu'on la soigne comme psychotique". [...] Ils étaient réticents pour me suivre. [...] J'ai toujours été très prudent sur les diagnostics, et là c'était une des rares fois où je ne l'étais pas, tellement les choses étaient graves. Vous voyez ? [...] J'ai continué à prendre des nouvelles de cette famille, et il est apparu au fil de l'évolution qu'en fait, il n'y avait plus du tout de trace du délire. [...] Et quand cette jeune femme arrive à l'âge de 24 ans elle est complètement rétablie. [...] Les collègues me disent « elle est magnifique ! Elle fait des études ! Elle vit quoi ». [...] Les collègues je leur dis "Je me suis foutu dedans". Alors ils me disent "Oui mais sauf que tu as quand même demandé à ce qu'elle soit traitée comme une psychotique. Et on peut interroger le fait que si elle n'avait pas reçu les traitements neuroleptiques, le psychodrame, la thérapie familiale, on peut se demander si elle s'en serait sortie aussi bien". Bon, donc ils sont gentils avec moi (rires). » (5)

Ce psychiatre estime que la bienveillance de ses collègues à son égard n'était pas nécessairement attendue dans une telle situation, où la norme professionnelle consiste à juger les compétences d'un médecin aussi bien sur la justesse de ses diagnostics et de ses pronostics que sur sa réticence à les exprimer, qualifiée de prudence.

Utilisation du pronostic comme outil administratif

A l'heure actuelle, prédire la durée des soins d'un patient devient une activité médicale dans un système de soins bureaucratisé et soumis à une politique de contrôle des dépenses de santé. Estimer et déclarer un pronostic, a fortiori lorsque la maladie est chronique, est un élément indispensable de la planification du suivi médical. Un psychiatre déploie ainsi divers pronostics lui permettant d'organiser le suivi d'une personne qu'il vient de rencontrer. En comparant ce qu'il estime être sa propre durée d'exercice avant son départ en retraite, la durée prévisible du suivi de cette personne, et ses limitations de rôle social, il anticipe le parcours qu'elle fera au sein du système de santé et de la société. De même, le remboursement de certains soins nécessite la constitution d'un dossier de handicap, où le psychiatre formule par écrit le pronostic selon lequel l'état de santé de la personne nécessitera des soins de longue durée.

« Là, j'ai rencontré un jeune de 29 ans, avec ses parents. [...] Donc je dis à la fin du premier entretien "Oui il vous faut un psychiatre, quelqu'un de stabilisé. Il faut que je vous dise que moi aujourd'hui je ne sais pas si je vais travailler 1 an ou 10 ans ou 15 ans. Donc il faut que vous le sachiez". Donc si je reçois votre fils c'est nécessairement pour l'orienter vers un système de soin stabilisé, il faut requalifier à la MDPH, parce que ces troubles sont trop bénins du point de vue de la MDPH donc il n'a pas un dossier consistant sur la gravité des troubles, et son inadaptation au monde social adulte. » (5)

1.2. L'incertitude liée à la pratique médicale

Se représenter l'avenir, l'anticiper et formuler cette attente à autrui, sont trois actions pronostiques comportant une grande part d'incertitude. Que cette incertitude soit inhérente à l'exercice de l'art médical dans son ensemble, ou spécifique au pronostic, elle constitue une difficulté pour celui qui réalise l'acte pronostique.

L'incertitude inhérente à la médecine

Les sources d'incertitude médicale

Tout en ayant connaissance des données concernant l'émergence de troubles psychotiques, un jeune psychiatre se dit dans l'incapacité de faire un pronostic.

« Il n'y a aucune façon – et ça c'est aussi une donnée que j'ai appris – qu'il n'y a aucune façon de savoir comment cela va évoluer. On sait qu'il y a un tiers des cas, un tiers des cas, un tiers des cas, mais ...pfff.... Toutes les études qui ont – enfin, à moins que tu en connasses d'autres et je suis prêt à les avoir, hein ! – mais qu'il n'y a aucune façon vraiment de savoir si on est dans le premier tiers, le deuxième tiers ou le troisième tiers, quoi. » (8)

Son incertitude concernant le pronostic-processus de la schizophrénie lui semble tout d'abord émerger des zones d'ombres du progrès médical, puis il conçoit rapidement un doute sur ses propres connaissances du savoir médical et, se trouvant dans l'incapacité à distinguer ces deux premières sources d'incertitude, me pose la question de mes propres connaissances, qui seraient à même de l'aider à reconnaître la source de son incertitude. Selon Renée Fox, la gestion de l'incertitude est une dimension fondamentale de l'apprentissage médical (Fox, 1957). Les médecins sont formés tout au long de leurs études à gérer l'incertitude, laquelle a selon elle trois sources. La première résulte **d'une connaissance incomplète du savoir médical existant**, la deuxième des **limites inhérentes à la science médicale**, et la troisième

de **l'incapacité à distinguer les deux premières sources** d'incertitude, c'est-à-dire, lorsque le médecin ne parvient pas à déterminer si son incertitude est due à son ignorance ou à l'incomplétude de la science médicale.

Ce même psychiatre évoque ainsi l'enseignement informel qu'il transmet à une interne alors en stage dans l'unité d'hospitalisation pour adolescents. Si celle-ci est encline à penser que ses incertitudes pronostiques résultent de lacunes théoriques, il lui confesse son propre échec à prévoir le futur des adolescents, tout en déclarant qu'il ne s'agit pas d'un manque de compétence mais d'une incertitude inhérente à la médecine et en définitive irréductible.

« [Mon interne] me disait « j'ai du mal à comprendre certaines fois les ados ». Et finalement elle me dit « je n'ai pas assez de bagage, il faudrait que je lise plus. Mais notre formation ne nous permet pas de lire suffisamment. On n'a pas le temps de construire trop sur le plan théorique ». Ce à quoi je lui répondais que je pense que chez l'ado de toute façon, c'est compliqué de le penser. Parce que dès que tu le penses, hop ! – dès que t'arrives à le penser – hop ! il a changé. Un truc comme ça quoi. Que tu es obligé de te confronter à l'immédiateté. Et que si tu penses trop loin, le temps que tu penses, et bien il a déjà changé. Et ta pensée n'est déjà plus d'actualité. »

Selon Fox, l'absence d'indication claire sur les limites des connaissances requises confronte l'étudiant à une incertitude sur l'étendue du savoir à maîtriser et le responsabilise face à une situation peu structurée. Il comprend qu'il lui sera impossible d'acquérir le savoir médical de manière exhaustive même lorsqu'il sera un médecin expérimenté. L'enseignement médical théorise l'idée qu'un degré d'incertitude minimal et irréductible est inhérent à la médecine malgré le progrès scientifique et que le savoir médical n'est que provisoire. A mesure que l'étudiant apprend, une partie de son incertitude disparaît. Il est moins enclin à penser que son doute provient de son propre manque de connaissances, et admet plus volontiers les difficultés qu'il ressent. Il observe que ses professeurs et ses camarades font l'expérience de la même incertitude, et apprend les normes relatives à son expression. A l'inverse, un étudiant qui paraît sûr de ses connaissances sera réprimandé par ses camarades pour sa prétention, alors qu'il rencontrera leur approbation en exprimant ses doutes (Fox, 1957).

Si l'incertitude pronostique est inévitable, un psychiatre souligne que celle-ci est élaborée et remaniée lors d'échanges avec ses jeunes patients et leurs familles. Bien plus que les connaissances théoriques, la qualité de sa relation avec le patient doit être au centre des préoccupations du psychiatre.

« Si on a été très investi et qu'on va avoir un pronostic imaginons négatif et qu'on s'est trompé, les familles pourraient nous en vouloir, d'avoir restreint, d'avoir limité. [...] Donc moi je dirais que

le plus important c'est la qualité de la relation que nous avons pu tisser. Ça m'est arrivé de me tromper, d'avoir des patients qui revenaient, que je m'étais trompé, on a pu en rediscuter. Et ils sont revenus ici parce que la qualité de la relation était bonne. Je ne me rappelle plus si c'était le diagnostic, le pronostic ou le traitement. Je ne sais pas. Moi je dirais peu importe. Enfin ici, je peux parler de moi, je pense qu'on peut se tromper, ça peut arriver, mais que si tout a été fait de bonne foi et que la relation était bonne et même le fait de pouvoir venir dire au médecin "tu t'es trompé", que ça soit dans un sens ou dans un autre ça permet de travailler. » (11)

En effet, le travail en psychiatrie, dont les classifications diagnostiques présentent un faible niveau d'objectivité et de technicité, confronte le praticien à la gestion d'une forme de relation continue et globale au patient de laquelle émerge une **incertitude relationnelle**, liant les problèmes personnels du patient, les facteurs sociaux, les éléments cliniques, et sa propre implication émotionnelle. La gestion de cette incertitude et du risque d'erreur par les psychiatres plus expérimentés consiste à « faire preuve de bon sens » (Fox, 1957).

L'incertitude en médecine ne provient pas uniquement des doutes du praticien et peut émerger de désaccords entre différents médecins au sujet d'un même problème. Une psychiatre sollicite ainsi l'avis de ses collègues, dont elle constate les opinions divergentes, tout en agissant en définitive selon ses propres certitudes. Le désaccord entre collègues, loin d'accentuer le doute du médecin, est interprété comme le reflet de la gravité du problème à résoudre, et appelle à une action collective et coordonnée.

« Le fait que j'ai en tête que ce patient, disons, probablement délire ... heu... - même si c'est une question qui est débattue entre les gens qui s'occupent de lui, moi et d'autres personnes qui s'en occupent qui n'ont pas tout à fait cette vision - disons que le fait que moi j'ai ça en tête vient incontestablement modifier la façon dont je m'occupe de lui. » (1)

Selon Fox, l'étudiant en médecine constate en assistant à des réunions que les désaccords de médecins expérimentés révèlent l'**incertitude de la communauté médicale** face à des problèmes non résolus (Fox, 1957).

Apprendre à contrôler l'incertitude

Face à l'incertitude que constitue l'éventualité d'un trouble mental grave, plusieurs psychiatres que j'ai rencontrés prennent position en accord avec des courants de pensée ou avec les usages en vigueur au sein de leur équipe.

« Le discours de transparence, "Il faut que les parents sachent, il faut que les patients sachent". [...] Ça se dit, avec une philosophie de "Puisqu'on y a pensé, il faut être transparent, il faut le dire" [...] C'est une position. Ce n'est pas celle que je prendrais moi. Si d'autres collègues la soutiennent et sont à l'aise avec, très bien ! Mais...Moi je ne suis pas du tout à l'aise avec ça. Je ne la prends jamais. Et là, je ne parle pas toute seule (rire) parce que la majorité des collègues ici ne parlent pas comme ça aux familles et aux enfants. » (6)

« Ici, ce que beaucoup disent – on n'est pas tous à le penser, mais beaucoup quand même, on est nombreux à le penser – c'est que c'est compliqué de poser des diagnostics chez l'adolescent. » (8)

Ainsi, une stratégie de contrôle des incertitudes consiste à **s'affilier à un courant de pensée**. Selon Hughes « ceux qui sont soumis aux mêmes risques professionnels vont élaborer un raisonnement collectif, qu'ils se transmettront les uns les autres pour s'encourager, construisant des défenses collectives contre le monde profane » (Hughes, 1971, *Mistakes at work* [1951] : 318, in Light 1979). L'affiliation à un courant de pensée constitue ainsi une défense collective contre d'éventuelles critiques extérieures.

Les psychiatres qui ont participé à ce travail sont spécialistes de l'enfant et de l'adolescent, et argumentent certaines de leurs attitudes à l'égard du pronostic par leur « position de psychiatre de l'adolescent », c'est-à-dire par leur spécialisation.

« - Ce qui m'intéresse c'est de savoir comment tu réfléchis dans ces situations-là. Comment tu penses à l'avenir... Qu'est ce qui te pose problème ?

- Alors, j'ai plein de façons de te répondre, donc c'est compliqué. Peut-être une première chose c'est de dire qu'il y a une position de psychiatre de l'adolescent, qui est de se confronter à l'adolescence. A l'immédiateté de l'adolescence. »

En effet, le contrôle des incertitudes est un enjeu central de l'apprentissage des médecins en début de carrière (Light, 1979). Les incertitudes liées au savoir médical, peuvent être contrôlées en limitant l'étendue du domaine à maîtriser par le biais d'une **spécialisation**, et en résolvant les incertitudes résiduelles par le biais de décisions collectives.

Un psychiatre expérimenté souligne que sa position de psychanalyste détermine entièrement la manière dont il considère les enjeux pronostiques de ses jeunes patients.

« - Vous rencontrez un adolescent [...] qui a un problème pour lequel il est impossible de poser un diagnostic. Mais qui vous inquiète, qui pourrait être le début d'un trouble grave. Dans ces situations précises – que moi, en fait, j'ai trouvé assez fréquentes – comment est-ce que vous imaginez l'avenir, ou le pronostic de ces patients ?

- Mais c'est une question très générale ça. Moi je m'intéresse très peu à la psychiatrie. C'est quand même important. Je pense que je suis devenu psychiatre pour devenir psychanalyste, au

départ, quand j'avais votre âge [...]. J'ai toujours été en pédopsychiatrie aussi, parce que sans doute que si j'avais envie de devenir psychanalyste c'était mieux. [...]

- Ah oui, d'accord. Et, pour la question du pronostic, l'approche psychanalytique, mais en fait, qu'est-ce que ça change ?

- Non mais c'est quand même !...c'est très important je trouve quand même !! Parce que du coup... par exemple, je ne pense pas tellement en termes diagnostiques. C'est assez rare que je me demande si un patient est schizophrène, voilà. Et c'est assez rare que je pense qu'il l'est. Généralement quand c'est le cas c'est parce que quelqu'un d'autre a dit qu'il était schizophrène.

- D'accord. C'est une question que vous ne vous posez pas ?

- Non. » (4)

Les lieux de formation incarnent différents courants de pensée et le médecin est soumis à une forte pression pour choisir son camp. Ces courants affectent son mode de formation, les cas qu'il sera amené à soigner, et le déroulement de sa carrière. Si les jeunes médecins considèrent qu'il faut traiter de la meilleure manière possible un problème, à l'issue de leur formation cette analyse objective a laissé place à la conviction que le courant de pensée qu'ils ont choisi en constitue la meilleure manière (Light, 1979).

La pratique exclusive de la psychanalyse, le choix ou le refus de la prescription médicamenteuse, l'application de méthodes enseignées par des prédécesseurs ou de théories consensuelles au sein de son équipe de travail, constituent autant d'écoles de pensée permettant de contrôler l'incertitude pronostique.

« - Mon prof en Italie en faisant une caricature nous disait que son prof à lui, qui actuellement aurait eu 160 ans – oui, cela fait longtemps (sourire) – disait que la schizophrénie ne pouvait se diagnostiquer qu'à l'autopsie. Ce qui ne veut pas dire dans le cerveau ! Mais qu'en ayant revu la vie d'une personne, on peut dire "il était schizophrène ou pas "

- Ah oui. C'est un peu extrême...

- Oui, mais, c'est dans ce système-là que j'ai grandi. Donc moi je dirais, que oui. » (10)

Ces courants de pensée offrent en effet des réponses aux problèmes non résolus sous la forme de croyance ou de philosophies, et définissent des normes d'action à suivre lors de situations d'incertitude.

« J'ai une idée de la prévention, là vraiment, chevillée au corps [...] - parce qu'il se trouve que je suis psychanalyste [...] – je pense que plus tôt on s'occupe des difficultés des enfants, des adolescents... Mieux on, enfin, plus on permet une évolution favorable. » (1)

« - Cela vous arrive de parler de schizophrénie ou de risque de schizophrénie avec vos patients ?

- Oui, alors, très très tard. Très très tard. Là je continue – au vu de l'expérience dont je vous ai parlé tout à l'heure aussi – à suivre cette règle des anciens, qui est "pas moins de cinq ans d'évolution" quand même. » (5)

« C'est un gros souci que beaucoup de psychiatres ne prescrivent pas, parce que, c'est quand même botter en touche. [...] Mes collègues me disent, oui mais on préfère que ce soit après dix-huit ans. Et moi je trouve ça violent de laisser des jeunes dans quelques années de souffrance, sous prétexte que d'un dogme. » (5)

Eviter d'exercer certaines pratiques, ici les prescriptions médicamenteuses, permet de s'affranchir d'un vaste ensemble de procédures qui y sont liées, et de diminuer considérablement le degré d'incertitude.

« Alors moi je ne prescris plus. Le dispositif me permet de ne pas le faire. [...] Donc moi j'ai plus à y penser. Je dirais que c'est quand même une position confortable. » (3)

« En psychiatrie, le diagnostic s'accompagne souvent d'un traitement. Chimiothérapique. [...] Mais comme en fait, moi je n'ai pas de pratique psychiatrique – peut-être que je me méfie de ça aussi, que je m'en défends – du coup, je n'ai pas un investissement considérable sur ce genre de problème. [...] L'option du médicament, et du diagnostic qui va avec, tout ça, et des échelles qu'on fait maintenant. De ces tas de trucs. [...] Les échelles de dépression... Vous ne travaillez pas avec ça vous ? Non mais parce qu'il y a des gens qui travaillent avec ça hein. » (4)

Néanmoins, le choix d'une école de pensée ne s'avère pas suffisant pour résoudre certains problèmes complexes auxquels le psychiatre se trouve confronté. Déléguer à des collègues extérieurs à son courant idéologique la réalisation de tâches pénibles, le soulage alors de ses incertitudes résiduelles.

« Je suis psychiatre, bon. Mais, au fil des années, comme je suis psychanalyste, et surtout psychanalyste, j'ai renoncé à travailler en tant que prescripteur auprès de mes patients. [...] Je l'ai adressé à un collègue, qui est chef de service, et je lui ai demandé de le voir, pour une prescription. Donc ce patient a été mis sous traitement, ce qui me permettait d'être déchargée un peu de cette question. Parce que je considère que c'est le médecin qui prescrit qui au fond évalue la symptomatologie des choses, notamment par rapport à une question d'hospitalisation. » (1)

« Cette patiente a fini par être transférée dans un autre service pour avoir des électrochocs, des ECT. ... Alors, nous, on n'en fait pas, et on trouve que c'est quand même extrêmement compliqué. Tu vois ?... On ne pose jamais l'indication non plus. Disons qu'on l'a transférée dans un autre service où ils ont posé l'indication. » (8)

Enfin, faire confiance à leurs collègues permet aux psychiatres de gérer leur incertitude. Ainsi, le sentiment d'échec d'une psychiatre expérimentée vis-à-vis d'un jeune patient n'éveille qu'un faible degré d'incertitude sur ses propres compétences. Malgré une intense incertitude pronostique, elle décrit la manière dont elle préserve son autonomie et celle des

collègues auxquels elle a délégué les soins, en leur accordant de principe sa confiance et son respect.

« Je suis obligée de faire confiance aux confrères de l'hôpital. Je leur fait le crédit qu'ils font bien leur travail. Mais je ne peux pas faire autre chose (rire). [...]... Parce qu'on n'y arrive pas ! On n'y arrive pas. Enfin, moi je n'y arrive pas ! Moi je n'y arrive pas. Donc, lui, assez vite, j'ai dit qu'il fallait une consultation hospitalière. Et les parents y sont allés, et ça a bien accroché. Ça s'est bien passé ! Et là je suis obligée de faire confiance, après, une fois que j'ai dit ça, c'est aux collègues de faire la partie.» (6)

En effet, au cours de leur carrière, les médecins apprennent que les compétences techniques sont indispensables pour prendre des décisions, mais qu'en dernier recours, leur **expérience clinique** offre le meilleur contrôle sur l'incertitude. En effet, le caractère personnel du jugement clinique fournit une défense très efficace contre les critiques et s'accompagne d'une sensation de maîtrise qui tend à le rendre auto-validant (Davis, 1960; Light, 1979). Enfin, **l'autonomie croissante** du médecin au cours de sa carrière lui permet de contrôler son incertitude par l'utilisation des méthodes de son choix, sans se sentir surveillé par ses collègues. Le respect envers les autres médecins intervenant dans une même prise en charge, la non-intervention dans leur travail, et la tendance à considérer les désaccords comme de simples différences de style d'exercice, contribuent à préserver cette autonomie individuelle. Light suggère que les médecins sont confrontés à des incertitudes massives dans les champs disciplinaires dont les paradigmes sont les plus fragiles et dont les méthodes échouent à être évaluées de façon objective. En psychiatrie, l'acquisition d'un contrôle sur ces incertitudes est alors facilitée par la capacité du médecin à minorer la perception de son degré d'incertitude, de manière à s'autoriser à agir. Light souligne que **le choix d'une idéologie** constitue pour se faire un outil puissant (Light, 1979).

L'interdiction des statistiques et le raisonnement au cas par cas

Une source d'incertitude médicale provient de la tension entre la mobilisation de connaissances théoriques et le raisonnement au cas par cas. En effet, solliciter les psychiatres sur leur exercice quotidien les amène à développer des raisonnements par cas cliniques (Freidson, 1970). Central dans l'enseignement médical, le cas clinique consiste à considérer l'histoire de chaque patient comme unique, et à refuser de la généraliser (Hunter, 1991). Toutefois, si les psychiatres considèrent que l'utilisation des statistiques n'est pas fiable en pratique clinique, ils sont à même d'utiliser des probabilités lors de leur raisonnement au cas

par cas. Les psychiatres opèrent un raisonnement cyclique, allant des données théoriques à leurs pratiques cliniques, en intégrant des souvenirs de leurs expériences précédentes.

« On a fait une étude de devenir, à laquelle j'ai participé. Sur 80 adolescents âgés entre 12 et 19 ans au moment de leur hospitalisation, avec tous un diagnostic de trouble bipolaire type I. ... Et, *un tiers*, à l'âge adulte - donc à 8 ans en moyenne de devenir – sont dans un spectre schizophrénique ! [...]: *un tiers* !!! A dix ans de devenir. Donc jeunes adultes et tout ça. Pour lesquels il y avait un diagnostic de trouble schizoaff' ou schizophrénie ! Donc double question. Là, je me fais moi-même ma discussion dialectique. Parce que cette jeune...[...] J'étais *sûre* qu'elle était bipolaire ! Et pour la patiente dont tu parles... *aussi* ! Donc bon.» (7)

Selon Timmermans et Angell, l'essor de la médecine des preuves (Evidence Based Medicine), contribue à modifier les processus décisionnels des médecins et leur gestion de l'incertitude. Si les médecins qu'ils qualifient de « lecteurs » se tiennent informés de recommandations pratiques, les médecins « chercheurs » se réfèrent aux articles de recherche fondamentale, acquièrent un ensemble de données issues de l'expérience clinique et de résultats objectifs, et développent un « jugement clinique fondé sur les preuves » (evidence-based clinical judgment). A ce titre, l'existence de preuves contradictoires incite les médecins à fonder leur décision sur des considérations humaines, en prenant en compte ce qui semble être la meilleure option pour un patient donné, dans un contexte précis (Timmermans & Angell, 2001).

Enfin, si les médecins considèrent que les statistiques ne sont pas utilisables à titre individuel, ils sont à même d'utiliser des statistiques dans leur discours lorsqu'ils se voient obligés de communiquer des pronostics (Christakis, 2001; Ménoret, 2007).

« Ça peut m'arriver de le dire aux parents. Quand ils me posent cette question-là, de savoir le pronostic, bah je, ouais... Parce que c'est quand même des chiffres qu'on a, quoi. Bah, tu le dis, tu peux le dire, quand tu as fait un diagnostic de bouffée délirante. » (8)

L'incertitude liée au pronostic

L'incertitude pronostique fonctionnelle (Davis, 1960)(6)

Face au questionnement incessant des parents, frustrés de ne pas obtenir assez d'informations, un psychiatre rappelle continuellement que l'évolution de leur enfant est imprévisible.

« Il y a une part très forte d'incertitude. Moi je passe mon temps dans les entretiens, quand les parents me disent « *mais qu'est-ce qu'il a et qu'est-ce que ça va donner ?* », je passe mon temps à leur dire que je ne suis pas devin. Que je ne peux pas savoir comment cela va évoluer. » (8)

L'incertitude pronostique de ce psychiatre, dite fonctionnelle, lui permet de ne pas se contredire auprès des familles au fil des rendez-vous. Selon Davis, au-delà de leur sentiment d'incertitude, les médecins peuvent invoquer délibérément l'incertitude de leur jugement comme une stratégie permettant d'éviter de s'engager dans certaines considérations auprès des patients ou des familles. Dans ses travaux, Fred Davis met ainsi en lumière l'usage que font les médecins de l'incertitude pronostique lors du suivi d'enfants ayant contracté une poliomyélite (Davis, 1960). Dans les premières semaines qui suivent la survenue de la maladie, les médecins sont confrontés à une incertitude réelle sur les éventuelles séquelles que gardera l'enfant, et en font état aux parents. Après trois mois de suivi, la qualité de la récupération de l'enfant leur permet d'évaluer avec un degré d'incertitude très faible les séquelles de la poliomyélite qui persisteront. Néanmoins, les médecins continuent à répondre de manière évasive sur le pronostic, laissant les parents espérer une meilleure récupération que celle possible. Cette incertitude pronostique est utilisée par les médecins dans l'idée de permettre aux parents de découvrir d'eux-mêmes le handicap moteur de leur enfant, et de s'y habituer de manière progressive et « naturelle ». De la même manière, un psychiatre décrit le travail qui consiste à faire accepter aux parents que les troubles de leur enfant vont se poursuivre sur une longue durée, en dépit d'incertitudes diagnostiques et pronostiques.

« C'est une douche froide pour les parents de voir que leur enfant une fois qu'ils ont accompagné l'hospitalisation de leur enfant pour trois, quatre, cinq, six mois et puis l'hospitalisation arrive à terme "Ouf ! on est sortis d'affaire". Non ! Ils l'adressent à l'hôpital de jour. Et là, ça commence à être une confrontation à la chronicisation. [...] Donc c'est déjà accompagner les parents à accepter que cela va prendre du temps quoi. C'est un peu ce que je vous disais par rapport aux hôpitaux de jour. On n'est pas sorti d'affaire quoi. » (10)

L'utilisation de l'incertitude fonctionnelle permet au médecin d'éviter d'être confronté à des réactions parentales de choc ou de désespoir, et est encouragée par des normes

professionnelles suggérant que la famille de l'enfant ne serait de toute manière pas en mesure de comprendre le sens de sa prédiction. Davis décrit ainsi un accord tacite de l'équipe de soin pour maintenir les familles dans l'ignorance.

«Du point de vue du patient, qu'est-ce que ça veut dire « risque » ? Vous imaginez les parents qui ressortent d'une consultation « *Ah je suis soulagé ! Mon enfant a un risque de schizophrénie* ». C'est super rassurant, hein ? (ton ironique) » (6)

Davis distingue quatre modalités d'interaction relatives au pronostic, selon le sentiment de certitude du médecin vis-à-vis de ses attentes pour l'avenir (pronostic certain ou incertain), et son choix de le communiquer au patient (pronostic déclaré au patient ou non déclaré). Dans le premier cas, la **communication ouverte**, le médecin ressent un haut degré de certitude vis-à-vis de ses attentes pour l'avenir, et choisit de les partager avec le patient. A l'inverse, **l'aveu d'incertitude**, décrit la situation où le médecin ne sait réellement pas quel sera l'avenir du patient, et lui exprime son ignorance à ce sujet. Selon Davis, l'aveu d'incertitude est fréquemment utilisé par les médecins de famille et les psychiatres, pour les uns en raison de leur relation privilégiée au patient, pour les autres en raison du haut degré d'incertitude du savoir psychiatrique. Ces deux modes de communications sont caractérisés par une parfaite adéquation entre ce que le médecin pense et ce qu'il dit au patient.

« Je leur dis que je ne suis pas devin ! [...] Il n'y a aucune façon de savoir comment cela va évoluer. [...]. Donc tu leur dis les choses de façon honnête, en disant "Voilà, on sait que globalement il y a trois façons d'évoluer, mais qu'on est incapable de savoir de quelle façon cela va évoluer". » (8)

Au contraire, le médecin peut choisir de ne pas communiquer au patient ce qu'il pense. La **communication évasive** permet au médecin de tenir le patient dans l'ignorance d'un pronostic qui lui apparaît pourtant certain. En répondant aux attentes du patient sur la forme mais pas sur le fond, la communication évasive permet au médecin de maintenir son contrôle sur le patient en augmentant le degré d'incertitude de ce dernier (Light, 1979). Les informations évasives sont encouragées au sein de l'hôpital par le caractère impersonnel des relations entre le patient et le médecin. La **dissimulation**, qui consiste à faire une prédiction au patient, tout en ayant des attentes très incertaines pour l'avenir, est favorisée par les situations où la réputation du médecin dépend de l'opinion favorable du patient. Ainsi, dans un contexte d'exercice libéral, l'aveu d'incertitude représente une prise de risque pour le médecin, le patient pouvant choisir de consulter un concurrent (Davis, 1990).

(Davis, 1960)	Certitude	Incertitude
Pronostic communiqué au patient	Communication ouverte	Dissimulation
Pronostic dissimulé au patient	Communication évasive	Aveu d'incertitude

L'imprévisibilité du futur, un soulagement pour le médecin

En déclarant son incapacité à réaliser un pronostic fiable, un psychiatre se distancie d'une fonction sociale de détection et de prévention des troubles mentaux, tout en soulignant que l'incertitude maintient éveillée sa curiosité vis-à-vis de l'avenir du patient.

« Si on me donne la recette magique qui me fait dire « celui-là, il va être psychotique », je veux bien la prendre (sourire). Ça réglerait pas mal de questions, mais au même temps ça rendrait le boulot un peu chiant, moi je pense (rire). Je pense que c'est ça qui est intéressant aussi, c'est de ne pas savoir, dans ce qu'on fait. » (8)

En effet, la certitude d'un mauvais pronostic représente un poids moral pour le médecin. Préserver l'incertitude du pronostic est ainsi une source d'espoir pour le médecin lui-même, et entretient l'intérêt qu'il porte à son travail (Christakis, 2001).

1.3. L'incertitude liée à l'adolescence

Les diverses conceptions de l'adolescence contribuent aux incertitudes des psychiatres lorsqu'ils se trouvent confrontés à un jeune patient dont les symptômes flous pourraient évoquer aussi bien une banale « crise d'adolescence » que les signes avant-coureurs d'un trouble mental grave.

L'indétermination entre crise d'adolescence et maladie

Les psychiatres que j'ai rencontrés se trouvent en difficulté pour distinguer le tourment « normal » de l'adolescent d'un éventuel trouble psychiatrique.

« Ce qui serait intéressant [...] ce serait d'arriver à délimiter justement ce qui revient à une espèce de crise d'adolescence – on peut voir toutes sortes de choses d'ailleurs – et puis ce qui correspond vraiment à la psychopathologie psychiatrique » (4)

La réticence à utiliser les classifications diagnostiques de psychiatrie adulte chez leurs jeunes patients est partagée par la plupart des psychiatres spécialistes d'adolescents que j'ai rencontrés. Selon eux, à l'adolescence, la fréquence de manifestations apparemment pathologiques et en réalité normales, rend vaine toute tentative de classification. Cette idée est soulignée avec conviction par un psychiatre, qui modère ensuite son propos en admettant que certains signes peuvent refléter un authentique trouble mental.

« On voit tous les jours des ados qui ont des manifestations, que si on prend le DSM c'est du délire. Des hallucinations. C'est extrêmement fréquent les hallucinations chez les ados. Ce n'est *absolument* pas psychotique ! ... Enfin... ça peut, ça peut. Hein, je ne dis pas que ça ne l'est pas. Ou que ça ne l'est jamais. Mais ce n'est jamais *forcément* psychotique. C'est rarement psychotique on va dire. » (8)

Ainsi, l'adolescence semble être une maladie normale et temporaire. L'atypicité en est la règle et contribue à distendre les catégories diagnostiques psychiatriques, accroissant l'incertitude du psychiatre quant aux limites entre le normal et le pathologique.

« Les ados qui seraient peut-être une population, hein, à *risque* de psychose, et sans qu'on puisse vraiment la définir... Tous ces ados qui ont des syndromes dépressifs atypiques. Ce qui est classique chez l'ado, puisque le syndrome dépressif *est* atypique.» (8)

L'adolescence est perçue comme une période de tempête et de passion (d'après le mouvement littéraire germanique du « Sturm und Drang », de la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle), aussi bien par l'opinion publique que par les professionnels de santé (Arnett, 1999). Ces bouleversements, caractérisés par des conflits avec les parents, des troubles de l'humeur, et des prises de risque, ont trouvé un support théorique grâce aux modèles neuro-développemental, biologique, social, et psychanalytique. Le modèle neuro-développemental souligne l'importance des remaniements cérébraux, de la reconfiguration des réseaux neuronaux grâce à un mécanisme d'élagage synaptique (Dennis et al., 2013). Les nouvelles capacités de raisonnement des adolescents qui en résultent, en particulier l'accès à l'abstraction, leur permettent de saisir la complexité des situations et favorisent l'expérience de l'introspection et du doute, au risque de menacer leur bien-être. Ces avancées en neurosciences ont contribué à façonner l'image d'un « cerveau adolescent » doué

d'étonnantes capacités de reconfiguration (Giedd, 2015). Les changements biologiques dus à la puberté (influence des bouleversements hormonaux), et des paramètres de leur socialisation (apparence physique, exigences scolaires, mode de relation amoureux) sont autant de facteurs d'instabilité de leur humeur.

Enfin, la psychanalyse théorise les intenses variations émotionnelles, l'humeur dépressive et les conflits avec les parents comme le reflet d'une réactivation du conflit œdipien à la puberté. De manière caricaturale, Anna Freud considère que le calme de certains adolescents est pathologique car il dissimule leurs bouleversements intérieurs sans que ceux-ci ne puissent trouver leur résolution dans une forme d'expression. L'absence de tourment à l'adolescence serait ainsi en soi pathologique « être normal pendant la période d'adolescence est en soi anormal » (Anna Freud, 1958, p. 267, in Arnett, 1999). De même, si les psychiatres désignent certains comportements d'adolescents par des catégories diagnostiques, ils estiment que ceux-ci ne sont en rien pathologiques.

« Les adolescents, ils ont des fonctionnements psychotiques normaux à certains moments » (8)

La particularité de la situation consistant à prédire l'émergence d'un trouble mental chez un jeune patient, tient à l'enjeu crucial que constitue la jeunesse, tant comme période de survenue de la plupart des troubles mentaux graves, que comme période située au début de la vie d'une personne. Toutefois, si la jeunesse est une catégorie distincte de l'adolescence, elle ne constitue pas une phase de la vie clairement séparée de celles qui l'encadrent (Galland, 2001). L'entrée des jeunes dans la vie adulte, caractérisée par une indépendance économique, résidentielle et affective est plus tardive, marquée par une désynchronisation entre l'axe d'autonomisation professionnelle et celui d'autonomisation familiale et matrimoniale (Galland, 1996). La jeunesse constitue néanmoins une période charnière, marquée en France par l'urgence de l'insertion socio-professionnelle, à l'issue d'orientations scolaires difficilement réversibles, et échelonnées sur une période restreinte de quelques années (Van de Velde, 2004). Cette temporalité de court terme influence le travail des psychiatres, qui formulent des attentes à brève échéance vis-à-vis de leurs jeunes patients (Henckes, unpublished). Enfin, si les attentes des professionnels vis-à-vis de jeunes souffrant de handicap psychique sont formulées, non en termes d'autonomisation, mais d'« engagement » dans certains projets (Parron, 2011), les attentes des psychiatres vis-à-vis d'adolescents sans trouble mental évident ne sont pas connues à ce jour.

Néanmoins, depuis les années 2000 en psychologie, des discours contradictoires tentent de délimiter la période de transition de l'adolescence à l'âge adulte, et de donner du sens à l'expérience subjective des personnes concernées. Je m'appuierai sur deux articles, l'un américain, l'autre français afin de d'illustrer deux visions extrêmes de cette période de vie. En 2000, Arnett propose le terme d'*adulte émergent*, pour désigner les personnes âgées de **18-25 ans**, de manière à isoler une période de vie distincte de l'adolescence et de l'âge adulte selon des aspects démographiques, subjectifs et d'exploration identitaire (Arnett, 2004). Cette période de transition est caractérisée par une diversité et une grande instabilité démographique, relative au lieu de résidence (autonome ou au domicile parental), à la poursuite des études, et à l'insertion professionnelle. D'un point de vue subjectif, les adultes émergents ne se perçoivent ni comme adolescents, ni comme adultes. Si ce sentiment pourrait être considéré comme secondaire à une instabilité socio-professionnelle et à l'absence d'engagement dans le mariage ou la parentalité, Arnett montre que le sentiment d'atteindre l'âge adulte est moins lié à une transition démographique qu'à trois dimensions subjectives : se sentir responsable de soi-même, prendre des décisions indépendantes, et acquérir une indépendance financière. Enfin, l'émergence de l'âge adulte offre diverses opportunités d'expériences amoureuses, professionnelles et idéologiques que les adultes émergents souhaitent entreprendre. Cette période ne consiste donc pas uniquement à se préparer au rôle d'adulte, elle permet de vivre des expériences pour soi-même, avant d'assumer des responsabilités d'adultes durables et contraignantes. Les travaux d'Arnett, basés sur des études socio-démographiques et une approche phénoménologique place les personnes en position d'acteur, et non d'objet de soin. Les adultes émergents sont crédités d'une volonté propre, font des expériences dont ils ont l'initiative, dans un contexte de changements sociétaux autorisant une période d'exploration de soi-même en toute indépendance (Arnett, 2000).

Un article français de 2003 d'Anatrella offre une vision sensiblement différente de la transition de l'adolescence à l'âge adulte (Anatrella, 2003). D'une part, les catégories d'âges et les termes employés diffèrent de ceux d'Arnett. La puberté s'étend de 11 à 18 ans, l'adolescence de 18 à 24 ans, et celle-ci est prolongée d'une période appelée « adulescence », de **24 à 30 ans**. Alors que les « *adulescents* » ont des caractéristiques socio-démographiques comparables à celles des « adultes émergents », l'interprétation que fournit Anatrella de leurs expériences subjectives se distingue de celle d'Arnett. Si l'instabilité et la diversité socio-professionnelle de ces jeunes est pensée par Arnett comme une phase d'exploration du rôle social adulte, Anatrella critique le refus de ces jeunes de devenir adultes et condamne les

effets pervers de normes éducatives laxistes qui entretiennent les individus dans un état d'immatunité :

« L'éducation contemporaine fabrique des sujets collés à l'objet et qui sont, même s'ils s'en défendent, des êtres dépendants.[...] L'éducation, dans son légitime souci de veiller à la qualité relationnelle avec l'enfant, a été trop centrée sur le bien-être affectif, parfois au détriment des réalités, des savoirs, des codes culturels et des valeurs morales, n'aidant pas les jeunes à se constituer intérieurement. [...] Il est vrai aussi qu'en magnifiant l'enfance et l'adolescence, la société laisse entendre qu'il n'y a pas de plaisir à grandir et à exister comme adulte. ».

Si Arnett évoque les multiples expériences amoureuses, professionnelles et idéologiques des jeunes comme autant d'opportunités d'exploration identitaire, Anatrella les interprète comme le reflet d'une souffrance et d'une fragilité de la « construction » et de la « structuration subjective » de l'individu. Les adolescents souffrent d'une « crise de l'intériorité » et d'une fragilisation du « self », ainsi que d'une « immatunité temporelle » les empêchant de se projeter dans l'avenir. Ainsi, les changements rapides dans les domaines professionnels et affectifs, sont considérés comme problématiques par Anatrella. Selon Arnett, l'expérience de divers métiers, études, ou partenaires sexuels, est autorisée par une faible surveillance parentale et des pressions sociales encore réduites pour stabiliser son statut professionnel et marital. Elles permettent une phase d'exploration de soi, sécurisée par un possible soutien parental, avant d'assumer un rôle d'adulte contraignant. Au contraire, Anatrella critique l'indépendance partielle de ces jeunes, qui reflète leur individualisme et leur incapacité à se plier aux conventions sociales. Pour accepter ces normes - désignées par la métaphore du réel - et devenir des citoyens à part entière, ces jeunes ont besoin de soutien psychologique.

«Et si, malgré une vie professionnelle, certains continuent d'habiter chez leurs parents, d'autres, qui ont déménagé, en restent dépendants. Ils ont besoin d'être soutenus dans ce qui leur apparaît être une épreuve du réel, afin de s'accepter et de se mettre en œuvre dans la réalité ».
(Anatrella, 2003)

Ainsi, cette transition de l'adolescence à l'âge adulte, désignée par des tranches d'âge et des termes variés, fait l'objet de visions théoriques radicalement différentes dans le champ psychologique. D'une part, il s'agit d'une initiative des jeunes, s'accordant une période d'exploration d'eux-mêmes, rendue possible par de faibles contraintes sociales. D'autre part, il s'agit d'une pathologie psychique, causée par un déclin moral et éducatif de la société contemporaine, dont les responsables désignés sont les parents du jeune, et qui appelle à un changement de modèle éducatif.

« La fragilité du self, une vision temporelle réduite aux envies du moment, à l'événementiel, et une intériorité restreinte aux résonances psychiques les confinent dans l'individualisme. C'est

pourquoi certains sont angoissés par l'engagement et la relation institutionnelle, tout en souhaitant se marier et fonder une famille. Ils préfèrent entretenir des relations intimistes et ludiques, évidemment à plusieurs, mais qui restent un en-deçà du lien social. Les adulescents sont le résultat d'une éducation centrée sur l'affectif, les plaisirs immédiats et la rupture des parents à travers le divorce — qui est, entre autres, à l'origine, dans les représentations sociales, de l'insécurité affective, du doute de soi face à l'autre et du sens de l'engagement. L'adulcescence n'est pas une fatalité. Il est possible de promouvoir une éducation plus réaliste, qui n'enferme pas dans les objets mentaux et le narcissisme de l'adulcescence, mais qui développe l'intérêt de devenir adulte ». (Anatrella, 2003)

L'évolution de l'adolescent : entre imprévisibilité et structuration progressive

Les pédopsychiatres qui ont participé à cette étude expriment une incertitude concernant la nature de l'évolution de leurs patients, ne sachant déterminer si l'adulcescence constitue une phase de mouvement dont l'issue est imprévisible ou à l'inverse une phase de structuration progressive.

Une phase de structuration progressive

D'une part, l'adulcescence est un processus progressif, continu et cumulatif (entretiens 3, 4 et 5). L'évolution du jeune patient tend alors vers une fixation, soit du bon côté – l'absence de trouble mental - soit du mauvais côté – la présence d'un trouble mental. Pour évoquer cette structuration, les psychiatres emploient la métaphore de la construction de l'individu et la métaphore d'une bifurcation au cours d'une trajectoire.

« On se structure peut-être à cet âge-là en tous les cas. Je parle de l'adulcescence et des jeunes adultes. Autour de ses symptômes et de sa souffrance psychique. Qui reste, ou qui organise les choses.

- *Qui participe à façonner la personne que va devenir... ?*

Oui oui. [...] De se dire « il est en train de s'installer dans un truc, là...qui va l'amener à prendre des positions... à engager des choses... ». (4)

Ainsi, face à l'éventualité de l'évolution vers une schizophrénie, la trajectoire peut être légèrement infléchie par l'action du psychiatre, évitant à l'adolescent de « basculer » (1) vers le trouble mental qui le menaçait.

« Quand on est en train de travailler avec des adolescents, et qu'on a cette impression, d'illusion, qu'on est absolument sûr d'avoir un effet qui fait que l'adolescent ne bascule pas du mauvais côté. » (4)

Néanmoins, le passage du temps limite l'action préventive du psychiatre car, à l'âge adulte, la structuration du jeune patient sera devenue irréversible : « c'est un peu mort quoi » (4). Le psychiatre doit alors « éviter que les choses ne se pérennisent » (4).

Une phase de mouvement imprévisible

D'autre part, l'adolescence ne correspond pas à un processus de structuration mais à une phase de mouvement imprévisible. A l'adolescence, l'individu change en permanence et dans toutes les directions possibles. Il est en transformation et ni son passé, ni son présent ne peuvent fournir d'indices pour prévoir son avenir. L'adolescence est ainsi décrite par des métaphores de vie et de mouvement : « c'est très vivant comme période » (4). Une psychiatre explique que les adolescents vivent au jour le jour, et que leurs comportements sont imprévisibles (entretien 12). A ce titre, être adolescent s'apparente à faire l'expérience d'une maladie chronique, durant plusieurs années, caractérisée par des hauts et des bas permanents. Selon Kathy Charmaz, la temporalité consistant à vivre « au jour le jour » souligne la précarité d'une situation et la fragilité de la personne concernée (p. 178) (Charmaz, 1991). Un psychiatre explique ainsi la manière dont un adolescent a changé de comportement en quelques heures, venant contredire ses attentes pronostiques.

« Le gamin, dont je t'ai parlé tout à l'heure, ça a été crescendo, crescendo toute la semaine dernière, on n'arrivait pas à maîtriser l'angoisse... Alors, bon. Je n'étais pas encore dans des questions de diagnostics de psychose. Mais bon, je me posais la question d'une gravité plus importante de son état que ce que j'avais pensé au départ. [...] Le père est venu voir l'ado l'après-midi, je les ai reçus en consultation en fin d'après-midi... Les choses se sont largement apaisées... Tout c'est apaisé, que je retrouve l'ado que j'avais vu au départ, beaucoup moins inquiétant. [...] Donc, au départ j'étais rassuré, après je me suis dit « bah là, je pense qu'on est quelque chose de compliqué, de psychotique ou pas, m'enfin de compliqué ». Et l'ado et les parents m'ont montré comment je m'étais planté quoi. Donc, je pense que c'est tous les jours, et que c'est particulièrement vrai avec l'ado. Quand tu penses quelque chose, l'ado il a déjà changé ! » (8)

Le récit d'histoires se référant à une erreur pronostique permet aux psychiatres d'illustrer l'imprévisibilité de l'adolescence et la vanité de tout pronostic médical. Un psychiatre raconte ainsi l'histoire d'une patiente qu'il n'a pas connue mais dont le récit est transmis au sein de son service. En dépit de l'extrême gravité des symptômes que cette adolescente présentait - ceux-ci ne laissant place à aucun doute quant à l'existence d'une pathologie - elle a finalement contredit tous les pronostics en devenant une adulte en parfaite santé.

«Je vais te donner un exemple d'une patiente, alors que je n'ai pas connue. [...] Mes collègues parlaient beaucoup d'une autre patiente qui était dans le même cas, donc une anorexie, extrêmement forte, avec des fonctionnements extrêmement psychotiques. Et globalement, elle avait vraiment, ça faisait peu de doute sur le diagnostic de psychose. Même si on ne l'a jamais posé. [...] Cette patiente aujourd'hui va très bien, n'a pas du tout de diagnostic de psychose et fonctionne tout à fait normalement à l'âge adulte. (8)

Christakis désigne ces anecdotes par le terme de folklore, car elles sont transmises au sein du service, concernent la violation d'un interdit et contiennent une morale pédagogique (Christakis, 2001).

1.4. L'incertitude liée à la schizophrénie

L'histoire de la schizophrénie, une histoire de la chronicité

Depuis le troisième tiers du XIX^e siècle, la chronicité est une dimension constitutive de la maladie mentale

Le pronostic d'une maladie est en grande partie responsable du sens que prend son diagnostic et son traitement (Christakis, 2001). En effet, la durée d'une maladie et ses conséquences dans la vie d'une personne induisent une représentation de son diagnostic en termes de gravité et de possibilités de guérison. L'histoire de la catégorie diagnostique de schizophrénie s'est ainsi construite sur la notion de chronicité, c'est-à-dire d'évolution de longue durée de la maladie. La chronicité n'est devenu un marqueur de la maladie mentale qu'à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle (Lanteri-Laura, 1972). La représentation de la schizophrénie comme une maladie chronique s'enracine ainsi dans le paradigme de la psychiatrie moderne, selon trois postulats de Kraepelin: les maladies mentales sont des catégories naturelles (théorie du naturalisme médical), ce sont des conditions héréditaires et menant à une détérioration progressive, et enfin, tous les symptômes des maladies mentales sont causés par des lésions du cerveau ou du système nerveux (Kraepelin, 1883). La catégorie de démence précoce, qui préfigure celle de schizophrénie, est ainsi conceptualisée comme une perte progressive et irrémédiable des facultés mentales de la personne. Si les travaux de Bleuler ont montré que le pronostic de la schizophrénie pouvait être favorable, les symptômes de la maladie diminuant

au cours du temps (Kaplan, 2008), la vision de Kraepelin domine la pensée psychiatrique jusque de nos jours.

La chronicité d'une maladie a une dimension sociale et constitue un critère d'orientation des personnes au sein d'un système de soin, régissant leur circulation d'une institution à une autre (Barrett, 1996; Rhodes, 1991). En retour, le développement de nouvelles techniques, institutions et politiques de soins contribuent à redéfinir la notion de chronicité de la schizophrénie (Henckes, 2011, 2012). D'un point de vue constructiviste, les symptômes de la schizophrénie constituent une transgression de règles implicites de la société (Scheff, 1966). En effet, le diagnostic de schizophrénie peut être posé pour une personne dont le discours est flou, les affects incohérents, qui exprime des croyances irrationnelles (délire), des hallucinations auditives, avec ou sans désintérêt pour les activités sociales conventionnelles. Néanmoins, la majorité des transgressions restent transitoires et sont ignorées par le groupe. Seules celles qui persistent sont considérées comme pathologiques et conduisent à un étiquetage diagnostique (Scheff, 1970). Le diagnostic et le pronostic de la schizophrénie sont ainsi indissociables, puisque le diagnostic repose sur un critère de durée. L'étiquetage diagnostique implique donc la chronicité, et le diagnostic fige en retour l'avenir de la personne en considérant ses troubles comme persistants au cours du temps.

Le travail de définition du pronostic de la schizophrénie, dans les années 1960

A partir des années 1960, la découverte des premiers traitements neuroleptiques, ainsi que le mouvement de contestation de la psychiatrie contribuent à faire émerger une représentation plus optimiste du pronostic de la schizophrénie. Des controverses éclatent sur le sens à attribuer au pronostic (Rollins, 1961; Todd, 1961). Le pronostic de la schizophrénie fait alors l'objet de travaux théoriques, cherchant à le définir et à l'évaluer selon des critères rigoureux.

Strauss et Carpenter, deux psychiatres américains, critiquent la vision simpliste de l'évolution de la schizophrénie basée sur la seule durée d'hospitalisation, et l'existence même d'une distribution bimodale de cette évolution. En effet, la diminution des durées d'hospitalisation permise par la « révolution thérapeutique » contribue-t-elle à améliorer la vie des personnes malades, où vient-elle occulter leurs besoins hors de l'hôpital, auxquels se doit de répondre une psychiatrie dite sociale ? De même, ils critiquent les travaux où la distinction binaire entre une « bonne » et une « mauvaise » évolution de la schizophrénie, n'est définie

que selon le jugement subjectif du psychiatre (Fowler, McCabe, Cadoret, & Winokur, 1972). Strauss et Carpenter fournissent un effort méthodologique sans précédent pour définir l'évolution de la schizophrénie. La définition du diagnostic initial sur des critères rigoureux croisant plusieurs méthodes, l'exclusion du critère de chronicité de la définition du diagnostic, et la distinction de divers critères d'évaluation de l'évolution observée (durée de l'hospitalisation, symptômes, relations familiales, emploi) sont autant de nouvelles méthodes qui contribuent à modifier la notion de pronostic de la schizophrénie. Défini aussi bien par des éléments médicaux (la variation des symptômes) que par les caractéristiques sociales des patients (comme la capacité à reprendre un travail), le pronostic de la schizophrénie ne correspond plus à une distinction binaire entre les bonnes et les mauvaises évolutions, mais s'apparente désormais à un continuum (J. S. Strauss & Carpenter, 1972).

A partir des années 1990, la détection et la prévention de la schizophrénie, deviennent un nouvel enjeu

Au milieu des années 1990, l'émergence en Australie du concept d' « état mental à risque » (at risk mental state, A.R.M.S.), souligne l'intérêt du champ psychiatrique pour le repérage de personnes à risque de développer une schizophrénie dans les mois qui suivent (Yung & McGorry, 1996). La perspective d'une détection précoce à l'aide de critères diagnostiques précis, insuffle l'espoir d'une prévention spécifique de la schizophrénie (Yung et al., 1998). Ces nouvelles stratégies de détection des maladies mentales se distinguent des méthodes de la « psychiatrie sociale » et des approches en population générale, au profit de recherches en physiopathologie et en clinique (Fusar-Poli et al., 2013; Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, & et al, 2012). Au cours des deux dernières décennies, la diffusion à la majorité des pays développés de la détection des « états mentaux à risque » a progressivement reconfiguré le rapport entre risque et maladie et suscité des controverses quant à la pertinence de la prise de médicaments par des jeunes sujets n'ayant pas encore développé de trouble mental (Nieman & McGorry, 2015). La perspective initiale, cherchant à prédire le risque de transition, c'est-à-dire le risque qu'une personne présentant un état mental à risque ne développe une schizophrénie, a évolué de deux manières apparemment opposées.

D'une part, des études révélant une moindre qualité de vie des personnes concernées par un état mental à risque (Fusar-Poli, Rocchetti, et al., 2015; Lin et al., 2011), ont contribué

à élargir la catégorie au profit d'un mouvement de promotion de la santé mentale destiné à l'ensemble des sujets jeunes. L'accès à ces services de soins spécialisés serait conditionné, non plus par des critères d'état mental à risque, mais par une catégorie d'âge (12-25ans) (McGorry, Bates, & Birchwood, 2013). La catégorie de « haut risque » est ainsi reconfigurée vers une vision plus large de la santé mentale, soutenue par la volonté des acteurs de créer un mouvement social autour de l'enjeu de la santé mentale des jeunes (Coughlan et al., 2013). Ce mouvement met l'accent sur l'intérêt des soins précoces – en anglais « early intervention » - dans l'espoir de prévenir l'apparition de troubles mentaux (Kuehn, 2010; Lieberman, Dixon, & Goldman, 2013; Lower et al., 2015).

D'autre part, la catégorie de ultra-haut risque a fait l'objet de travaux s'inscrivant dans un paradigme kraepelinien et visant à affiner les capacités de prédiction existantes (Falkai et al., 2015). Ces études tentent de définir les marqueurs dont la combinaison permettrait une fine prédiction du risque de schizophrénie. Différents symptômes cliniques (Cornblatt et al., 2015; Fusar-Poli et al., 2016), anomalies d'imagerie cérébrale (Cannon et al., 2015; McGuire et al., 2015; Pantelis et al., 2005), génétiques, biologiques ou cognitives (Barbato et al., 2015) sont ainsi individualisés et l'association entre leur présence et le taux de transition psychotique est évaluée. Ces études, visant à identifier et à classifier des sous-groupes de personnes à haut risque de transition psychotique au sein de larges cohortes requièrent des capacités d'analyses de données exponentielles. Différentes modalités de détection et de soins sont explorées et leurs résultats comparés en termes de taux de transition vers la psychose (Fusar-Poli et al., 2013; Fusar-Poli, Frascarelli, et al., 2015). Ces dernières années, l'enjeu consistant à prévoir la survenue de la schizophrénie est ainsi devenu central dans le discours psychiatrique mondial, s'est associé à l'émergence de nouvelles institutions. Ces nouvelles stratégies visant à prévenir la schizophrénie avant que celle-ci ne soit tout à fait déclarée, reposent à présent sur des services spécialisés adossés à des réseaux d'adressage, à même de proposer des évaluations diagnostiques et des programmes de soins aux jeunes patients. Ces approches ont contribué à faire émerger un discours psychiatrique de vulgarisation suggérant que la prévention de la maladie mentale peut être standardisée, que son efficacité est quantifiable, et qu'elle pourrait être menée par le biais de politiques de détection destinées à la population générale au même titre que d'autres maladies représentant un enjeu de santé publique, telles que les maladies cardio-vasculaires ou le diabète (Cabut, 2015; Carey, 2015; Rosier, 2015). Enfin, si la rémission de la schizophrénie (en anglais « recovery ») suscite l'intérêt constant de la recherche en psychiatrie (Friedrich, 2014), Warner critique cette notion comme servant des enjeux politiques, économiques et industriels, sans pour autant améliorer,

ni la situation sociale, ni l'expérience subjective des personnes souffrant de schizophrénie (Warner, 2004).

Prédire la schizophrénie : une mort sociale annoncée ?

Un pronostic théorique effrayant

En dépit de données scientifiques et de l'action de diverses associations d'anciens patients visant à faire reconnaître que la schizophrénie n'empêche en rien les personnes de mener une vie affective et professionnelle satisfaisante, la schizophrénie demeure, aussi bien pour le public que pour de nombreux professionnels de santé un synonyme de mort sociale.

« - Une personne moyenne, qui a une schizophrénie, [les psychiatres] l'imaginent comment sa vie ?

- Hmm... je ne sais pas...

- Comme imaginaire ?

- Comme une catastrophe. Comme ce qu'ils ont vu dans les hôpitaux psychiatriques. » (2)

Nicholas Christakis, en interrogeant des médecins oncologues, souligne que le mot « pronostic » leur évoque d'emblée l'idée de mort (Christakis, 2001). Dans ce travail de thèse, le pronostic ne porte pas sur la durée de vie d'une personne, mais sur l'éventuelle survenue d'une schizophrénie chez un jeune patient. De prime abord, l'idée de mort semble donc ici hors de propos. Néanmoins, les psychiatres qui ont participé à cette étude ont une vision générale de l'avenir des personnes souffrant de schizophrénie extrêmement négative. Ils sont à même de décrire le pronostic théorique de la schizophrénie en termes de mort sociale progressive et inéluctable. Cette vision catastrophique de l'avenir, tout à fait consensuelle, associe les idées d'une chronicité à vie, d'absence d'intégration sociale, de déclin progressif de la personne et de ses facultés. Elle véhicule l'idée d'une vie entière gâchée pour le jeune, pénalisé non seulement par les rechutes de sa maladie, mais par la nécessité de soins psychiatriques permanents à l'âge adulte, et la prise de traitements qui lui seront délétères.

« - Face à l'éventualité d'une schizophrénie, chez un ado, qu'est ce qui te pose problème quand tu imagines son avenir ?

- Heu (rire nerveux)... heu... qu'est-ce qui est problématique ? ...Tout !! (rire – rire partagé). Heu... Que ce soit une maladie grave, potentiellement sévère, potentiellement résistante, avec des traitements lourds qui vont avoir des effets indésirables à coup sûr. Que ça va être à vie, alors

que c'est juste un ado... ou un jeune adulte qui a encore toute sa vie devant lui. Que ça va avoir des conséquences sur sa vie en général, sociale, professionnelle,... heu... enfin, à différents niveaux. Qu'il va falloir avoir un suivi à vie et les ados ne sont pas forcément fans, surtout s'il y a des périodes où ça va bien et tant mieux, mais il va falloir continuer le suivi, et continuer le traitement, malgré les effets indésirables. Je pense aussi notamment pour les effets indésirables, par rapport aux études, sur leurs effets cognitifs, le ralentissement. (12)

L'idée de schizophrénie reste indissociable de celle de handicap social. Un psychiatre estimerait ainsi s'être trompé de diagnostic si l'un de ses jeunes patients souffrant de schizophrénie se révélait, après quelques années, jouir d'une parfaite autonomie dans sa vie quotidienne.

« - C'est possible d'obtenir une autonomie normale ? Vous y arrivez ? Enfin je dis « normale », mais voilà, comme quelqu'un qui n'a aucun problème, tout simplement.

- Alors, moi je dirais... Pour moi, les personnes que je vois redevenir « normales » pour prendre votre mot, je suis obligé de me dire, quelques années après, que je m'étais trompé sur le diagnostic de schizophrénie.[...] Je ne vois pas vraiment une thérapie resocialisant à 100% quand même, sans symptômes. [...] Pour ceux qui seront sans symptômes quelques années plus tard, c'est le grand classique de la crise d'adolescence. On aura eu des évolutions "comme psychotique" quoi. » (5)

Avec une pointe d'ironie, un psychiatre associe la schizophrénie à la maladie d'Alzheimer, afin de souligner la vanité des médecins, qui, rassurés de prescrire d'inutiles médicaments, cachent au patient leur impuissance face à l'inexorable travail de destruction opéré par la maladie.

« - Si vous voyiez un psychotique, ou schizophrène - enfin, ce ne sont que des mots, mais bon, ce ne sont que des idées - à l'hôpital, et vous lui donnez un traitement. Sans doute que vous avez l'impression de faire quelque chose en tant que médecin. [...] Donc, quelque part, ça doit être un soulagement pour le médecin de faire ça, puisque tout le monde le fait, y compris donner des traitements qui ne servent à rien. Donc ça se voit bien en ce moment, dans d'autres pathologies aussi. Ça doit soulager le malade aussi parce que de toute manière...

- Excusez-moi, quand vous dites d'autres pathologies, vous pensez à... ?

- Oui je pensais à l'Alzheimer. Vous savez, ils expliquent qu'évidemment les traitements contre Alzheimer ne servent absolument à rien mais qu'on ne peut pas dire ça aux patients, parce que c'est impossible de dire à un patient qu'il n'y a pas de traitement.

- Alors c'est un peu pareil ?

- Nooon, j'exagère beaucoup ! (rire) Mais en tous les cas il y a quand même en médecine, une espèce de truc comme ça ! » (4)

Pour un autre psychiatre, la gravité de la schizophrénie rend particulièrement pertinentes les réflexions et prises de décision collectives par les médecins. Il rapproche ainsi l'annonce d'un

diagnostic de schizophrénie du registre de gravité des décisions médicales prises de manière collective, comme c'est le cas pour l'euthanasie.

« - Donc vous défendez plutôt l'idée de poser un diagnostic à un moment donné ?

- Oui. Mais alors je pense que, plus on est dans un système collégial, mieux c'est. Je pense que toutes les choses graves, elles doivent se travailler – je ne pense pas qu'aux choses graves comme l'euthanasie – mais je pense que pour toutes les choses graves, la dynamique collégiale elle est intéressante. » (5)

Les psychiatres spécialistes de l'adolescence expriment ce sombre portrait du pronostic-catégorie de la schizophrénie avec une certaine ambivalence. Une psychiatre rapproche ainsi sa vision des représentations de sens commun, donnant raison aux appréhensions exprimées par les parents qu'elle rencontre, et considérant que l'exercice médical conforte cette vision péjorative du pronostic. Elle estime également que la schizophrénie promet un avenir plus sombre que d'autres troubles psychiatriques chroniques, tout en doutant du bien-fondé de cette attente.

« [La mère] posait la question de l'avenir, avec cette espèce de... avec très clairement dans ses représentations ... – enfin, qui ne sont pas démenties par la clinique – mais de schizophrénie égal ... voilà... un devenir très péjoré ». [...] Je pense qu'on ne se départit pas tant que ça d'une espèce de lien ou d'association entre : un trouble de l'humeur ce serait moins délétère, ou ça permettrait quand même une meilleure insertion qu'un trouble schizophrénique. Ce qui... je ne suis pas si sûre que ce soit si vrai. » (7)

Si les psychiatres expliquent leur vision du pronostic-catégorie par les spécificités de leur exercice auprès d'adolescents, ils estiment de manière contradictoire les effets de cet exercice sur leur jugement. Certains considèrent que travailler auprès d'adolescents conforte une vision négative du pronostic. Si cette dernière émerge pour certains de la rencontre de jeunes patients qui ont développé des troubles très tôt et sont en grande difficulté, d'autres estiment que ce pessimisme rejoint les représentations de sens commun et est favorisé par l'absence de travail auprès d'adultes qui viendrait infirmer leurs préjugés.

Je ne sais pas si on a un biais pédopsychiatrique, par rapport aux représentations sur schizophrénie et devenir, [...] mais les patients qui débutent une schizophrénie ado ou même pré-ado, enfin, ils sont quand même... leur pronostic est quand même... Enfin, je veux dire c'est un devenir plus sombre qu'une schizophrénie à début plus tardif, quoi. [...] Mais bon, voilà. Après, je ne sais pas si ça joue ça. Peut-être (dubitative). (7)

« C'est quelque chose qu'on partage, à la fois sur le plan de la société, de l'image de la folie, et de, de l'image, que l'on peut avoir nous, de, de psychiatres d'adolescents qui ne sommes plus... Qui n'avons plus de ... Enfin, moi je continue à faire des gardes en adulte, donc je continue à voir des patients adultes. Mais normalement je ne suis plus confronté à ces patients psychotiques de secteur, de service fermé, tout ça, qu'on voit quoi. Et... le pronostic de la psychose est quand même une dégradation cognitive au fur et à mesure des épisodes, il y a des images comme ça

que l'on a. [...] Avec l'idée, quand même, que l'adaptation sociale des patients psychotiques pose problème, d'une façon ou d'une autre. » (8)

A l'inverse, une psychiatre estime que ce sont les spécialistes d'adultes qui sont confrontés à la pire vision des conséquences de la schizophrénie, le travail auprès d'adolescents venant épargner au psychiatre une confrontation à l'évolution chronique du trouble.

« Les psychiatres d'adultes voient des évolutions de schizophrènes qui ont trente ans de schizophrénie derrière eux, et il y en a c'est pas trop mal, et il y en a c'est catastrophique. [...] Donc les psychiatres d'adolescents, ils savent bien la suite, ils savent bien la suite. Mais je pense qu'ils ne la vivent pas pareil. Des choses toutes bêtes comme les dyskinésies tardives des neuroleptiques. [...] Quand un ado a pris à haute dose des neuroleptiques quand il avait 16 ans et que les dyskinésies arrivent vingt ans plus tard... heu voilà ! C'est quand même des choses terribles, hein ! [...] Les conséquences à long terme de la maladie mentale peuvent être quand même dramatiques ! » (6)

Ainsi, s'il existe une profonde ambivalence quant au bien-fondé d'une vision dramatique du pronostic-catégorie de la schizophrénie et à sa raison d'être, celle-ci n'en demeure pas moins consensuelle. Cette vision de la chronicité façonne l'image que les psychiatres d'adolescents se font des services spécialisés pour les adultes.

« Le CMP ça s'arrête à 18 ans. Et puis après on passe au service adulte ! Et le service adulte pour le coup, en termes de pronostic, quand on a un jeune de 18 ans et qu'on se retrouve dans la salle d'attente d'un CMP adulte... il y a de quoi vouloir fuir les soins ! »

Enfin, une psychiatre souligne que les difficultés posées par la chronicité de la schizophrénie sont telles qu'elles apparaissent effrayantes et insurmontables à de nombreux médecins. Ceux-ci mettent alors en place des stratégies d'évitement de manière à refuser leurs soins à de jeunes patients à risque de schizophrénie, avant même que celle-ci ne survienne.

« Des psychothérapeutes qui ne prennent pas en thérapie au motif qu'il y a un risque de psychose, c'est quand même très fréquent ! [...] Si si ! Il y a eu pendant très longtemps, hein "il n'y a pas d'indication d'analyse parce que [...] le sujet n'est pas assez solide". Ça peut être vrai mais ce n'est pas systématique ! Donc, des thérapeutes qui tiennent le choc, des thérapeutes qui s'engagent sur 15 ans pour un patient schizophrène ... renseignez-vous... il n'y en a pas tant que ça. [...] Il y a plein de gens qui ne s'engagent pas hein ! » (6)

Un diagnostic contesté et tabou

La question du risque de schizophrénie confronte les psychiatres à celle de la schizophrénie elle-même. S'il existe un lien symbolique étroit entre le pronostic théorique de la

schizophrénie, considéré comme catastrophique, et le sens de l'annonce de son diagnostic, en termes de « risques », revient à une catégorisation diagnostique du jeune patient par anticipation. A ce titre, être qualifié de « personne à risque de développer une maladie » est une forme d'étiquetage pouvant être éclairée par les approches constructivistes des classifications médicales (Blaxter, 1978; Bowker & Star, 1999; Phil Brown, 1995; Hacking, 2001; Jutel, 2009). La question de la validité de la catégorie diagnostique de schizophrénie est soulevée par divers auteurs en sciences sociales (Bannister, 1968; Boyle, 1990; Pilgrim, 2007), et se pose également pour les psychiatres dans leur pratique (Leray, 1992). Si le diagnostic de schizophrénie conserve une forte légitimité dans la littérature médicale (Jablensky, 1997; Ripke et al., 2013), certaines équipes de recherche suggèrent d'abandonner le terme de schizophrénie au vu de la grande variabilité clinique, génétique, des incertitudes étiologiques et de la stigmatisation associées à ce trouble (Lasalvia, Penta, Sartorius, & Henderson, 2015).

Les échanges engagés entre le psychiatre et d'autres acteurs, au sujet du pronostic, sont éclairés par la sociologie de la communication. Il faut ainsi distinguer la situation où le psychiatre garde le pronostic pour lui-même, de celles où il en parle au patient, au patient et à sa famille, à la famille seule, ou encore à ses propres collègues. Considérons la situation où un psychiatre prédit à un patient l'apparition éventuelle d'une schizophrénie. Au moment où le psychiatre fait la prédiction, la maladie n'existe pas. Son existence se situe dans l'avenir, et elle est envisagée comme une éventualité. Néanmoins, pour prédire, le psychiatre est amené à nommer ce qu'il prédit, à savoir, la schizophrénie. Cette prédiction crée une situation sociale où psychiatre et patient regardent vers l'avenir, et envisagent une situation d'annonce de diagnostic. En France, l'annonce du diagnostic de schizophrénie cristallise une controverse sur son intérêt au sein de la littérature psychiatrique (Gremion, Mantelet, & Hardy, 2001; Leray, 1992). Paradoxalement, l'omission du diagnostic de schizophrénie apparaît consensuelle parmi les psychiatres français (70 à 80% d'entre eux), lesquels se distinguent par une réticence à l'égard de la pratique des diagnostics et de l'utilisation d'outils standardisés à cet effet (Bayle et al., 1999; Ferreri et al., 2000). Cette réticence des psychiatres à annoncer le diagnostic de schizophrénie, indique que celui-ci n'est pas le bienvenu (Pilgrim, 2007).

Dans mes entretiens, si les psychiatres disent ne pas employer la notion de risque de schizophrénie lorsqu'ils communiquent avec leurs jeunes patients et leurs familles, ils utilisent un large registre de vocabulaire pour contourner l'usage du mot schizophrénie, tout en alertant sur l'incertitude de l'avenir. Ainsi, parler de « fragilité » de l'adolescent, de

symptômes « atypiques », ou de « risque de rechute » permet d'évoquer une attente sans en dire le nom. Parfois, ce sont les silences et les phrases interrompues qui laissent entrevoir le mot qui ne peut être formulé.

« - C'est un mot qui revient tout le temps « fragile ». Mais moi je me demande, mais qu'est-ce c'est un adolescent fragile ?

- Heu... C'est des fragilités de construction identitaire. C'est des fragilités narcissiques. Ça recouvre plein de choses. C'est pour ça que je dis fragile... heu... ...Pour ne pas... C'est... Oui. ... C'est pour éviter de parler de diagnostic. C'est pour éviter de parler de diagnostic et de... ...Un ado de 13 ans qui a un Rorschach qui montre des moments où il se déstructure, des identifications très compliquées, voire des problématiques identitaires. (sourir). Moi, je dis il est fragile, tu vois ? Parce que, à la fois il y a quand même un risque important que ça évolue vers une psychose. » (8)

De même, l'emploi d'euphémismes tels que « psychose », permet d'évoquer la schizophrénie par un mot dont le sens reste vague pour le patient et sa famille. En effet la définition du mot psychose est extrêmement variable selon les divers contextes théoriques auquel le psychiatre peut choisir de se référer. La psychose constitue aussi bien une structure psychique non pathologique et banale selon la théorie psychanalytique (la structure psychotique, qui se distingue de la structure névrotique), un trouble de l'humeur (la psychose manico-dépressive), d'autres troubles psychiatriques considérés comme graves, un trouble qui peut précéder la survenue d'une schizophrénie (un risque de schizophrénie), ou encore un synonyme parfait de la schizophrénie elle-même.

« Moi je ne l'ai jamais considéré comme un **schizophrène**. [...] Le fait qu'on pose un diagnostic de **psychose manico-dépressive** – même si, ce n'était quand même pas très évident [...] c'est quand même une PMD assez **atypique**, hein – il n'empêche quand même, que je pense que cette idée comme ça qu'il allait quand même finalement sortir de cet épisode, même si ça a été très long [...], il n'empêche qu'ensuite, il va repasser 15 ans, très très bien ! Et je pense que si on avait porté un diagnostic... de **psychose**..., si on était parti dans cette idée-là,.... au sens psychiatrique du terme – parce que c'est vrai que pour moi c'est un **psychotique**...

- Au sens psychanalytique... ?

- Oui, voilà.» (1)

La psychose n'est pas un trouble.

« On peut être psychotique et avoir une bonne insertion sociale. On n'a même pas besoin de guérir de la psychose ! C'est une structure. » (2)

Les psychoses sont divers troubles psychiatriques.

« Les diagnostics que j'ai dans mon esprit sont les classiques de la psychiatrie française des années 50, Kretschmériens. Névrose, psychoses. Dans les psychoses, je mets schizophrène, hétérologue, paranoïde, paranoïaque, paraphrène, des grandes catégories comme ça ! Et après il

y a la mélancolie, la dépression. Et puis la psychose maniaco-dépressive – qui est une psychose il ne faut pas oublier. Et avec les enfants, c'est vrai que je préfère rester sur la psychose, parce qu'y compris, je pense que c'est plus malléable qu'une schizophrénie, dans mes catégories diagnostiques, avant l'âge adulte. » (2)

La psychose est un risque de schizophrénie.

« Ils sont en train de s'organiser sur un mode psychotique. Mais il n'y a pas la décompensation schizophrénique. » (3)

« Une fois qu'on est psychotique, on le reste quoi. Alors on n'est pas schizophrène délirant, mais on reste psychotique, avec ce risque-là ». (8)

La psychose est un synonyme de schizophrénie.

« La question d'une entrée possible dans un processus... dans une schizophrénie, dans une psychose chronique, pouvait se poser. » (7)

« J'utilise beaucoup le psychodrame, avec des jeunes schizophrènes, psychotiques. Et je vois que cela contribue vraiment à de bonnes stabilisations. » (5)

« Si vous voyiez un psychotique, ou schizophrène - enfin, ce ne sont que des mots, mais bon, ce ne sont que des idées » (4)

« Si les parents te posent vraiment la question de comment ça évolue, je pense qu'il ne faut pas leur cacher ça, parce qu'ils vont le trouver de toute façon sur internet. Tu tapes « schizophrénie » tu tombes sur plein de trucs [...] Souvent, c'est eux qui te disent « j'ai vu des choses sur la psychose, qu'est-ce que vous en pensez ? ». (8)

Cette variabilité d'usage du mot psychose permet d'en conserver un sens malléable, qui entretient le flou sur le caractère normal ou pathologique de la condition ainsi désignée. Tantôt la psychose est la schizophrénie, tantôt elle ne l'est pas. L'utilisation de ce jargon est, au-delà d'une forme d'incertitude diagnostique réelle et fonctionnelle, une manière pour le psychiatre de parler de l'indicible, lors de son travail auprès d'un jeune patient et de ses parents. L'emploi du mot psychose constitue donc une communication évasive d'incertitude pronostique fonctionnelle, et autorise le psychiatre à une annonce a minima du diagnostic de schizophrénie. La flexibilité de son sens permet en effet de dissocier l'annonce d'un trouble de la valence pronostique qui lui serait associée, venant ainsi résoudre la tension entre la nécessité de donner un diagnostic et la vision apocalyptique de l'avenir associée à la schizophrénie.

« Je ne sais pas si j'avais parlé de psychose... ou de dépression avec des éléments psychotiques. Mais je n'ai pas l'impression que finalement, ce soient des mots porteurs pour... et pour un jeune et pour ses parents. Je ne sais pas trop quelles représentations cela mobilise déjà. ... Si on était amenés à dire "risque d'évolution schizophrénique"... ... Et eux, ils sont en général dans des attentes assez concrètes. Donc, avant d'en arriver à un travail autour du diagnostic... » (3)

L'omission du mot schizophrénie par le psychiatre, principalement lorsqu'il ne s'agit que d'une éventualité encore incertaine, est justifiée par la crainte de stigmatiser le jeune patient. Néanmoins, même lorsque la maladie apparaît déjà présente et certaine selon le psychiatre, ce dernier reste réticent à prononcer son nom. La divulgation ou l'omission du diagnostic de schizophrénie est bien décrite par le concept d'« awareness context ». Le contexte de connaissance désigne la combinaison de ce que chaque acteur d'une situation sociale connaît de l'identité de son interlocuteur, de sa propre identité aux yeux de l'interlocuteur, et de ce qu'il choisit de rendre explicite (Glaser & Strauss, 1964). Cette analyse interactionniste éclaire les modes de communication sur les maladies dont les représentations sont associées à la mort (ex : cancer), ou à l'exclusion sociale (ex : schizophrénie).

Glaser et Strauss ont défini quatre types d'awareness context, permettant de décrire les différents types d'interactions sociales, en s'inspirant des situations d'espionnage. Le contexte ouvert est la situation où chaque interlocuteur connaît l'identité réelle de l'autre et sa propre identité aux yeux de l'autre. A l'inverse, lorsqu'un des interlocuteurs ne connaît ni l'identité, ni le point de vue de l'autre interlocuteur sur sa propre identité, il s'agit d'un contexte fermé. Le contexte de suspicion, est une modification du contexte fermé : un interlocuteur se doute de la vraie identité de l'autre, ou bien de l'opinion de l'autre sur sa propre identité ; ou bien les deux. Le contexte prétendu est une modification du contexte ouvert : les deux interlocuteurs connaissent la vraie identité de l'autre, mais prétendent ne pas la connaître. Le contexte fermé a ainsi été utilisé pour décrire la situation où un patient mourant n'est pas informé de sa mort prochaine par l'équipe médicale, qui adopte diverses stratégies pour maintenir ce contexte fermé (Glaser & Strauss, 1964). L'idée de devoir annoncer un diagnostic de schizophrénie à un patient qu'elle considérerait déjà malade suscite ainsi l'appréhension d'une jeune psychiatre, en raison du pronostic-catégorie qui lui est associé. Le pronostic est en effet en grande partie responsable du sens du diagnostic et du traitement, et associé à une composante affective et émotionnelle forte (Christakis, 2001).

« - Est-ce que ça t'es déjà arrivé de parler de l'éventualité de la survenue d'une schizophrénie, à un patient ou à sa famille ? En termes de risque, avant que la maladie ne survienne ?

- Alors... quand c'est une première bouffée délirante aiguë par exemple, hmm... non. Je parle de rechute. Je ne dis pas le terme schizophrénie, parce que, enfin, c'est quand même, ça fait peur, enfin, c'est très stigmatisant. Voilà. Je dis qu'il y a besoin d'un suivi, qu'il y a besoin du traitement même si va mieux. Et qu'il est possible qu'il y ait des rechutes et que dans ce cas-là, qu'il faudra qu'on agisse en conséquence de cause. ...Mais, mais, non. Après, si c'est un patient, comme je te disais, dans un cas, plus insidieux, qui s'est replié au domicile, qui fume beaucoup de cannabis, qui, qui est vraiment devenu délirant au fur et à mesure depuis longtemps [...] là on est d'emblée dans la schizophrénie pour moi, donc, là, je parlerai de schizophrénie.

- Tu en parles ? Tu donnes le diagnostic ?

(sourire) je n'ai pas eu encore à le faire. J'appréhende beaucoup ! (sourire) Je pense que j'aurai du mal à... Je pense que, je pense que ce sera dur pour moi de donner le diagnostic. Et, et à la fois je pense que c'est important de le donner aussi ! [...] Je pense que je le donnerai, probablement pas d'emblée, probablement au bout d'un certain temps. Peut-être avec les questions, soit sur le traitement soit sur la maladie, qui viennent. Mais je me vois mal dire spontanément que c'est, que leur fils est schizophrène. C'est une grande question que je me pose (rire). [...] Le diagnostic en général est difficile à donner [...], ceux qui sont péjoratifs on a peur de les donner. Les autres ce n'est pas très grave. Parce que cela vient stigmatiser quelque chose, marquer quelque chose de... de définitif, de, enfin, de handicap lourd... » (12)

S'ils considèrent que communiquer le diagnostic permet de répondre à certaines attentes du jeune ou de ses parents, les psychiatres préfèrent ne pas en parler spontanément et attendre que leur incertitude diagnostique soit réduite avant de s'engager dans une annonce, tout en éludant la question d'un pronostic-catégorie irréversible et désastreux. Un psychiatre ne prononce le mot de schizophrénie devant ses patients que cinq ans après le début de la maladie.

« - Cela vous arrive de parler de la schizophrénie ou d'un risque de schizophrénie avec vos patients ?

Oui, alors, très très tard. Très très tard. Là je continue [...] à suivre cette règle des anciens, qui est « pas moins de cinq ans d'évolution » quand même. Alors comment j'appelle le trouble si ce n'est pas... ? J'appelle cela un trouble à caractère psychotique. Et « à risque évolutif » je mets toujours. » (5)

Cette pratique souligne la difficulté de ma question de recherche. Comment les psychiatres peuvent-ils évoquer avec leurs patients leur risque de développer une schizophrénie à l'avenir, si l'emploi du mot « schizophrénie » au sein d'une consultation ne peut avoir lieu que plusieurs années après le début de la maladie ?

Le fonctionnement social : un pronostic complexe

Les difficultés scolaires, un risque de schizophrénie ?

Un psychiatre critique avec ironie le lien entre la schizophrénie et les parcours scolaires ou professionnels hors normes, et souligne par là-même l'importance accordée par les psychiatres spécialistes d'enfants et d'adolescents à l'insertion scolaire de leurs jeunes patients, lorsqu'ils se questionnent sur l'émergence d'un trouble mental.

« - *Qu'est-ce que c'est un parcours atypique ?*

- Bah ce n'est pas dans la norme ! C'est à ça que ça revient. (rire). Si vous êtes atypique et que vous devenez Mickael Jackson ça va. Et si vous êtes atypique et que vous devenez éboueur, vous êtes un futur schizophrène (rire)». (2)

Si les difficultés scolaires des adolescents sont évoquées par certains psychiatres comme une question sociale, ces derniers considèrent que leur implication dans le parcours scolaire des jeunes constitue un enjeu majeur de leur travail clinique.

« La question de l'insertion des adolescents est aujourd'hui pour moi extrêmement sensible par des symptômes qui ont d'abord une allure sociale, comme la déscolarisation. » (5)

« On en reçoit énormément et de plus en plus. Je pense que ça va être un problème de santé publique. De jeunes, alors, qui sont déscolarisés, ce qu'on appelle des phobies scolaires, mais derrière ce mot là il y a plein de choses. Et alors ça, de tous les milieux. A la fois dans des familles très très précaires, mais aussi dans des familles très aisées. L'épidémie, ... enfin l' « épidémie », parce que c'est... Donc voilà. Qu'est-ce que ça traduit le fait qu'un jeune ne puisse même plus s'insérer à l'école, se lever le matin ? » (3)

« Parce que pour le jeune cela passe déjà par une perte de son intégration à l'école, mais qui est déjà une forme de désinstitutionnalisation qui à mon avis est assez préoccupante. » (3)

Ainsi, lorsque je suggère à un psychiatre que le problème de ces jeunes personnes pourrait être uniquement de nature sociale, il précise que, par son ampleur, celui-ci devient un trouble individuel et pathologique.

« - *ça me donne l'impression, ce que vous dites, que ce ne serait pas tellement une maladie psychiatrique mais plutôt un risque social ?*

Oui, oui, oui. En tout cas c'est une pathologie qui a un fort sous-bassement social. C'est des pathologies, enfin, parce qu'à la fin on en arrive quand même à, moi ce que j'estime, une psychopathologie ! Parce qu'on est dans des troubles de la subjectivation ! Enfin, c'est des jeunes qui n'arrivent pas à se construire comme sujet, comme sujet autonome.

- *[...] Les troubles imprécis ça veut peut-être dire qu'il n'y a rien derrière à part une inadaptation sociale ?*

Oui ! En tout cas, il y a eu quelque chose qui ne s'est pas mis en place dans la construction du ... de ce qu'aurait dû être en tout cas la construction du sujet. Dans la façon dont ça c'est joué dans les interrelations familiales, dans... dans la groupalité. » (3)

Le décrochage scolaire des adolescents influence donc les attentes des psychiatres vis-à-vis de l'éventualité apparition de troubles mentaux, en pratique clinique tout comme dans la littérature psychiatrique.

« Mais alors, effectivement, les derniers exemples que j'ai à mon cabinet de décrochages scolaires, c'est des débuts de pathologie grave. » (6).

Lors d'une conférence destinée au grand public, j'ai pu constater que les psychiatres impliqués dans les stratégies de détection précoce de la schizophrénie tentent de susciter une inquiétude chez les parents, relative à la scolarité de leur enfant. Ainsi, un intérêt soudain pour des domaines tels que la philosophie ou la politique, et une baisse de la moyenne de l'adolescent devraient inquiéter les parents sur l'éventualité d'une maladie mentale émergente.

« [L'adolescent dit] qu'il n'adhère plus à cette société. Tout un argumentaire pseudo-philosophique existentiel, qui en fait est assez vide si on creuse. Et qui en fait, induit une forme de retard aux soins. Puisqu'au départ effectivement, on entend ce rationnel, on comprend qu'il puisse être en opposition avec un certain système. Mais il s'avère en fait que dans certains cas, on n'est pas dans une thèse de philosophie, mais dans un début de dysfonctionnement vrai. » [...] « Difficulté de fonctionnement, c'est ce que je vous ai dit. C'est commencer à ne plus voir ses copains comme avant, c'est commencer à ne plus aller à ses matchs de foot comme avant... Et c'est commencer à perdre, ne serait-ce qu'un ou deux points de moyenne sur ses résultats habituels ». (Conférence destinée au grand public, Semaine d'Information sur la Santé Mentale 2015)

Vers une vie normale « dans certaines limites »

Les attentes des psychiatres concernant l'insertion sociale des personnes ayant une schizophrénie sont contradictoires. Le devoir du psychiatre serait de favoriser l'insertion sociale du patient ayant une schizophrénie, et ceci constituerait le critère de réussite de son action médicale.

« Par rapport aux risques évolutifs de la schizophrénie sur lesquels vous me mobilisez, là, aujourd'hui, je pense que pallier à ces risques évolutifs c'est renforcer tout le réseau thérapeutique autour de l'adolescent et du jeune adulte. De le stabiliser. D'intégrer un travail de réinsertion scolaire ou professionnelle. Enfin tout ce qu'on fait classiquement avec des personnes qui vont s'avérer après quelques années d'évolution malgré tout dans la schizophrénie. » (5)

Paradoxalement, parvenir à une insertion sociale « normale » contredit le diagnostic de schizophrénie car la désinsertion sociale est considérée comme un critère diagnostique à part entière de la schizophrénie.

- *C'est possible d'obtenir une autonomie normale ? Vous y arrivez ? Enfin je dis « normale », mais voilà, comme quelqu'un qui n'a aucun problème, tout simplement ?*

Alors, moi je dirais... Pour moi, les personnes que je vois redevenir « normales » pour prendre votre mot, je suis obligé de me dire, quelques années après, que je m'étais trompé sur le diagnostic de schizophrénie. » (5)

Une psychiatre souligne que la schizophrénie demeure considérée comme le trouble mental le plus délétère pour l'insertion socio-professionnelle d'une personne.

« Je pense qu'on ne se départit pas tant que ça d'une espèce de lien ou d'association comme ça, entre : le trouble de l'humeur ce serait moins délétère, ou ça permettrait quand même une meilleure insertion [socio-professionnelle] qu'un trouble schizophrénique. » (7)

Une personne souffrant de schizophrénie et dont l'évolution serait satisfaisante aurait ainsi une vie normale « dans certaines limites ». Certains enjeux d'insertion sociale qui apparaissent prioritaires chez une jeune personne deviennent ainsi secondaires après le diagnostic de schizophrénie. Une psychiatre explique que la guérison n'est pas un enjeu pronostique pour la psychose, mais que ces attentes portent plutôt sur la manière dont la personne pourra gérer sa maladie et aménager son quotidien.

« C'est évident que quand je vois un patient psychotique **j'ai pas l'illusion que je vais le guérir**. Mais j'ai quand même l'illusion que son devenir dépend aussi de la façon dont il va gérer son trouble, dont il va l'aménager, dont il va vivre avec, de ce qu'il va en faire, et cetera... Et que donc, voilà. Il y a une part variable, et c'est là-dessus qu'on agit dans la thérapie. Ce qui est fixé, par définition il ne peut rien... (rires)... Par contre je pense que sur la part variable, je pense qu'on peut quand même... que les choses ne sont pas scellées. Même si **c'est vrai qu'elles sont limitées**, quand même, **dans une certaine mesure**. [...] Le fait qu'il ait des difficultés aussi graves, ça va nécessiter beaucoup de soin, beaucoup d'aide, beaucoup d'investissement. Mais, moyennant quoi il va pouvoir évoluer positivement... **dans certaines limites**. » (1)

Tout en travaillant dans une institution dédiée à la reprise scolaire, un psychiatre exprime une ambivalence quant à l'enjeu que représente le maintien d'une scolarité pour favoriser l'insertion sociale des jeunes patients.

« Quels moyens on va donner au jeune de pouvoir **s'intégrer dans la société** ? ... Après **est ce que c'est forcément au travers des études** ? C'est là tout le volet, ...c'est ce que l'on met en place comme hôpitaux de jour, en tout cas soins au long cours. [...] C'est ça notre mission je dirais, de permettre aux jeunes de réintégrer l'extérieur avec un certain équilibre. En tout cas meilleur que celui qui les avait emmenés à être hospitalisés. C'est toute **la réinsertion sociale qui passe au travers du travail ou au travers d'autres types de soins ou de tout ce qui est l'enjeu de la scolarité**.» (11)

Enfin, la représentation des psychiatres d'une inadéquation entre la société et la personne ayant une schizophrénie, soulève des contradictions quant à son origine. D'une part, le problème vient de la société, d'autre part le problème vient de la personne qui a une schizophrénie et son insertion professionnelle ne serait possible qu'aux dépens de son entourage.

« Je pense quand même que la société n'est pas adaptée à ces patients, et, enfin bon. Alors, je me dis que c'est vrai pour toute pathologie psychiatrique, mais, c'est quelque chose qu'on a particulièrement en tête dans la psychose quoi. » (8)

« Parce que “pas de difficulté” mais de quel point de vue ?! Parce que le patient schizophrène, de son point de vue, il n’a pas de difficultés, mais que son voisin de bureau dit “mais ce n’est pas possible d’avoir quelqu’un à côté comme ça qui fonctionne de façon aussi imprévisible ou avec des trucs paradoxaux !!!” ». (6)

Ainsi, le pronostic-catégorie de la schizophrénie s’apparente intrinsèquement à handicap, c’est-à-dire à une limitation du rôle social de la personne qui en souffre. Si les psychiatres ne sont pas défaitistes, ils estiment que l’insertion sociale de leurs jeunes patients sera plus compliquée.

« Alors **ce n’est pas irrémédiable** que les patients psychotiques ne fassent pas d’études par exemple. Non, non non. Au contraire, je ne pense pas que ce soit irrémédiable. Je pense que c’est plus compliqué. Il y en a quand même... **C’est plus compliqué, c’est plus compliqué.** » (8)

Une psychiatre souligne ainsi l’intérêt pour ces personnes de filières d’emplois protégés, destinées à limiter leurs difficultés professionnelles.

« Et c’est pour ça que parfois, des patients comme ça, **il vaut mieux qu’ils soient dans un circuit d’emploi protégé.** Parce qu’au moins tout le monde le sait. Et au moins, le milieu de travail qui accepte d’engager ce patient au plan du travail, sait qu’il est en difficulté et qu’il faudra aménager des choses. [...] Dans un emploi lambda c’est un peu compliqué, hein. Même si les équipes s’adaptent, mais c’est quand même compliqué. » (6)

Le pronostic fonctionnel est individuel et modulable

Selon les psychiatres, le pronostic de la schizophrénie est imprévisible du fait d’importantes variations individuelles. Le futur d’une personne est ainsi déterminé par la personne elle-même et des facteurs sociaux, affectifs, médicaux, ou biologiques, tout aussi nombreux qu’incontrôlables.

« Après cela dépend de tellement de variables, parce qu’il n’y a pas un schizophrène qui est comme l’autre et heureusement quoi ! Après, toutes les composantes déjà de l’atteinte de la personne, de son âge, des solutions qu’on arrive à mettre en place, et de tout l’étayage environnemental. Familial et tout le reste. » (10)

Si le pronostic de chaque personne souffrant de schizophrénie est unique, celui-ci est essentiellement déterminé par ses caractéristiques sociales. Ainsi, la valence sociale du pronostic peut remplacer les éléments médicaux, en particulier lorsque ces derniers ne peuvent être améliorés par l’action médicale (Christakis, 2001).

« Moi, au fond ce que je pense, c’est qu’on peut être schizophrène, et faire des études, travailler, pourquoi pas se marier... heu, enfin. C’est-à-dire que l’évolution d’un schizophrène elle peut être

extrêmement différente. On peut passer sa vie en hôpital psychiatrique, on peut passer sa vie en hôpital de jour... on peut finalement arriver à travailler... » (1)

Ainsi, le fonctionnement social des personnes souffrant de troubles mentaux et en particulier leur insertion socio-professionnelle constituent un enjeu pronostique majeur selon les psychiatres, lorsqu'ils sont confrontés à l'éventualité de la survenue d'un tel trouble pour l'un de leurs jeunes patients.

« Il a complètement lâché ! Enfin, l'année scolaire dernière, il a dû... Ses parents ont essayé l'internat, en début d'année [...]. Et il a tenu un trimestre. Et après, il n'est plus jamais retourné. Donc ça veut dire que toute l'année dernière, de janvier à juin, il n'a pas été scolarisé. Il a été hospitalisé en fin d'année scolaire. Il était en quatrième.

- Est-ce que cela vous a fait craindre des choses pour la suite, pour lui ?

Ah, et bien s'il ne sort pas de son inhibition, oui, bah oui ! Parce que s'il fout toute sa scolarité en l'air. Oh !! A un niveau... Enfin, même s'il avait de bonnes bases, s'arrêter quatrième troisième et ne pas pouvoir reprendre... L'avenir n'est quand même pas tout à fait le même que quand on a au moins terminé ces études secondaires.» (6)

Même après le début de la maladie, la valence sociale du pronostic est modulable au cours du temps (Davis, 1990). Une psychiatre explique ainsi la manière dont l'urgence à insérer un jeune patient dans le monde du travail l'inciterait à infléchir la valence du pronostic.

« Un jeune qui n'a pas fait du tout d'études à 25 ans, on aurait envie s'il en est capable de lui faire faire quelque chose de professionnalisant, directement, pour qu'il puisse être embauché quand même quelque part. Et... s'il n'en est pas capable parce qu'il est trop handicapé, et bien, un ESAT, un emploi en milieu protégé. » (12)

1.5. D'inextricables incertitudes

A l'heure actuelle, il existe ainsi un contraste entre l'ensemble des données mobilisées par les psychiatres dans leur pratique quotidienne, et les nombreuses incertitudes restantes. Les enjeux liés à la jeunesse dans le champ de la santé mentale, font émerger des tensions entre un modèle neuro-développemental et sociétal. Si l'origine de la schizophrénie est conceptualisée depuis les années 1990 selon un modèle de vulnérabilité individuelle soumis à l'effet de facteurs de stress lors de la maturation cérébrale, les catégories d'adolescence et de jeunesse tendent à être redéfinies aussi bien sur le plan biomédical que sociétal.

L'adolescence sociale et biologique devient une période prolongée au-delà de 25 ans, et la maturation cérébrale pourrait perdurer tout au long de la vie d'un individu.

Par ailleurs, l'intérêt de la détection et de la prévention de la schizophrénie cristallise en France un débat au sein de la profession psychiatrique depuis les années 1990. En effet, si l'intervention précoce constitue la pierre angulaire d'un discours psychiatrique visant à développer des politiques de santé spécifiquement dédiées à la jeunesse dans les pays anglo-saxons, la politique de secteur offre en France depuis un demi-siècle un maillage d'institutions psychiatriques publiques destinées aux enfants et aux adolescents. L'espoir d'une prévention de la schizophrénie et l'activisme social du recovery sont critiqués comme des réactions à l'impasse des neuroleptiques, se manifestant par un idéal néo-libéral d'autonomie et de responsabilisation des personnes malades (Braslow, 2013).

Enfin, dans la situation clinique qui m'intéresse, les trois sources d'incertitudes que je viens de décrire, liées à au raisonnement médical, à l'adolescence et à la schizophrénie, apparaissent inextricables. Rencontrer un patient dont les difficultés pourraient traduire aussi bien une crise d'adolescence que l'émergence d'une psychose confronte le psychiatre à un pronostic difficile, du fait d'incertitudes enchevêtrées : chaque patient pourrait être un adolescent typique ou un futur schizophrène ; chaque évolution aussi bien de la personne que de la maladie est unique et continue quoiqu'imprévisible ; chaque rencontre clinique se situe à un instant précis de cette évolution indéterminée ; et aucune donnée théorique n'est à même de répondre à un questionnement clinique. Ainsi, le jugement que porte le psychiatre sur cette situation clinique oscille ainsi de manière permanente et cyclique.

« C'est toujours difficile de faire la part des choses dans ces moment-là, entre ce qui est de l'ordre d'une crise d'adolescence et ce qui est de l'ordre d'une crise plus profonde du psychisme. Donc on se retrouve toujours un peu à faire le contrepois que ce soit d'un côté ou l'autre. Arriver à trouver la partie saine et donc le côté "adolescent" dans un enfant qui ne va pas bien, pour dire aux parents "Regardez, ça c'est plutôt sain et ça c'est plutôt de l'ordre de la pathologie". Ou à certains moments, les parents qui sont justement en train de dire "c'est un adolescent, c'est une crise d'adolescent " et nous on est en train de dire "Non c'est un désinvestissement objectal. Il n'arrive plus à investir une relation objectale". (10)

Lorsqu'ils se questionnent sur l'avenir de leurs jeunes patients, les psychiatres sont donc confrontés à de nombreuses incertitudes qui font du raisonnement pronostique une réelle difficulté de leur travail clinique. Cette nécessité et cette complexité inhérente à leur exercice quotidien ne peuvent être résolues que grâce à une attitude ambivalente à l'égard des pronostics.

2. L'AMBIVALENCE DES PSYCHIATRES A L'EGARD DU PRONOSTIC

Si les psychiatres se disent réticents à s'engager dans des anticipations sur l'avenir de leurs jeunes patients, la description qu'ils font de leur travail quotidien met en lumière leur ambivalence à l'égard des pronostics. J'emploie le terme d'ambivalence selon la définition de l'ambivalence sociologique de Robert K. Merton : l'existence de normes contradictoires induites par l'organisation de certaines institutions sociales, comme la science ou la médecine (Robert King Merton, 1976). Leur ambivalence émerge de la contradiction entre l'idée que la survenue d'une schizophrénie constitue un processus irréversible mais néanmoins incertain, alors que par définition le psychiatre doit avoir une action pronostique et préventive, en particulier chez un jeune patient pour lequel se pose nécessairement la question de son devenir adulte. Ainsi, face à l'éventualité de la survenue d'une schizophrénie chez un adolescent, le pronostic interroge les psychiatres. S'ils aimeraient se libérer de la question d'un avenir qu'ils savent imprévisible et incertain, celle-ci s'impose à leur pensée. Conscients que toute prévision sur l'avenir du jeune serait présomptueuse, les psychiatres ne peuvent éviter de forger des hypothèses et demeurent dans l'expectative. Ils s'attendent à des problèmes sans être en mesure de les anticiper et sont amenés à anticiper dans l'urgence de questions d'avenir qui ne se poseront sans doute pas. Afin d'obtenir du patient et de sa famille qu'ils acceptent leurs décisions médicales, les psychiatres sont confrontés à la nécessité de communiquer leurs attentes sans se livrer à une prédiction à laquelle ils se montrent réticents. Les psychiatres se doivent de surveiller l'évolution du jeune sans le tourmenter par leur propre inquiétude, ou d'alerter les parents sans susciter leur affolement. Enfin, la perspective de la survenue d'une schizophrénie imprègne leurs attentes pour l'avenir du jeune de tonalités émotionnelles ambivalentes. Ils se doivent d'être optimistes sans nourrir d'illusions face à la gravité de la situation, et croire un minimum à quelque chose en dépit d'un pessimisme qui confine parfois au désespoir. S'ils connaissent les probabilités d'évolution vers la schizophrénie, celles-ci échouent à répondre aux questions qu'ils se posent en pratique. Si la prévention de la schizophrénie leur paraît une chimère, ils éprouvent l'intime croyance d'être parfois en mesure d'éviter sa survenue par leurs soins, sans être en mesure d'objectiver cette conviction subjective dont ils doutent. Enfin, certains expriment une ambivalence critique vis-

à-vis de leur rôle de psychiatres d'adolescents, face à l'éventualité d'un début de schizophrénie chez leurs jeunes patients. Tantôt pessimistes absolus, tantôt leurrés par l'illusion magique de l'adolescence, ils décrivent un rapport ambivalent au temps. S'ils se disent distraits des questions d'avenir par la nécessité d'agir au présent en réponse aux besoins immédiats des adolescents, ils pallient au quotidien les conséquences d'une future schizophrénie, par anticipation. S'ils ne se déclarent convaincus de l'existence de la maladie que lorsque celle-ci apparaît évidente, ils sont à même de décrire un questionnement progressif et continu sur le devenir de leurs jeunes patients, qui ne s'achève que lorsque plus aucun doute n'est permis. Cette partie est consacrée à analyser la tension éprouvée par les psychiatres face à l'inévitabilité de la question de l'avenir de leurs patients et leur attitude ambiguë à l'égard des pratiques pronostiques.

2.1. L'impossibilité et l'inévitabilité du pronostic

« On ne regarde pas vers l'avenir. Enfin, on regarde vers l'avenir mais sans savoir ce qu'il y a » (8)

Eviter en vain de penser à l'avenir

La question de l'avenir de leurs patients pose un problème quotidien et inévitable aux psychiatres spécialistes des adolescents : « Alors, j'ai plein de façons de te répondre, donc c'est compliqué... » (8). Le pronostic au sens large représente pour eux une difficulté : « La question du pronostic vous voyez comment c'est difficile ! » (1). Les psychiatres se sentent enfermés dans des attentes dont ils souhaiteraient se libérer et les interrogations qu'ils se posent sur le devenir de leurs jeunes patients leur apparaissent tout aussi insolubles qu'incontournables.

Le pronostic au sens large est difficile

« - Est-ce que c'est une question [le pronostic] qui se pose dans votre pratique ? [...] »

- Ah bah c'est une question difficile à laquelle répondre... parce que... (Soupir) Comment dire ? ... [...] on est souvent embêté avec la question du diagnostic je dirais à l'adolescence... [...]

- [Le] pronostic, est ce que c'est quelque chose qui vous pose question, mais avec lequel vous êtes un peu embêté pour travailler ? Ou alors est ce que c'est quelque chose qui ne se pose pas comme question ?

- Non, non ! Alors la question se pose toujours, et je suis bien embêté (rire gêné). ...Heu, alors. [...] Donc je dirais, le pronostic, oui, est une question qu'on se pose toujours.» (10)

Evoquer cette question en entretien plonge les psychiatres dans un embarras que traduisent de longs silences, des phrases inachevées ou des soupirs. Certains expriment leur gêne par le rire ou la dérision. Quel que soit l'objet du raisonnement pronostique, ce dernier paraît confronter les psychiatres à une expérience inconfortable. A mes questions concernant leurs anticipations certains répondent par l'embarras ou l'humour.

L'anticipation de la survenue de la maladie (la prévention)

« - Est-ce que c'est possible d'éviter la survenue de la schizophrénie ?

- Ha !! (rire) Bonne question ! (rire). Je serais curieux d'avoir la tendance de tes réponses auprès des psychiatres ! ... (sérieux) Je ne sais pas. Je ne sais pas. Je ne sais pas. » (8)

« - Est ce que parfois vous avez l'impression que [la survenue de la schizophrénie] peut être évitée ?

- ...heu... (long silence, soupir) ... Alors ... (soupir). ... heu... Vous me posez des questions difficiles vous ! (rire)

- Oui c'est dur

- ... heu je n'en sais rien. » (10)

Lorsque je les questionne sur leur manière de communiquer leurs attentes pronostiques au patient, les psychiatres expriment leur stupéfaction voire leur incrédulité.

La communication du pronostic (la prédiction)

« Est-ce que tu penses que les psychiatres doivent donner le pronostic au patient ? Faire des prédictions ?

- (rire) Faire des prédictions ?!! (rire et stupéfaction) » (12)

Enfin, la question de la faillibilité de leurs prédictions les laisse perplexes, bien qu'ils admettent sa pertinence.

La faillibilité d'une prédiction

- Est-ce que vous pensez que, se tromper de pronostic, ça engage la responsabilité médicale ?

- Bah, se tromper de pronostic...

- Faut-il encore le dire, hein !

- (rire) Oui, c'est ça... [...] Oui, oui. C'est vrai que c'est une question, oui. Ça pourrait être une question, oui. C'est vrai. » (1)

Les psychiatres tentent de mettre à distance cet embarras suscité par leurs attentes pour l'avenir et sont à même de décrire différentes stratégies d'évitement, légitimées par les diverses écoles de pensée auxquelles ils adhèrent. Néanmoins, face à l'éventualité d'une

schizophrénie, ils ne réussissent à s'affranchir que de manière provisoire de leurs questionnements pronostiques. Ainsi, une psychiatre estime que sa « *position de psychothérapeute* » lui enjoint de se libérer du raisonnement pronostique afin d'élaborer les conflits psychiques de son jeune patient, mais elle n'y parvient pas, conçoit diverses attentes pour l'avenir et se sent enfermée dans une attitude expectative.

« Je pense en particulier à un patient dont je m'occupe actuellement, qui est adolescent... heu les questions que je me pose quant à son pronostic, disons son diagnostic et son pronostic, viennent interférer avec la façon dont je m'en occupe. [...] Je suis son psychothérapeute, donc je suis sensée pouvoir me libérer un peu de la question... je dirais... symptomatologique, pour pouvoir permettre d'élaborer quelque chose par rapport à ce qui lui arrive. Il est évident que le fait que j'ai en tête que ce patient disons probablement délire [...] vient incontestablement modifier la façon dont je m'occupe de lui. [...] Je me méfie de ce qui pourrait survenir. » (1)

La *segmentation professionnelle* et le travail en réseau sont une autre stratégie pour éviter d'avoir à se poser la question du pronostic, en tentant de la déléguer à des collègues. Cette même psychothérapeute adresse ainsi son patient à un collègue prescripteur pour se libérer de ses attentes pronostiques. Pour autant, elle ne se trouve aucunement délivrée de son inquiétude et ses craintes demeurent inchangées au fil du temps, s'imposant à elle d'une séance à l'autre.

« Voir un patient en psychothérapie quand on se demande s'il va se suicider, c'est quand même très très compliqué. Donc... et c'est très envahissant. A ce moment-là on n'est plus libre de ce qu'on fait, parce qu'on a cette inquiétude de se dire « il faut que je fasse en sorte qu'au sortir de cette séance, ça puisse tenir jusqu'à la suivante ». Donc voilà, un petit peu comme ça. Une préoccupation vis-à-vis de ce patient. Donc je l'ai adressé à un collègue, qui est chef de service, et je lui ai demandé de le voir, pour une prescription. Donc ce patient a été mis sous traitement, ce qui me permettait d'être déchargée un peu de cette question. Parce que je considère que c'est le médecin qui prescrit qui au fond évalue la symptomatologie des choses, notamment par rapport à une question d'hospitalisation. Mais, au fond, évidemment je n'étais pas déchargée pour autant. Et donc au bout de quelques semaines de traitement, qui n'était pas vraiment efficace, ... j'ai rappelé ce collègue et je lui ai dit que moi j'étais extrêmement inquiète. Que je pensais qu'il y avait un risque de passage à l'acte. »

Un psychiatre explique en début d'entretien que la « *position de psychiatre d'adolescent* » empêche le raisonnement pronostique par l'impératif de ne penser à l'avenir qu'à très court terme, cette immédiateté étant imposée par la temporalité des adolescents eux-mêmes (entretien 12). Cette attitude est légitimée par une vision théorique de l'adolescence comme une période de tempêtes et de débordements imprévisibles, destinés à s'apaiser au fil du temps, sans que ce chaos passager ne présage en rien de l'avenir. Cette théorie supporte une norme professionnelle d'évitement du raisonnement pronostique.

« - *Ce qui m'intéresse c'est de savoir comment tu réfléchis dans ces situations-là. Comment tu penses à l'avenir ? Qu'est ce qui te pose problème ?*

- Alors, j'ai plein de façons de te répondre, donc c'est compliqué. Peut-être une première chose c'est de dire qu'il y a une position de psychiatre de l'adolescent, qui est de se confronter à [...] l'immédiateté de l'adolescence. [...], d'être beaucoup dans l'immédiateté et pas forcément dans le pronostic à plusieurs années [...] Je pense que chez l'ado [...] si tu penses trop loin, le temps que tu penses, et bien il a déjà changé. Et ta pensée n'est déjà plus d'actualité. Donc ça c'est une première chose qui fait qu'en termes de pronostic, on n'est pas dans des ... Je pense que c'est pour ça qu'on a une position différente des psychiatres d'adultes. C'est que c'est compliqué de penser trop loin, si tu veux. » (8)

Un peu plus tard dans l'entretien, le psychiatre revient cependant sur cette affirmation, pour la considérer comme une stratégie d'évitement. Distracts par les situations urgentes qu'ils ont à gérer, les psychiatres d'adolescents disent ne penser qu'à l'immédiat et éluder les questions de long terme. Néanmoins dès que le tumulte de leur travail s'apaise, leur imagination reprend le dessus, et les confronte à des attentes pour l'avenir de leurs jeunes patients dont ils auraient préféré se détourner :

« [...] Le risque à court terme c'est le quotidien de la psychiatrie de l'adolescent. On est dans l'immédiateté encore une fois.

- *Donc le risque à long terme il est moins présent ? Ou il n'a pas sa place ?*

- Je pense qu'il est plus présent dans la tête des psychiatres que dans la tête des ados, ça c'est évident. Et que dans la tête des parents.

- *Et comment il est présent dans la tête des psychiatres alors ?! Moi, c'est ça qui m'intéresse !...*

- (rire)

- *...même s'il n'est pas dit aux ados ni aux parents. Comment est-ce qu'il est présent ?*

- Je pense qu'il est présent quand on s'arrête et qu'on y réfléchit, si tu veux (rire). Et quand on en parle entre nous (rire). ... Mais quand on est dans le travail quotidien on n'y pense pas. On n'y pense pas. ... Ça arrive qu'on y pense. En termes de, effectivement, quand on se dit « *Cet ado, il est tellement fragile. Comment ça va se... comment ça va se terminer ?* ». On ne sait pas. On ne sait pas. ...Donc... bah, on reste avec nos questions, on n'a pas de réponse quoi. » (8)

Si les psychiatres spécialistes de l'adolescence considèrent que leur mode de raisonnement au jour le jour est imposé par le rythme des adolescents, ils sont à même d'expliquer leur choix de travailler auprès de jeunes patients comme une stratégie d'évitement des questionnements de long terme. Ce rapport au temps, donnant la priorité à l'urgence et au raisonnement de très court terme fait ainsi l'objet d'une vision ambivalente par les psychiatres. Tantôt imposé par les adolescents et légitimé par une théorie des variations brutales de leur humeur, tantôt recherché par le psychiatre pour se soustraire aux attentes d'un avenir tout aussi prévisible que sombre, associé à l'idée de chronicité et à la vision du pronostic-catégorie de la schizophrénie.

« Les psychiatres d'adultes sont quand même régulièrement confrontés à la chronicité sur des années des années des années. Par définition, l'adolescence ça passe, hein ! Donc les psychiatres d'adolescents ne sont pas confrontés à la chronicité de la même façon. Pas du tout ! Ils sont confrontés aux explosions, aux ados qui font tourner tout le monde en bourrique, qui mettent tout en échec, qui se font virer de partout. Mais ... Mais les... les pathologies comme ça, qu'il faut accompagner sur 15 ans, 20 ans, 30 ans, ça c'est les équipes d'adultes qui sont confrontées à ça. » (6)

Si les attentes pronostiques du psychiatre sont limitées par l'incapacité de l'adolescent à imaginer son propre futur, cette absence d'attente du principal intéressé leur impose le devoir d'imaginer son futur à sa place. Brièvement libéré des raisonnements pronostiques par son travail auprès d'adolescents, le psychiatre se retrouve aussitôt confronté au devoir moral de concevoir des attentes d'avenir pour un jeune qui en serait incapable.

« - Est-ce que ces situations sont fréquentes ? Celles où tu vois des ados, des jeunes, pour lesquels se pose la question de leur avenir ?

- Et bien pas trop. Là, j'ai des lycéens en seconde, première. Ce n'est pas non plus terminale, mais... Moi quand je leur demande ce qu'ils veulent faire après, souvent, ils ne savent pas trop. Ils n'imaginent pas trop. Ils ne se projettent pas. [...] Je dirais que j'ai deux types de situations. Soit c'est des situations qui se sont assez vite apaisées avec les consultations, où le jeune travaille bien, enfin que ça roule, qu'il n'y a pas de retentissement scolaire important, ou, on va dire, que, du coup on ne se pose pas plus la question que pour un adolescent, disons lambda. [...] Soit les ados vont très mal et on en est pas à se projeter 10 ans plus tard, mais, hmm, dans les deux ans qui suivent. Déjà parfois c'est même très au jour le jour. Les ados amènent beaucoup ça je trouve, le jour le jour. J'ai une autre ado, [...] ce n'est pas possible de parler de l'avenir avec elle. Parce qu'elle ne peut pas, elle ne peut pas se projeter dans l'avenir. » (12)

« Je prends en charge l'ado, là, en ce moment, et que c'est normal, c'est notre position de soignant mais d'adulte surtout. Et que je travaille ça avec l'ado et avec les parents. De dire que c'est normal que ce soit compliqué pour l'ado de se projeter à plus du lendemain, à plus de 6 mois, à plus de... Et que nous c'est important de le faire. Mais c'est compliqué. » (8)

Enfin, la question pronostique semble tout aussi inutile qu'inévitable. En réponse à mes questions concernant leurs attentes sur l'éventuelle survenue d'une schizophrénie, plusieurs psychiatres déclarent que cette question ne leur est d'aucune aide dans leur travail, avant d'admettre se la poser malgré tout.

« Enfin, moi ça ne me sert pas à grand-chose, quand je vois un gamin de 15 ans, de me dire « *ah bah, il va être schizophrène* ». Ça ne me sert pas à grand-chose.

- *Oui. Mais vous y pensez quand même ou pas ?*

- *Oui ! oui. »*

La question d'avenir condamnée à rester sans réponse

Si la question pronostique s'impose fatalement au psychiatre, celle-ci est condamnée à demeurer sans réponse. Toute tentative pour prendre en considération ce problème qu'ils souhaiteraient oublier, ne vient que rappeler son caractère insoluble.

« On ne regarde pas vers l'avenir. Enfin, on regarde vers l'avenir mais sans savoir ce qu'il y a, quoi. Sans savoir ce qu'il y a. Il y a une part d'incertitude-là. Il y a une part très forte d'incertitude. » (8)

« C'est une population qu'on a et dont on a.... on a du mal vraiment à cerner le devenir, tu vois ? On se pose régulièrement la question. On en parle pas mal entre nous, de finalement : ...qu'est-ce qu'ils deviennent ? On ne le sait pas. » (8)

« J'ai en tête que je ne sais pas du tout ce que sera son avenir, c'est-à-dire, je ne sais pas. [...] Je ne sais pas ce qu'il en adviendra. Effectivement, moi je me pose la question : est-ce que ce patient va devenir schizophrène ? [...] Moi je ne sais pas. [...] C'est vrai que c'est un patient, c'est pour ça que je dis que je ne sais pas très bien son devenir. » (1)

« Pour le moment elle va bien, elle n'a plus de symptômes délirants, alors je ne sais pas, je ne peux pas deviner si elle va rechuter ou pas » (12)

« Le pronostic, oui, est une question qu'on se pose toujours. Et je dirais qu'on reste très souvent en suspens parce qu'on n'a pas de nouvelles. Et on a n'a pas de nouvelles, mais est-ce que c'est parce qu'ils vont mieux ? Parce qu'ils sont passés à autre chose ? [...] Donc quelque part on ne sait jamais... on ne sait pas grand-chose de ce qu'ils deviennent. » (10)

Si le psychiatre bénéficie de nombreuses informations théoriques, celles-ci lui apparaissent toujours insuffisantes pour diminuer son degré d'incertitude lorsqu'il conçoit des attentes pour l'avenir d'un patient donné. Si plusieurs médecins sont intéressés par les données concernant l'évolution de leurs jeunes patients, ils déclarent ne les mobiliser qu'avec prudence lorsqu'ils réfléchissent à l'avenir d'un patient donné. Cette attitude est sous-tendue par l'apprentissage du *raisonnement médical au cas par cas*, la valorisation de *l'expérience clinique*, et le principe statistique selon lequel un résultat valide pour un grand nombre d'individus n'est pas fiable à *l'échelle individuelle*. Malgré les éléments de compréhension qu'il possède, les attentes pronostiques du psychiatre restent donc sans réponse.

« Ce qu'on dit, c'est qu'il y en a un tiers qui entrent dans la pathologie chronique, un tiers qui font un épisode unique, et un tiers qui font des épisodes récidivants. Ceux-là, je ne les ai pas vus ce tiers-là. Peut-être qu'ils existent, hein. Mais je ne les ai pas vus [rire]. [...] Il n'y a aucune façon de savoir comment cela va évoluer... On sait qu'il y a un tiers des cas, un tiers des cas, un tiers des cas, mais [...] il n'y a aucune façon vraiment de savoir comment... si on est dans le premier tiers, le deuxième tiers ou le troisième tiers quoi. » (8)

A ce titre, Pilnick et Zayts soulignent que lorsqu'ils annoncent le résultat d'un test anténatal, les médecins évoquent les risques en utilisant des probabilités de type « un risque parmi X »,

tout en entourant cette formule – apparemment précise – de la notion d’incertitude, voire en ne la décrivant qu’en termes d’estimation (Pilnick & Zayts, 2014).

Ainsi, chaque patient est considéré comme unique, et doit faire l’objet d’un raisonnement tout aussi unique, mémorisé sous la forme d’une histoire singulière (Hunter, 1991). Les médecins sont ainsi découragés d’appliquer les conclusions de recherches collectives dans leur pratique clinique, au profit d’un raisonnement individuel fondé sur leur expérience clinique et les histoires de patients qu’ils ont connu précédemment. Les psychiatres décrivent ainsi une tension entre le respect d’une norme valorisant l’évaluation clinique subjective et la manière dont les résultats chiffrés influencent leurs attentes pronostiques vis-à-vis de leurs jeunes patients. Une psychiatre souligne la tension entre son raisonnement clinique et l’utilisation de résultats de recherches auxquelles elle participe.

« Moi je pense que, au vu du tableau [...] qu’il y a quelque chose, cliniquement, qui te fait dire que c’est plutôt un trouble bipolaire. ... Mais bon. Au même temps, on a fait une étude de devenir, à laquelle j’ai participé. Sur 80 adolescents âgés entre 12 et 19 ans au moment de leur hospitalisation, avec tous un diagnostic de trouble bipolaire type I. ... Et, *un tiers*, à l’âge adulte - donc à 8 ans en moyenne de devenir – sont dans un spectre schizophrénique ! » (7)

Une autre psychiatre explicite l’impératif selon lequel le travail de recherche médicale et la pratique clinique doivent rester distincts. Néanmoins elle est à même de décrire la manière dont la recherche rencontre ses propres attentes pronostiques pour certains enfants. Tout en distinguant sa pratique de la recherche, elle mobilise les résultats des études pour accroître sa surveillance de certains enfants, venant ainsi anticiper la survenue de la schizophrénie en proposant aux parents de ces enfants de poursuivre des soins psychiatriques le plus longtemps possible.

« [Une équipe de recherche s’intéresse] à ce qu’on voit dans les troubles des apprentissages et qui pourrait être prédictif d’une transition psychotique. Ça c’est leur hypothèse. [...] Parce que, je vois bien les profils de patients qui les intéressent et les profils de patients pour lesquels, moi je me pose des questions. C’est typiquement les gamins, qu’on appelle dyspraxiques. [...] Mais moi je ne me vois pas dire que j’ai observé ça, et dire à des parents « bah voilà, votre fils-là, il vient de rentrer au collège. L’abstraction, ça ne va pas du tout ». Enfin, ça je peux le dire. Mais « par contre dans les équipes de recherche, on pense qu’il y a, qu’il y a, qu’il y a 30% de risques qu’il y ait une émergence psychotique à l’adolescence !! ». Bah ouais, mais ça c’est pas possible !! [...] On peut peut-être le penser, on peut faire un travail de recherche là-dessus, mais *en clinique*, ce n’est pas possible ! Et *par contre*, que ces gamins-là, moi j’ai l’œil dessus, parce que je sais que... de temps en temps ça vire pas bien, ça oui. Mais, mais je conseille que le suivi soit continué, je donne des adresses, quand ils arrêtent ici je dis qu’il faut continuer etc.» (6)

Deux psychiatres admettent penser en termes de probabilités même lorsqu'ils raisonnent au cas par cas, mais l'usage de ces statistiques ne lève en rien leurs incertitudes. Ils demeurent dans l'impossibilité de trouver une réponse à leur question pronostique.

« C'est une question difficile à laquelle répondre... parce que... (Soupir) Comment dire ? C'est tellement variable à l'adolescence. On se base un peu parfois sur les statistiques, ou sur des statistiques personnelles quand on arrive à identifier certains profils. » (10)

« - Mais, et vous ? Cela vous arrive de penser comme cela dans votre pratique ? De vous dire, "Peut-être qu'il y a une chance sur deux" ?

- Et bien, je vous dis, je pense à ce petit jeune qui évolue, il chemine vers la psychose, mais peut être que je me trompe. Voilà. ... (silence). Ça peut arriver, oui ça peut arriver. » (11)

D'autres psychiatres éludent mes questions sur leurs attentes en parlant uniquement de patients pour lesquels ils ont déjà posé un diagnostic de schizophrénie. La maladie serait alors impensable tant qu'elle n'est pas déjà présente, venant fusionner le futur et le présent, les attentes et les constats. Cette stratégie consiste à ne voir que ce qui est déjà là, à parler de pronostic à venir en termes d'évolution passée, sous-tendue par la vision théorique de la schizophrénie comme une maladie dont seule l'évolution chronique permet de faire le diagnostic. Selon la classification du DSM-5, le diagnostic de schizophrénie ne doit pas être posé tant que les troubles n'ont pas persisté sur une période minimale de 6 mois (DSM-5, 2013). Cette période minimale d'incertitude laisse au psychiatre le temps de se questionner sur l'avenir du patient. Or, en admettant ne distinguer que deux catégories de patients selon une délimitation claire entre le normal et le pathologique, les psychiatres détournent la question de leurs attentes pronostiques, pour centrer la discussion sur leur raisonnement diagnostique. En effet, le diagnostic est un acte médical mieux maîtrisé par les médecins que le pronostic (Christakis, 2001).

« Beaucoup de questions peuvent être abordées en travaillant le diagnostic. Plus que le pronostic. De dire "voilà votre enfant est en train de, selon nous, d'entrer dans la schizophrénie"

- Mais, c'est un moment où vous êtes sûr du diagnostic ou pas encore ?

- Oui, oui. Moi, oui, en tous cas... Alors mon prof en Italie en faisant une caricature nous disait que son prof à lui, qui actuellement aurait eu 160 ans - cela fait longtemps (sourire) – disait que la schizophrénie ne pouvait se diagnostiquer qu'à l'autopsie. Ce qui ne veut pas dire dans le cerveau ! Mais qu'en ayant revu la vie d'une personne, on peut dire si elle était schizophrène ou pas. » (10)

Ainsi, bien que l'apparition du trouble soit progressive, certains psychiatres disent ne pas envisager sérieusement cette hypothèse tant que le doute est permis, puis décrivent un basculement brutal de leur opinion lorsque la maladie apparaît évidente.

« Avant de me convaincre qu'un patient est réellement en train de rentrer dans un processus schizophrène, il faut vraiment que j'en sois convaincu. Donc je dirais qu'à partir du moment où j'en suis convaincu... heu... la plupart des fois, c'est vrai ! » (10)

Les psychiatres estiment ainsi que le doute est levé lorsque le patient atteint la majorité ou que ses troubles deviennent manifestes. Cette opposition entre d'une part l'interdiction d'envisager l'hypothèse diagnostique chez l'adolescent et d'autre part l'évidence du diagnostic chez l'adulte, constitue une stratégie d'évitement des incertitudes pronostiques.

« Moi j'ai posé... deux fois le diagnostic de psychose, et à chaque fois c'était des patients qui étaient âgés de 17, 18 ans. Et avec des... vraiment des manifestations de décompensation schizophrénique. Avec des éléments délirants importants, de mécanismes multiples, et puis une *réelle* dissociation. ... Là où il n'y avait vraiment pas de doute, j'ai envie de dire. » (8)

Pour autant, quelles que soient les stratégies d'évitement mises en œuvre, la question de l'avenir s'impose au psychiatre, tout aussi repoussante qu'inévitable. Elle constitue un poids que le psychiatre aimerait ne pas avoir à assumer, et qu'il assimile à une fatalité.

« - Est-ce que ça t'est déjà arrivé de devoir parler au jeune et à ses parents pour leur conseiller de réévaluer certains projets d'avenir ? Des projets d'orientation par exemple ?

- Alors, conseiller je ne sais pas. Là par exemple j'ai une jeune, qui a un état-limite assez grave, et elle est en ITEP. Ça se passe mal, donc **par la force des choses**... [...] c'est vrai que pour elle, on réévalue le projet d'orientation ». (12)

2.2. Osciller entre optimisme et pessimisme

Lorsqu'ils sont confrontés à l'éventualité de la survenue d'une schizophrénie chez un adolescent, les psychiatres décrivent une profonde ambivalence émotionnelle. Cette attitude constitue une norme professionnelle et s'apparente au travail émotionnel selon Arlie R. Hochschild. Les émotions et les sentiments ne sont ni spontanées ni incontrôlables, mais gouvernées par des règles sociales (Hochschild, 1983). Le travail émotionnel de l'individu consiste alors à gérer le ressenti et l'expression de l'émotion pour les rendre adéquats dans un contexte social donné (Hochschild, 2003). Les psychiatres décrivent ainsi une morale professionnelle favorisant l'attribution d'une tonalité émotionnelle complexe, mouvante et ambivalente à leurs attentes pronostiques. Ils se déclarent tantôt confiants, tantôt inquiets, et tiraillés entre deux visions de l'avenir pour leur patient dont ils condamnent les extrêmes. Face à l'incertitude pronostique, se montrer optimiste est un devoir professionnel, mais le

surcroît d'optimisme serait une erreur déplorable. A l'inverse, lorsque la survenue d'une schizophrénie apparaît inévitable, les psychiatres se déclarent profondément pessimistes, tout en considérant qu'il est de leur devoir de ne jamais abandonner l'espoir, si faible soit-il.

Être optimiste sans être dans le déni

Si les psychiatres considèrent qu'il est de leur devoir de se montrer plus optimistes que pessimistes face à l'éventuelle survenue d'une schizophrénie, ils se montrent ambivalents quant à cette attitude. Tantôt utile au patient, tantôt délétère, l'optimisme est considéré aussi bien comme un outil de travail que comme une dangereuse prise de risque. L'optimisme fonctionnel est ainsi utile en situation d'incertitude pronostique, pour gérer les relations avec les patients, en négociant leurs attentes, leurs décisions, et en modulant leurs espoirs et leurs déceptions. Qualifié d'adapté ou d'ajusté, cet optimisme n'est néanmoins admis que dans certaines limites, au-delà desquelles il est considéré excessif. Dès lors qu'ils évoquent leur optimisme, les psychiatres manifestent une profonde ambivalence en condamnant le danger que représenterait son excès.

« On a plutôt intérêt à pécher par optimisme – je parle du pronostic – que par pessimisme. C'est-à-dire, souvent, on n'a pas grand-chose à perdre à penser que... ça ira mieux (rire). Enfin, qu'il va y arriver. [...] Mais effectivement, il y a des moments où, en effet, je pense que ça pourrait être dangereux. Par exemple, de ne pas voir que ce patient a un risque de se suicider. [...] Je pense que, encore une fois, on gagne plus à être optimiste que pessimiste. Et les patients le sentent je crois. Ils s'appuient beaucoup là-dessus, sur le fait qu'on y croie quand même. Donc c'est très important » (1)

« Après ça sert aussi d'être optimiste, par exemple pour dédramatiser. Je ne dis pas le contraire ; ça peut permettre de dédramatiser une situation "ce n'est pas si grave que ça"... Mais, mais, j'ai l'impression que c'est être optimiste mais pas trop optimiste. Parce que trop optimiste, j'ai l'impression, que c'est, que c'est au-dessus. Et l'un n'empêche pas l'autre. On peut être optimiste et dédramatiser aussi une situation sans être trop optimiste. ... (silence)... » (12)

Ainsi, les psychiatres condamnent l'attitude consistant à se montrer « trop » optimiste vis-à-vis d'un avenir incertain, attitude qu'ils qualifient de déni, d'illusion, d'angélisme, d'utopisme, ou d'optimisme de surcroît. L'attitude expectative doit ainsi être adossée à une tonalité émotionnelle dont l'intensité est contenue dans certaines limites, mesurée, et ajustée à la situation.

« - Est-ce que le psychiatre se doit d'être optimiste pour l'avenir de l'ado ? Est-ce que l'optimisme a un effet bénéfique direct ?

- Oui. Oui, je pense que c'est important. Alors, ne pas être utopique, hein (rire) ! Je pense qu'il y a une certaine mesure à avoir. » (8)

L'optimisme excessif se distingue de l'optimisme mesuré et est désapprouvé par les psychiatres. Qualifié de déni ou d'illusion, il traduit une incapacité à se placer au même niveau que le patient, à le comprendre et à écouter sa souffrance, tout autant qu'à percevoir la gravité de sa situation. L'optimisme excessif s'apparente à une forme d'acharnement thérapeutique en psychiatrie. Aveuglé, le psychiatre se représente l'avenir meilleur qu'il ne l'est et s'imagine pouvoir combattre la maladie alors qu'il est en réalité impuissant.

Oui oui, il y a un truc magique à l'adolescence, ouais un peu mégalo, oui magique. Où on s'imagine que tout est possible. Alors que sans doute ça ne l'est pas. (4)

Cette tension entre l'illusion et la réalité, entre la croyance magique et la désillusion imprègne le discours des psychiatres sur leurs propres compétences. Ainsi le déni fait courir le risque de se considérer omnipotent. Qualifié de « mégalo », ou de « tout-puissant » le psychiatre excessivement optimiste se leurre en s'estimant à même d'empêcher la survenue de la schizophrénie ou d'en prévenir les conséquences. Un psychiatre critique ainsi certains collègues pour leur vision de l'avenir teintée d'optimisme naïf et dépourvue de réalisme.

« On a peut-être, en tout cas moi personnellement, moins d'angélisme que certains collègues [...] peut-être plus optimistes. Alors peut-être qu'eux ont connu au moment de leurs études une situation qui était quand même beaucoup plus facile, où il y avait encore... un ascenseur social, où il y avait encore une possibilité d'envisager que les choses allaient s'améliorer. J'ai l'impression qu'on est plus réalistes. [...] Et je trouve... beaucoup plus ouverts sur d'autres approches, déjà cliniques, et puis même disciplinaires [...] La prise en considération d'enjeux sociaux... Moi quand je dis ça à certains confrères psychanalytiques ils sont... Je dirais qu'ils s'intéressent à la construction de la subjectivité uniquement dans une histoire individuelle, sans prendre en considération le fait qu'elle est, évidemment, en articulation avec des phénomènes sociétaux. » (3)

Lorsque l'optimisme confine au déni celui-ci devient un artifice qui ne sert au psychiatre qu'à se rassurer, alors même qu'il néglige le patient. Par son aveuglement, il oublie d'écouter sa souffrance, voire il l'entraîne à sa suite dans l'illusion d'un avenir impossible, risquant ainsi de décevoir les espoirs qu'il aura nourri chez le jeune et chez sa famille.

« En même temps, il ne s'agit pas non plus de dire "Bah il y a aucun problème. Pourquoi il ne pourrait pas faire maths sup ? Pourquoi il ne pourrait pas faire et cetera". Il y a quand même... il y a des choses où on sent bien que ce sera très difficile ! Voire parfois impossible ! » (1)

Ce faisant, il court le risque de porter préjudice au patient, de le blesser, et de susciter sa défiance. Le patient risque alors de rejeter la médecine dans son ensemble, et le médecin s'expose à devoir gérer des relations difficiles tout autant que la perte de ses propres espoirs.

Ainsi les psychiatres manifestent une profonde ambivalence, encourageant l'optimisme, désapprouvant son excès. Si les limites de l'optimisme mesuré restent indéterminées, les conséquences de l'optimisme de surcroît sont connues et redoutables : il alimente de futures désillusions et compliquera le travail ultérieur du psychiatre. L'optimisme modéré permet ainsi de contenir les attentes des patients et de leurs familles de manière à faciliter la poursuite des soins en prévenant d'éventuelles déceptions.

« Etre trop optimiste ça peut ne pas être adapté. Du coup, que ce soit en désaccord avec la situation réelle. [...] Le psychiatre banaliserait – presque du déni quoi – enfin quelque chose des troubles, et que donc peut-être le jeune pourrait ne pas se sentir entendu par exemple. Et donc, du coup, ça ne serait pas, ça ne l'aiderait pas forcément s'il a besoin d'être entendu. Trop optimiste, j'ai l'impression que c'est se rassurer soi-même ! Enfin, ce n'est plus être thérapeutique, enfin, ce n'est plus essayer d'être ajusté quoi.

- Et est-ce que cela pose problème pour la suite d'être trop optimiste ?

Heu, oui, qu'il y ait des déceptions. Parce que si on a mis dans la tête des familles « mais si ça va aller, il va réussir son bac », par exemple, comme objectif. Et que ça vient du médecin, donc ce n'est quand même pas rien pour les familles quand le médecin, la parole du médecin a un impact fort. [...] les parents vont croire, je pense, vont se rattacher à cette parole, et si jamais il échoue, ils risquent d'être déçus. [...] Que cela ne discrédite aussi le médecin, quelque part, de ne plus avoir confiance en lui. [...] Et ce médecin-là, mais qu'est-ce qu'il en est des autres médecins ? Ou des autres professionnels ? ... Bon, là je vois le pire (rire) ... Mais voilà, si il y a une très mauvaise expérience, une très grosse déception, est-ce que du coup cela ne peut pas, au pire, empêcher tout nouveau soin ? Enfin, les parents vont partir avec leur gamin et dire « ça ne sert à rien les psy »... (long silence) ... Et puis être déçu soi-même aussi en tant que médecin. ... Mais, heu... après je ne sais pas quel retentissement cela peut avoir, mais ... enfin... je ne sais pas. » (12)

Si les psychiatres ont le devoir d'être optimistes sans être dans le déni, ils manifestent cette juste mesure émotionnelle par l'expression d'une lutte constante contre leur propre désir d'illusion. Ainsi la modération se caractérise par une ambivalence émotionnelle organisée autour d'un questionnement incessant. L'optimisme n'est mesuré que lorsqu'il s'accompagne d'une vigilance du psychiatre à l'égard de lui-même. Dès lors que le psychiatre doute, il est conscient du risque de déni, et son optimisme demeure adapté.

« C'est encore plus délicat à répondre à cette question parce que je dirais il y a une part d'optimisme et une part de déni de ma part, je ne sais pas ce qui recouvre de quoi, mais le fait qu'avant de me convaincre qu'un patient est vraiment en train de rentrer dans un processus schizophrène il faut vraiment que j'en sois convaincu. » (10)

Les pédopsychiatres témoignent ainsi d'un positionnement spécifique favorisant l'introspection et le doute relatif aux fondements de leur choix de spécialisation. Consacrer leurs soins aux enfants et aux adolescents leur évite en effet d'être confrontés à la chronicité et à l'évolution de leurs patients souffrant de troubles mentaux graves. Ont-ils décidé de ne

soigner que de jeunes patients pour éviter ces déceptions et préserver leur optimisme ? Ont-ils fait ce choix pour conserver leurs illusions ?

« Peut-être on fait aussi psychiatrie de l'adolescent parce qu'on ne veut pas être confronté à quelque chose d'une réduction de notre toute-puissance, c'est quelque chose qui nous laisse un peu la possibilité d'imaginer que la vie peut rester rose. » (10)

Ainsi, ces psychiatres estiment-ils que leur spécialisation doit s'accompagner de l'impératif moral de douter d'eux-mêmes. Se montrent-ils raisonnablement optimistes ou utopiques ? Aident-ils leurs patients ou se croient-ils omnipotents ? S'estimant vulnérables face à la tentation de l'illusion, les pédopsychiatres se doivent de conserver une part de défiance envers eux-mêmes et de développer leur réflexivité.

« On a l'impression par exemple quand on s'occupe d'adolescents que parfois on les aide beaucoup, et que ça change beaucoup, ou qu'on leur a évité de sombrer dans je ne sais trop quoi. Alors, c'est peut-être quand même un truc qu'il faudrait... examiner... en nous... ce que... c'est peut-être un peu ... [...] Moi j'ai vu plein de psychiatres d'ados qui effectivement s'imaginent qu'ils sont quasiment dans la prévention de la psychose ou je ne sais pas quoi...enfin !

- Et est-ce que c'est possible la prévention, ou pas vraiment ?

Moi je n'en sais rien ! Mais je pense qu'il faut... C'est peut-être intéressant de le penser, mais, parce que ça aide à travailler sans doute. Mais au même temps c'est quand même assez... un peu mégalomanie... Je ne sais pas quoi. C'est louche ! » (4)

S'ils déclarent attribuer une tonalité optimiste à leurs attentes pronostiques, les psychiatres manifestent une profonde ambivalence dans leur manière de façonner, de moduler, de faire usage, et de porter un jugement sur cet optimisme, lorsqu'ils sont confrontés à l'éventuelle émergence d'un trouble mental grave.

Être pessimiste sans abandonner l'espoir

En miroir de l'attitude précédente, les psychiatres manifestent un pessimisme empreint d'ambivalence lorsqu'ils s'attendent à voir émerger un trouble mental grave chez l'un de leurs jeunes patients. S'il est de leur devoir d'être préoccupés par l'avenir, lucides face aux difficultés à venir, ils s'imposent de lutter contre un pessimisme absolu en n'abandonnant jamais l'espoir. Si le psychiatre est convaincu qu'il ne pourra ni empêcher la survenue de la maladie ni prévenir ses conséquences, il met en tension un pessimisme de fond et un optimisme dans l'action. Ainsi, dans le doute, il a le devoir de conserver l'espoir, de croire un minimum en quelque chose. Garder l'espoir est une condition indispensable pour mettre en

œuvre un optimisme fonctionnel, venant contrecarrer le désespoir absolu, et autoriser l'action médicale. S'il est profondément pessimiste en lui-même, le psychiatre conserve donc un optimisme fonctionnel qu'il exprime au patient et à ses proches, de manière à éviter que la situation ne leur apparaisse dénuée de perspectives pour l'avenir. Il remodèle ainsi ses propres attentes, de manière à créer une nouvelle perspective laissant le champ libre au déploiement de son action médicale, perspective qu'il communique ensuite au jeune et à ses parents.

« Je peux être assez pessimiste. En général. De fond quoi. Enfin, je peux être optimiste des fois (rire)... mais... mais... [...]. ... Donc, après, être optimiste... Déjà je dis que je suis un peu pessimiste, mais bon un petit peu quoi. Je ne suis pas non plus complètement pessimiste hein, il ne faut pas exagérer (rire), mais, du coup je vais lutter contre ça en réfléchissant. Déjà en en parlant à d'autres personnes qui pourront m'aider, si j'ai du mal à voir quelque chose de constructif, qui vont m'aider à ce que ce soit plus constructif. Enfin, je ne vais pas m'isoler avec « ça va finir de la pire manière », non. Je vais avoir tendance à aller voir les autres, à demander, à réfléchir ensemble. Et à trouver des idées qui pourront aider d'avantage. [...]

- *Tu me dis que tu restes pessimiste, mais que tu essayes de faire au mieux. C'est ça ?*

Oui. ... Oui ! Parce que, la jeune dont je te parlais, qui ne va plus en cours, qui fume 12 joints par jour, qui fait n'importe quoi et qui se met en danger, je ne peux pas dire que je vais être optimiste pour elle. Mais être pessimiste cela ne veut pas dire abandonner tout espoir. En fait c'est plutôt ça. Je vais être pessimiste parce que j'ai l'impression que cela risque de mal finir, mais en même temps, si on fait des choses, peut-être, peut-être que ça va s'améliorer. Et on va essayer de le faire. Oui. » (12)

Une psychiatre évoque la manière dont son discours vise à éviter le désespoir des parents en insistant sur les aspects positifs de la situation de leur enfant. Ainsi Maynard souligne la tendance des médecins à minimiser les aspects négatifs d'un diagnostic grave – la séroconversion au V.I.H. - et à souligner ses points positifs lors de la communication avec leurs patients (Maynard, 2006).

« J'essaie quand même, que ce que je vais dire aux parents, ne vienne pas entraîner une sorte de découragement qui laisserait penser qu'il n'y a rien à faire, que c'est foutu. "il est foutu, il va passer sa vie à l'hôpital psychiatrique... voilà... on va laisser tomber". [...] Moi, je parle plutôt en termes de gravité. [...] mais j'insiste toujours sur ce qu'il peut y avoir d'évolutif positivement. [...] "Tout ce que je peux dire c'est que les difficultés sont graves donc il va falloir beaucoup de soins". Voilà. "Et on va essayer de lui permettre d'exploiter les potentialités qu'il a au maximum". Et puis, à ce moment-là, et bien, j'évoque tous les points positifs : "il est intelligent, donc on va essayer de lui permettre de faire des études dans un lieu qui lui permettra de faire des études malgré ses difficultés, on va essayer de lui permettre de nouer des liens et cetera... d'être accompagné dans ses relations". Je pense qu'on est là pour ça à l'adolescence, parce que si on commence à dire "Voilà, faut tirer le rideau "» (1)

Si plusieurs psychiatres décrivent un pessimisme fondamental nuancé d'espoir et l'expression d'un optimisme fonctionnel, une psychiatre décrit une colère fonctionnelle venant imprégner son action médicale lorsque ces attentes pronostiques sont très négatives. Elle souligne encore

l'impératif moral consistant à lutter contre le pessimisme inhérent à l'exercice clinique en psychiatrie.

« Moi je dis tiens, si on ne prend pas garde il risque d'évoluer comme ci ou comme ça en m'appuyant sur mon expérience des adultes. Voilà. Par exemple surtout quand il y a des toxicomanies ou des dépendances à l'alcool ou les personnalités-limites qui parfois mettent à feu et à sang les services en adulte. Je vois un peu comment ils sont quand ils sont plus jeunes [...] Parfois je me dis "attention" et je tiens un discours très musclé.

- *Cela vous rend plus pessimiste ?*

Pas pessimiste, non ! Plutôt en colère, une fausse colère. Pour leur dire, qu'il ne faut pas banaliser des alcoolisations.

- *Vous intervenez plus vite ?*

Oui moi je pense, oui ! Non, non, alors si on est pessimiste dans notre boulot... Non. C'est plus une forme de mise en garde. »

A l'inverse, lorsque leurs attentes pronostiques sont positives et que le jeune patient semble hors de danger, les psychiatres sont à même de valoriser le maintien d'un soupçon de pessimisme, et de communiquer cette attente pronostique au patient par quelque réserve vis-à-vis de l'avenir. Ce pessimisme mesuré et fonctionnel participe à la gestion des attentes des patients, à celles du psychiatre envers lui-même, et à la planification de son action médicale. En conservant un soupçon de pessimisme, le psychiatre anticipe une éventuelle déception du patient et tente de la contenir dans certaines limites de manière à en faciliter la gestion ultérieure. En envisageant le pire même lorsqu'il s'attend au meilleur, le psychiatre se prépare à toutes les hypothèses, planifie son action pour réagir au mieux, tout en évitant de se trouver dans une situation où ses propres attentes seraient déçues.

« Enfin, là je dois dire que j'ai beaucoup de facteurs positifs avec cette jeune. [...] C'est un cas, plutôt de bon pronostic je dirais. Elle n'a plus du tout d'éléments délirants, donc voilà. Mais. Oui, si elle devait rechuter, probablement, que l'on repasserait par une hospitalisation parce que... enfin, je ne sais pas ce que tu veux savoir en fait –

- *Moi, je veux savoir comment tu imagines l'avenir en fait. Quelles sont les questions que tu te poses. Quand tu me dis, « si elle rechutait... »...*

Oui, si elle rechutait, déjà je pense qu'on passerait par une hospitalisation, par un traitement. »
(12)

Ainsi je suggère que les psychiatres manifestent une profonde ambivalence émotionnelle lorsqu'ils sont confrontés à l'éventualité de l'émergence d'un trouble mental chez leurs jeunes patients. Cette ambivalence constitue une norme professionnelle et est considérée comme un devoir moral, mais constitue avant tout une modalité d'engagement dans l'action médicale. En manifestant un optimisme modéré le psychiatre est à-même de contrôler au mieux ses attentes et celles du patient, là où un optimisme excessif l'exposerait à devoir gérer de futures

difficultés professionnelles. En retour, si le désespoir absolu décourage le psychiatre de toute initiative, conserver un soupçon de pessimisme même lorsque ses attentes pronostiques sont favorables lui permet de garder le contrôle au sein de son travail. En anticipant une déconvenue, en gérant les attentes du patient et en planifiant son action médicale, il se prépare à conserver le contrôle de la situation clinique, quelque soient les évènements. Face à l'éventualité de la survenue d'une schizophrénie, les psychiatres alternent ainsi différentes postures émotionnelles, complexes, mouvantes, dynamiques, qu'ils considèrent comme un outil de travail.

Pour autant, si la profonde ambivalence émotionnelle permet aux psychiatres de maintenir un niveau élevé de contrôle au sein de leur travail clinique, ils sont à même de décrire des sentiments plus tranchés lorsqu'ils cessent d'assurer le suivi de leurs jeunes patients. Lorsque le psychiatre cesse d'assurer le suivi du jeune, la disparition de cette ambivalence fonctionnelle au profit d'un pessimisme ou un optimisme sans réserve, trouve une justification dans les théories sur l'adolescence. Lorsque l'adolescence est considérée comme une phase de structuration irréversible, la fin du suivi représente la fin de la structuration et permet de justifier la fin de l'ambivalence émotionnelle du psychiatre. Lorsque l'adolescence est considérée comme une transition dont les limites ne sont pas connues et dont l'issue est imprévisible, la fin du suivi autorise le psychiatre à exprimer un optimisme sans réserve pour l'avenir du patient. En prenant exemple sur certains patients qu'il a vu aller mieux après la fin du suivi, un pédopsychiatre explique rester fondamentalement optimiste pour l'avenir de ses patients. Il justifie son point de vue par une vision de l'adolescence comme une période dont les limites sont floues et excèdent de plusieurs années l'âge de fin du suivi.

« L'adolescence si on suit les nouvelles études qui sont en train de nous montrer qu'elle se termine vers vingt-cinq ans, donc pas à l'âge adulte. [...] ça laisse l'ouverture à toute possibilité de déploiement, épanouissement, c'est le terme français qui me plaît beaucoup " fleur qui s'ouvre " et que parfois elle ne s'ouvre pas au moment, mais c'est après. Parfois on est agréablement surpris de tout un tas de choses qui se produisent après voilà. » (10)

En s'appuyant sur l'exemple de patients qu'il a été amené à rencontrer après la fin du suivi et dont l'évolution était décevante, un autre psychiatre décrit un pessimisme profond, dénué d'ambivalence, concernant les jeunes patients qu'il cesse de suivre et pour lesquels il conçoit il s'attend à la survenue d'un trouble mental grave. Il justifie ce pessimisme sans réserve par la théorie selon laquelle l'adolescence est une période de structuration progressive et irréversible.

« Il y a aussi une espèce de pessimisme, quand même, à défaut d'être optimisme. Il y a des patients des fois, on a l'impression qu'ils ont basculé dans un truc et puis que c'est mort quoi. Ça se voit surtout chez les patients qu'on ne voit pas un certain temps quand ils sont jeunes, et qu'on revoit un peu après je trouve. J'ai été surpris moi des fois, de voir qu'ils n'étaient plus adolescents. Qu'ils étaient installés dans un machin, là. Que c'était un peu mort quoi. Qu'on avait perdu l'enthousiasme de l'adolescence quoi, où de ce qu'on peut projeter là-dessus. » (4)

Ainsi, la fin du suivi du jeune patient autorise la résolution de l'ambivalence émotionnelle fonctionnelle, et l'expression par le psychiatre d'une tonalité émotionnelle stable qui se voit justifiée par diverses théories sur l'adolescence.

2.3. S'attendre à des problèmes mais en anticiper d'autres

L'ambivalence des psychiatres se manifeste dans leur manière d'agir, conformément ou non, à leurs attentes. Premièrement, ils peuvent concevoir des attentes pour l'avenir, sans être en mesure de s'engager dans des anticipations. Dans l'exemple suivant, une psychiatre craint l'effet d'un médicament sur les capacités de concentration d'un jeune patient et sur ses résultats scolaires, sans être en mesure d'éviter cette conséquence par une diminution ou un arrêt du traitement. En effet, la psychiatre craint tout autant le risque de nuire aux études du patient par le maintien du médicament, que le risque de rechute de la maladie à l'arrêt du médicament. Prise dans un dilemme insoluble, elle conçoit diverses attentes sans possibilité d'influencer sur le cours des événements par une anticipation, c'est à dire par une prise de décision concrète.

« On sent que le traitement a un effet péjoratif sur ses études. Et ça c'est, et ça c'est une question que je me pose assez souvent. En quoi le traitement... peut, peut nuire aussi à l'avenir de ses jeunes ? Parce que le but c'est non seulement qu'ils ne délirent plus, en l'occurrence s'ils délirent, mais c'est aussi qu'ils réussissent leur vie. Et pas, qu'ils n'aient jamais leur bac, et qu'ils ne réussissent à rien faire même s'ils ne délirent plus. [...] Comment traiter, par les médicaments, j'entends ? ... Qu'est-ce qui est le plus favorable ou défavorable à long terme ? [...] Le jeune est gêné par le traitement. Il arrête le traitement. Il rebosse un peu mieux. Il rechute. Il revient en hospitalisation. On lui remet le traitement. Et comme ça c'est un cercle vicieux. » (12)

Deuxièmement, la situation inverse peut se produire. Le psychiatre anticipe alors la survenue d'un événement par son action, alors qu'il ne s'attend pas nécessairement à ce que cet événement se produise. Il devance une éventualité, en faisant un choix qui s'avèrera difficilement réversible, et dont l'intérêt ne sera évident que si l'événement attendu se produit,

sans quoi il serait délétère au patient. En poursuivant son récit, la psychiatre illustre cette attitude en limitant par anticipation les options scolaires et professionnelles du jeune patient, de manière à ce qu'il ait de grandes chances d'obtenir une qualification, même si celle-ci est d'une valence sociale moindre. Cette anticipation est un réel pari sur l'avenir, fondé sur l'attente d'un éventuel handicap pour le jeune. Il existe ainsi une tension entre des circonstances que le psychiatre attend sans être en mesure de les éviter, et d'autres qu'il est amené à anticiper sans savoir s'il doit les attendre.

« Donc oui, d'autant plus que les gens sont jeunes et qu'ils n'ont pas encore fait leurs études. [...] C'est une étape les études qui est compliquée à mon avis avec ce traitement-là. [C'est] important de ne pas louper le coche des études. Parce qu'après, à 25 ans, c'est trop tard quelque part. [...] Un jeune qui n'a pas fait du tout d'études à 25 ans, on aurait envie s'il en est capable de lui faire faire quelque chose de professionnalisant, directement, pour qu'il puisse être embauché quand même quelque part. » (12)

Attendre de « ramasser les morceaux » : refuser l'anticipation

Les psychiatres manifestent une ambivalence face aux événements qu'ils attendent sans tenter de les anticiper. Constatant le caractère inéluctable de certaines attentes, tout en regrettant de ne pouvoir empêcher leur survenue, les amène à l'expression d'une attente anxieuse. Une psychiatre exprime une vive appréhension à l'idée de devoir adresser ses jeunes patients dans des services de psychiatrie pour les adultes lorsqu'ils ont atteint la majorité. Tout en admettant la nécessité du relais, elle conçoit des attentes pessimistes sur le devenir de ses patients, et se sent impuissante aussi bien à maîtriser son imagination qu'à éviter le relais.

« Le relais ado-adulte, pour moi, est très compliqué [...] on passe à ... - c'est ma vision, ce n'est que ma vision ! - ... à un milieu adulte où tout va très vite. Où on ne prend plus le temps. [...] En pédopsychiatrie, nous, quand on voit ce qu'il se passe en psychiatrie adulte, on se dit « mais il aurait besoin de plus de soins, mais il aurait besoin de plus de choses ! », et que l'on a peur qu'il se dégrade, du fait d'avoir moins de choses, moins de prise en charge. Le voyant passer en adulte." (12)

En « gardant en tête » sans l'anticiper, un événement dramatique auquel ils s'attendent, les psychiatres limitent leur action à une simple vigilance. Selon Châteauraynaud et Torny, la vigilance est une manière de se préparer à l'imprévu, sans pour autant chercher à agir sur la survenue de l'événement : « Pour éviter d'avoir à répondre au coup par coup et sous l'emprise de l'urgence, de multiples acteurs s'efforcent de se placer le plus en amont possible des processus. [...] Si l'on ne peut pas tout prévoir, l'idée s'impose que l'on peut être vigilant et

accompagner les processus de façon à faire face aux inévitables ‘surprises’, ‘révélations’ et autres ‘éléments nouveaux’ » (p. 17) (Chateauraynaud & Torny, 1999). Une psychiatre imagine ainsi les conséquences désastreuses pour son patient d'une rupture amoureuse. Néanmoins, elle n'anticipe pas cette attente et choisit de surveiller le patient, tout en se préparant à agir en cas de besoin. Elle reste prise dans une tension entre ses attentes et l'action qu'elle ne peut mener, pour des raisons morales et éthiques, ainsi contrainte à observer le déroulement d'évènements qu'elle pressent dramatiques et inévitables mais dont elle ne peut encore être certaine.

« Je ne suis pas dans une position d'intervention [...] **Je peux avoir en tête que si ça se passait mal** avec une fille, ça pourrait être un autre facteur qui pourrait le déstabiliser. [...] Bon, au même temps je ne vais pas le dissuader de rencontrer une fille ! (rires) Je vais **juste, voilà, dire... enfin,...** être vigilante... avoir ça en tête... **que ça va peut-être être compliqué**. Qu'il va falloir faire avec ! (rire). [...] **Forcément** il va en fréquenter, **je ne sais pas comment ça va se passer. Et voilà, je serai là pour ramasser les morceaux (rires)** » (1)

Une autre psychiatre exprime des attentes chargées d'inquiétude à l'idée d'adresser un jeune patient à un réseau de détection de troubles mentaux standardisé. Lorsque je lui suggère qu'il existe des centres experts, elle exprime une vision péjorative des outils standardisés de détection et d'anticipation des troubles mentaux. Elle décrit alors son travail auprès d'un patient qu'elle pourrait être tentée de leur adresser. Elle manifeste ainsi une double ambivalence entre la volonté de laisser perdurer la situation à l'identique, tout en surveillant le patient sans que celui-ci ne soit alerté, et le sentiment de n'être ni en mesure d'agir sur le cours des évènements, ni d'être soulagée du contenu de son attente.

« Un centre-expert, non. Alors déjà, je ne connais pas. Mais j'imagine le concept. Ça fait très peur. Non, mais si. Enfin, j'imagine qu'ils cochent « qui fume du cannabis », « qui a déjà fait un épisode », j'imagine ce genre de choses. ... C'est toute la question d'anticiper une maladie qu'on n'a pas encore ! Enfin, je trouve ça assez compliqué, ça peut faire assez peur. Après, on a des traitements pour la schizophrénie, mais je, je... Moi, je ne sais pas... Enfin, je pense que je garderais en tête, s'il y a un certain nombre d'éléments peut-être qui m'inquiètent, pour une évolution vers... Où je me dis que peut-être ce jeune, il pourrait évoluer comme ça, je l'aurais en tête. Enfin voilà. Je le garderais dans un coin de ma tête, peut-être en réévaluant de temps en temps. [...] Enfin je pense que dans ce cas-là s'il y a un point d'appel je serai vite plus inquiète, et je réagis plus vite. [...] Je ne suis pas très bonne en anticipation ! (rire). Je te dis, cela se résumerait à plutôt, le garder dans un coin de ma tête, mais pas en faire des évaluations structurée, pas l'envoyer dans un centre-expert, pour affoler tout le monde. [...] J'aurais pas envie de lui faire subir tout ça. » (12)

Pour ces psychiatres, les questions des effets des médicaments et des conséquences de leur arrêt sont une source majeure d'ambivalence. Plus que toute autre action thérapeutique qu'ils pourraient entreprendre, ceux-ci les mettent face à des dilemmes qu'ils ne peuvent résoudre. Les psychiatres sont pris entre la nécessité de prescrire des médicaments à leurs patients, le

constat des effets délétères qu'ils occasionnent - difficultés de concentration, prise de poids, impuissance sexuelle - le désir de les interrompre, et la vision de conséquences tout aussi néfastes de leur arrêt (entretien 12). Ici encore, le choix de ne pas agir, en maintenant le traitement à l'identique, ne libère aucunement le psychiatre de son inquiétude pour l'avenir, qui le préoccupe continuellement.

« La question que je me pose par rapport au traitement comme je disais tout à l'heure, moi je me demande "quel neuroleptique donner ?" [...] Après, c'est vrai qu'on a des réticences à changer de traitement médicamenteux quand il y en a un qui marche je trouve. [...] Moi-même, je vais être un peu réticente à le changer, par peur de le changer pour quelque chose de moins bon. » (12)

« Ne pas louper le coche » : anticiper un futur incertain

Si les psychiatres attendent certains problèmes sans les anticiper, ils sont à même d'anticiper d'autres problèmes dont la survenue est très incertaine. Je prendrai l'exemple de la manière dont les psychiatres anticipent la future scolarité de leurs jeunes patients, bien avant d'avoir les informations nécessaires pour juger de la pertinence de leurs choix. Face à l'éventualité de la survenue d'une schizophrénie, les psychiatres anticipent les enjeux liés au pronostic fonctionnel du trouble et sont amenés à prendre des décisions dans l'urgence, en raison d'un contexte français imposant des orientations scolaires précoces et difficilement réversibles (Galland, 2011). Cette tension entre la précision de leurs anticipations et le vague de leurs attentes suscite une profonde ambivalence chez les psychiatres, qui se manifeste à différents niveaux. Un jeune psychiatre travaillant en unité d'hospitalisation pour des adolescents, illustre les différentes tensions qui seront décrites dans la partie suivante.

« - On essaye de maintenir le plus souvent hein, une ... une formation quelle qu'elle soit.[...] On essaye de maintenir au maximum un temps scolaire. Surtout peut-être pour les ados qui seraient peut-être une population, hein, à risque de psychose. [...] Mais conseiller des orientations scolaires, ça, on le fait tous les jours, c'est notre pain quotidien.

- *Est-ce que ça vous arrive de devoir encourager une reprise scolaire quand c'est difficile pour l'ado ?*

- Oui oui

- *Ou bien au contraire, peut-être parfois de devoir déconseiller certaines études ?*

- Mmm c'est plus compliqué, mmmh

- *-y compris peut-être par rapport à des attentes familiales, ...est-ce que ça vous arrive de devoir anticiper un problème et de les déconseiller ?*

- On le fait souvent. Hein. On le fait souvent. [...]

- Et est-ce que ça vous arrive qu'un ado ait envie de faire une filière exigeante, mais que ce soit plutôt le psychiatre qui anticipe que ça va être compliqué ?

- Ça arrive, mais je suis toujours prudent sur ma capacité à juger de ses propres capacités, hein. C'est pour ça que je laisse d'avantage les profs avec qui on travaille, juger de ça. Alors, oui, ça arrive qu'on le dise en termes... [...] De discuter l'idée qu'en ce moment, ils ne sont pas capables. Mais de la même façon, c'est "en ce moment".

- C'est temporaire ?

- Voilà, c'est temporaire. Parce que je crois que le symptôme psychiatrique il peut empêcher effectivement les apprentissages, mais... pas forcément, il ne va pas forcément agir sur les capacités au long terme si tu veux. Voilà. Donc, par contre c'est vrai qu'on travaille avec les ados pour qu'ils arrivent à faire le deuil de certaines choses. » (8)

« Après, à 25 ans, c'est trop tard » : un climat d'urgence

L'idée que l'insertion socio-professionnelle des jeunes adultes s'inscrit dans une fenêtre temporelle restreinte et unique pousse le psychiatre à agir en urgence, même lorsqu'il n'est pas certain de l'action à mener. La tonalité émotionnelle de l'urgence rehausse leurs ambivalences relatives au pronostic. Si certains psychiatres déclarent anticiper les difficultés d'insertion des adolescents dans un monde professionnel dont les portes se referment à mesure que le temps passe, d'autres expriment aux parents leur incapacité à agir sur l'avenir scolaire de leurs enfants. Pour autant, tous anticipent – que ce soit dans leurs actions ou dans la communication de leurs attentes aux parents – la survenue d'une échéance qu'il est pressant de prendre en considération.

« Les psychiatres d'adolescents sont là pour *essayer* que quelque chose s'accroche quand même au niveau de la socialisation aussi. Que les études se terminent, ou qu'une orientation vers quelque chose de professionnel puisse marcher. De mettre le pied à l'étrier de ce côté-là. Quand ça marche tant mieux ! Et puis... heu... après quand ça ne marche pas, bah, déjà ça, il y a un moment de la vie où ce n'est plus rattrapable. » (6)

« Le fait qu'éventuellement leurs enfants ne réussissent pas d'études, finalement, je n'y pourrai pas forcément grand-chose. Dans l'immédiat en tout cas. Parce qu'il y a un problème de tempo. Le travail psychothérapeutique est long, les études n'attendent pas et cetera... Donc je n'y pourrai pas forcément grand-chose. Par contre on peut certainement aider à ce qu'ils envisagent les choses autrement. » (4)

Si les psychiatres considèrent qu'il n'est pas de leur ressort de décider de l'orientation scolaire de leurs patients, et que c'est le rôle des enseignants, ils sont à même de décrire des situations où ils influencent l'orientation scolaire de leurs jeunes patients, en se fondant sur leurs attentes pour l'avenir. Cette anticipation est une contrainte que le psychiatre aimerait déléguer

aux enseignants, mais qu'il assume inévitablement tout en doutant de la légitimité de son autorité dans le domaine scolaire, et de ses compétences pronostiques. Les psychiatres décrivent ainsi les contours d'un partage des actes pronostiques entre l'institution médicale et l'institution scolaire. Ils estiment que les enseignants sont les plus compétents pour évaluer les capacités scolaires de leurs jeunes patients, mais qu'ils échouent à prendre en considération les troubles mentaux et du fonctionnement social que seul le psychiatre est à même de percevoir et d'anticiper.

« Combien de fois j'ai vu un prof de maths prendre en main un jeune étudiant à un niveau de licence et en faire un agrégé de maths ! Alors je disais « mais je ne comprends pas, comment c'est possible ? ». [...] Délirant, oui. Et ce n'était pas une pathologie créative, hein. Non, non, il avait une vraie efficacité dans les maths, et puis il y allait. Bon après, mon boulot c'était quand même à l'époque la COTOREP, et puis de trouver un emploi protégé. » (5)

« Avec elle, on a travaillé le deuil de... de la filière scientifique. Qu'elle n'a jamais accepté. Finalement, elle avait accepté avec l'idée d'aller faire une STL en soins-études. Le montage était compliqué. Le soins-études l'a réévaluée, s'est rendu compte qu'elle avait les capacités de faire S. Ils l'ont inscrite en S et là elle craque, elle a fait un passage à l'acte suicidaire. »

Anticiper la restriction d'activités, pour limiter un éventuel handicap

Les psychiatres sont amenés à anticiper un handicap qui ne surviendra peut-être pas, en limitant le niveau d'insertion socio-professionnelle de leurs jeunes patients. Le handicap représente « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, article 114, 2005). En effet, le contexte français exige des orientations scolaires précoces et irréversibles pour les adolescents. Ainsi, les psychiatres imaginent un pronostic-catégorie de la schizophrénie marqué par une absence d'insertion socio-professionnelle, qu'ils tentent d'anticiper par des orientations scolaires vers des cursus que leurs patients seront à même de mener à leur terme. La pire éventualité consistant à n'obtenir aucun diplôme, les psychiatres incitent leurs jeunes patients à choisir des filières moins exigeantes. En effet, dans le meilleur des cas, ils s'attendent à ce qu'une personne souffrant de schizophrénie ne soit restreinte que pour certaines de ses activités, et mène une vie qualifiée de normale « dans

certaines limites » (entretien 1). Les psychiatres expliquent ainsi favoriser le « confort de vie », dénotant la vision d'un pronostic fonctionnel, dont l'enjeu est centré, non sur la promotion d'une carrière, mais sur la stabilité d'une insertion professionnelle.

« Je me pose des questions sur notre place pour faire un peu une mission de santé publique, je dirais. Dans le sens de... bah ... parfois effectivement peut-être pas poser des diagnostics mais quand même, si ça arrive ! Et de faire des évaluations, et des orientations. Et des orientations cela veut dire aussi sans doute un pronostic, à la fois pour le jeune et pour sa famille. [...] On essaye de leur donner un confort de vie, une qualité de vie. [...] C'est le côté chronique de notre spécialité. » (11)

Par ailleurs, le niveau d'exigence de certaines études façonne également les attentes pronostiques des psychiatres. Des études soumettant le jeune patient à de fortes pressions de réussite, comme les classes préparatoires, sont perçues comme un facteur de rechute de sa maladie qui compromettrait la réussite des études.

« - Est-ce que, avoir cette idée en tête que cela pourrait aller plus mal, peut vous encourager à ... soit déconseiller certaines études ... ?

- Certainement ! Certainement. Moi je pense que ce patient, ... je ne crois pas d'ailleurs que ce soit son projet, mais je pense que je lui déconseillerais de faire une prépa par exemple. Typiquement ! Alors que si je le considérais comme un bon névrosé - alors que c'est un garçon qui a des capacités scolaires, qui est très intelligent - je n'aurais certainement pas la même position. Si tant est que j'aie à me positionner. » (1)

Cette même psychiatre prend le métier de pilote de ligne comme exemple d'une profession qu'elle déconseillerait à un jeune patient après un premier épisode de trouble psychiatrique.

« - Est-ce qu'il y a des métiers où la question des antécédents se poserait ?

... Oui, bof...hmm, ça pourrait jouer... Il se trouve que ce patient veut faire des études de commerce. Ça ne m'inquiète pas particulièrement. Il me dirait je veux être pilote de ligne, peut-être que ça m'inquiéterait (rires). C'est vrai qu'à ce niveau-là, je ne suis pas du tout intervenue parce qu'il n'y a pas là quelque chose qui m'a inquiétée. » (1)

L'enjeu pour les psychiatres consiste ainsi à réussir l'insertion socio-professionnelle du patient, tout en estimant qu'elle ne peut prétendre à une valence sociale optimale. Cette ambivalence se manifeste par le souci de favoriser la poursuite d'études et l'obtention d'un diplôme, tout en restreignant les options d'orientation scolaire de leurs jeunes patients, lorsqu'ils s'attendent à la survenue d'une schizophrénie. En d'autres termes, le degré de qualification a peu d'importance, pourvu que le jeune entre rapidement dans le monde du travail. Les psychiatres sont donc à même de conseiller des études d'emblée moins valorisées socialement mais favorisant une insertion rapide, tout en exprimant une profonde ambivalence

relative au bien-fondé de leurs attentes. En effet, face à l'éventualité d'une maladie qui n'est pas encore là, ils restreignent le futur statut social du jeune patient en anticipant un handicap qui ne surviendra peut-être pas.

« Ce ne sera pas forcément des choses qui l'intéressent de la même manière. Si à la base il était plutôt intéressé par les études, là ce sera une déception. Si à la base il n'était pas très intéressé, ce ne sera pas forcément une déception. Mais voilà. Ce sera quelque chose de peut-être moins intéressant, peut-être moins bien payé aussi. Enfin, pas forcément, mais ça peu. De moins valorisant par rapport à la société, à son entourage... De moins épanouissant pour lui. ... (long silence) » (12)

« Quand on commence dans cette voie-là, on a du mal à changer de voie » : prendre des décisions irréversibles

« Si jamais on les lance dans une voie d'ULIS ou de SECPA, [...], ils auront du mal à revenir en IMPRO. Il y a des voies qui sont un peu... Quand on commence dans cette voie-là, on a du mal à changer de voie, et c'est difficile à 12 ans de savoir ce qu'ils pourront faire à 16 ans. [...] C'est une question que moi je me pose, enfin, qui se pose en ce moment, parce que c'est vrai qu'il faut décider très tôt pour les enfants, les imaginer plusieurs années plus tard. Et je trouve ça assez dur de se représenter comment sera un enfant, puisque il évolue, à la fois... A tout niveau quoi. » (12)

Les psychiatres doivent anticiper dans l'urgence, et estiment disposer d'une période restreinte de quelques années pour favoriser l'insertion professionnelle de leurs patients. Si les choix qu'ils font dans l'urgence auront des conséquences de long terme, les psychiatres ne sont à même de se représenter l'avenir de leurs patients à très court terme, de l'ordre de quelques mois.

« - Comment la question du pronostic se pose-t-elle dans votre travail auprès d'adolescents [...] pour lesquels vous suspectez un début de schizophrénie ?

On n'anticipe pas tant que ça. Je dirais qu'on est aussi dans des orientations dans le présent. On ne prévoit pas si loin que ça. Je reçois ici des enfants de 6 ans jusqu'à 15, maximum 16 ans. J'avais aussi une consultation à Paris où on avait des enfants jusqu'à la fin du collège, vers 14 ans. Les orientations dans la réalité c'est " est-ce qu'il va aller à tel collège ? Ou est-ce qu'il va aller en IMPRO, ou en hôpital de jour ? " Les orientations pratiques sont en fonction du présent. » (2)

Ils expriment ainsi une profonde ambivalence entre un devoir d'anticipation, de manière à « ne pas louper le coche », et l'indétermination de leurs attentes pour l'avenir à long terme. Celles-ci se fondent sur les problèmes actuels des adolescents et confrontent le psychiatre à la nécessité d'imaginer les futures capacités scolaires du patient au regard de difficultés actuelles parfois importantes. Les psychiatres traduisent cette tension par un double discours. D'une part ils considèrent les choix d'orientation scolaire comme temporaires et réversibles, à même d'être optimisés selon l'évolution de l'adolescent et l'amélioration de ses capacités scolaires.

D'autre part ils considèrent ces orientations comme permanentes et définitives, et ne s'attendent pas à ce que le jeune patient puisse un jour reprendre son projet initial. Dans un système scolaire favorisant un cursus sans interruption et des orientations précoces et irréversibles, les choix temporaires répondant à une difficulté passagère imposent au jeune patient le deuil prématuré d'un vaste univers des possibles.

« On a vu des évolutions inattendues, surprenantes, dans un sens ou dans l'autre, et donc on est plus prudent, plus réservé. [...] Moi quand je dis à des parents « votre fils il ne faut pas qu'il fasse une prépa ». Ce n'est pas du long terme. [...] Parce que la prépa c'est dans six mois. Et dans six mois je sais que, vu l'état dans lequel il est aujourd'hui, il ne sera pas capable. Ensuite, peut-être qu'il deviendra chef d'entreprise ! Mais il ne sera pas passé par la prépa. Parce que la prépa il se trouve que ça se passe maintenant, et que je sais que maintenant il ne peut pas. » (1)

Cette ambivalence se manifeste par une préoccupation relative au degré d'adéquation entre l'orientation proposée et les attentes des jeunes patients. La tension qu'éprouve le psychiatre émerge de la crainte de contraindre l'adolescent et ses parents à renoncer à certains projets pour son avenir, en se fondant sur des attentes pour l'avenir dont il mesure l'incertitude.

« Je ne sais pas ce que l'on peut envisager au niveau de la scolarité parce que, ce qui l'intéresse c'est de travailler avec des enfants. Et elle, elle, enfin moi je pense qu'elle n'est pas capable de s'occuper de petits enfants, qu'il faudrait quelque chose de... de, de..., pas forcément dans le relationnel justement. Un peu plus ritualisé. Et quelque chose d'un peu professionnalisant. Mais que elle, ce n'est pas ce qui l'intéresse. ... Et savoir ce que, ce qu'on peut faire. » (12)

« Est-ce qu'ils reprendront les mêmes études qu'avant ? Est ce qu'ils pourront arriver au bout de tout ce qu'ils voulaient ? Certains oui, d'autres doivent se réadapter, se réorienter. » (10)

Ainsi, face à l'éventualité de la survenue d'une schizophrénie, l'ambivalence du psychiatre émerge de la nécessité d'anticiper de manière définitive le cursus scolaire et le statut social de leurs jeunes patients en fonction d'attentes qu'ils savent tout aussi incertaines et temporaires.

2.4. Parler d'avenir sans prédire, une influence sans engagement

« Je ne suis pas Monsieur Météo » : l'interdit de prédire

S'ils décrivent des situations où ils communiquent leurs attentes à leurs patients, l'emploi du mot prédiction est largement condamné par les psychiatres que j'ai interrogés. Prédire consiste non seulement à « *dire ce qu'on prévoit devoir arriver, par raisonnement ou par*

conjecture », mais à « *annoncer d'après des règles certaines qu'une chose doit arriver* » ou « *annoncer qu'une chose qui est future adviendra* » (Littré). Les psychiatres estiment que le mot *prédiction* ne correspond pas à leurs pratiques de communication, et lui attribuent une valence péjorative. Prédire consiste ainsi à énoncer une attente en dépit de l'incertitude de l'avenir, exposant le psychiatre à un risque d'erreur inconsidéré et engageant de manière imprudente sa responsabilité.

« Est-ce que on peut dire *prédiction* ? Alors je prends votre mot parce que c'est le vôtre. Moi je n'aurais pas osé pour moi dire que j'ai un travail *prédictif* à ce moment-là. Ce n'est pas cela. Mais il y a indéniablement le souci de l'avenir. » (5)

« [...] J'avais une anticipation positive... et ... il a décroché quand même. ... Mais ce n'est pas une *prédiction*. J'insiste.

- *D'accord. Alors, est-ce que vous pourriez m'expliquer ce qui fait que c'est une anticipation, mais pas une prédiction ?*

- Ce mot ne convient pas pour notre discipline.

- *Alors... Est-ce que vous pourriez m'expliquer...Comment ? Pourquoi ?*

- Parce que *prédiction*, c'est comme si c'était écrit. Et quand on reçoit des enfants et des adolescents avec l'idée que la suite est déjà écrite, ce n'est pas une bonne idée. [...] La responsabilité que l'on a, en *prédisant* ce qui va se passer, elle est énorme. Et franchement pour le faire, il faut vraiment être sûr de soi. Enfin, les généticiens ne le font plus, hein ! [...] Et Dieu sait si eux ont les molécules sous le nez et tout le reste. Nous, on n'a pas tout ça. » (6)

Dans mes entretiens, le mot « *prédiction* » est employé pour dénigrer les modalités de communication sur l'avenir employées par des collègues, lorsque les psychiatres se montrent en désaccord avec celles-ci. Leur divergence porte soit sur le contenu de l'attente formulée, soit sur le choix de communiquer cette attente au patient. Ainsi, « *prédire* » est un acte désapprouvé par la communauté des psychiatres et consiste à exprimer à un collègue une vision jugée trop précise de l'avenir d'un patient.

« La sécu m'a appelé en disant "Est-ce qu'on passe en invalidité ?". J'ai dit "Ecoutez, il reste encore quelques mois. Il est en hôpital de jour, ça va un peu mieux avec l'hôpital de jour, il passe des concours administratifs. Je voudrais quand même qu'on aille au bout des trois années avant d'inscrire l'invalidité" [...]. La collègue a l'assurance maladie a dit "D'accord, j'attends. Mais vous savez que... Voilà". Alors elle, elle était en *prédiction* ! » (5)

Prédire est également condamnable lorsqu'il s'agit de révéler au patient une attente estimée pertinente mais trop alarmante pour lui être communiquée.

« Le terme de *prédiction* est complètement à côté de la plaque pour ce genre de pathologie. Parce que ce n'est jamais la guérison qui est visée ! » (6)

« On en voit maintenant, des enfants qui ne se développent pas très bien, avec des troubles des apprentissages, et pour lesquels les mères avaient entendu au moment de la grossesse, de la part de l'échographe "Oh la la, mais votre bébé il y a quelque chose qui ne va pas etc, etc". Mais sans

pouvoir dire. Mais ça, ils parlent de prédiction là aussi. Et il y a des mères qui n'en décollent pas !
[...] C'est... traumatique. Traumatique, traumatique. » (6)

Si communiquer une attente pronostique comporte une dimension prophétique, les médecins n'identifient jamais leur rôle à celui d'un prophète (Christakis, 2001). Ainsi, dans les situations où les psychiatres expriment leur incertitude pronostique à leurs patients, ils sont à même d'évoquer la divination (devin, boule de cristal), pour mieux en distinguer le rôle qu'ils estiment être le leur.

« C'est même [les parents] qui te le disent : "J'ai vu que ça pouvait évoluer comme ça, qu'est-ce que vous en pensez ?" ... Heu... Moi, je ne suis pas Monsieur Météo encore une fois...

- *Comment est-ce tu leur dis, du coup ?*

- Je leur dis que je ne suis pas devin ! Je leur dis que je ne suis pas devin ! » (8)

« Je dis toujours mon point de vue tout en disant que je n'ai pas une boule de cristal. » (11)

« Donner son point de vue » : influencer sans s'engager

Si la « prédiction » désigne ainsi selon les psychiatres l'énonciation imprudente d'une attente pour l'avenir engageant leur responsabilité, ils sont néanmoins à même de décrire d'autres modes de communication pronostique permettant de limiter l'engagement de leur responsabilité en cas d'erreur. Se distinguent ainsi de la prédiction deux modalités d'expression d'attentes pronostiques: la communication évasive, et la communication d'une attente précise jointe à un aveu d'incertitude, qualifiée de « donner son point de vue ». La communication évasive permet d'exprimer une attente dont le contenu demeure vague et indéterminé, allant jusqu'à se limiter à une préoccupation, une inquiétude pour l'avenir du patient. Ainsi un psychiatre distingue la prédiction de l'expression d'une appréhension floue, dont le contenu imprécis ne saurait engager sa responsabilité en cas d'erreur. Elle souligne de plus la pratique consistant à communiquer ses attentes uniquement aux collègues, et non aux principaux intéressés, à savoir les patients et leurs familles.

« - *Est-ce que tu penses que les psychiatres doivent donner le pronostic au patient ? Faire des prédictions ?*

- (rire) Faire des prédictions !! (rire)

- *Oui, je dis prédiction exprès (je ris). Au sens où c'est un pronostic, que tu ne fais pas juste pour toi, mais qui est partagé avec le patient. Est-ce que tu penses que ça doit faire partie du travail des psychiatres ? Et est-ce que toi, tu le fais ?*

- Partager... Aux parents ou à l'équipe ? Parce que, à l'équipe, oui, je partagerais. Par exemple, le fait d'être pessimiste, de, enfin, en équipe de pouvoir dire « mais comment ça va se finir cette histoire ? », mais dans quelque chose d'un peu flou aussi. Sans être extrêmement précis. Sans se dire, « il va finir à la rue forcément », enfin bon. Mais « prédiction aux parents » alors ça, moi je n'en fais pas (éclate de rire). Je ne me mouille pas sur les prédictions faites aux parents !» (12)

Au contraire « donner son point de vue » consiste à exprimer des attentes précises permettant d'influencer les choix par anticipation des patients tout en évitant que ces décisions ne leur apparaissent imposées. Face à l'incertitude pronostique, le psychiatre limite l'engagement de sa responsabilité en cas d'erreur. Ce mode de communication révèle une tension entre le devoir d'alerter les patients sur leur avenir, et le degré de contrainte exercé par le psychiatre, qui engage de manière proportionnelle sa responsabilité. Exprimer une incertitude pronostique fonctionnelle lui permet alors de d'ajuster le degré de contrainte exercée au degré de responsabilité qu'il souhaite assumer.

« Je peux faire des mises en garde et donner mon point de vue, parce que je pense que si on ne le fait pas on ne fait pas notre travail. [...] Je me permets cela quand j'ai matière d'avant qui me fait imaginer que cela pourrait mettre en danger le jeune. [...] Après c'est à nous d'assurer, et de recoller les morceaux [...]. Avec le temps j'ai pris la mesure que, de quelle place on peut dire à quelqu'un "ne fais pas ci, ne fais pas ça" ? Par contre [...] je dis toujours mon point de vue tout en disant que je n'ai pas une boule de cristal.» (11)

« Il y a des médecins très interventionnistes qui vont dire "Non ! Ça ce n'est pas possible !". [...] Moi je ... je ne me sens pas de faire ça, souvent. C'est-à-dire que je ne suis pas ... on peut être sollicité en tant que conseil et tout ça... Mais je ne suis pas dans la toute-puissance de l'anticipation. On peut donner notre point de vue. [...] Il y a de la prévention, mais de là à avoir des positions très tranchées en disant "Là ça ne va pas être possible !", en tout cas moi, personnellement, cela m'est difficile. [...] Cela rejoint un peu la question de la contrainte.» (7)

Alerter sans alarmer : contrôler l'émotion d'autrui

Enfin, les psychiatres se disent attentifs à alerter sans alarmer. Lorsque les attentes pronostiques sont de nature à susciter le désarroi, ils soulignent une tension entre la nécessité de communiquer ces attentes et celle de gérer les réactions de détresse subséquentes.

« J'étais extrêmement préoccupé sur la façon dont j'allais pouvoir l'annoncer aux parents. [...] J'étais hyper-stressé avant l'entretien en disant "Mais comment je vais le dire ? Et comment je vais amener ça ? Et il ne faut pas que je sois trop alarmiste". » (8)

La communication pronostique peut ainsi s'apparenter à une tâche ingrate. Lorsqu'elle lui apparaît indispensable, le psychiatre ne peut s'y soustraire. Néanmoins, dès lors que l'annonce d'attentes pronostiques pessimiste peut être déléguée à d'autres interlocuteurs du jeune patient, le psychiatre se sent délivré d'une pénible responsabilité.

« Ce qui l'intéresse c'est de travailler avec des enfants, et elle, elle, enfin moi je pense qu'elle n'est pas capable de s'occuper de petits enfants. [...] Ses parents lui ont déjà dit que ce n'était pas possible. Les éducateurs aussi. Donc c'est vrai que je ne me suis pas mouillée d'avantage. Je n'en ai pas remis une couche. Enfin, si ses parents avaient dit, oui, tout à fait, je me serais un peu plus positionnée.» (12)

Un psychiatre souligne la tension issue de la nécessité d'alerter ses interlocuteurs sans les alarmer. Il divulgue ainsi de manière partielle ses attentes pronostiques afin d'éviter de susciter des réactions de détresse chez ses patients ou leurs familles.

« Je pense que c'est parfois compliqué de tout dire. Qu'il faut trouver une façon de dire sans... alarmer. » (8)

2.5. Le soin précoce en psychiatrie : une culture du secret

Détecter des troubles sans les objectiver

Si les psychiatres soulignent la nécessité d'être attentif très précocement aux difficultés des enfants et des adolescents - avant que celles-ci ne puissent être qualifiées de maladies - ils se montrent réticents vis-à-vis des tentatives pour objectiver ces troubles. Ainsi les outils standardisés conçus dans l'espoir de repérer les jeunes patients à risque de développer des troubles mentaux suscitent une méfiance et un scepticisme partagé par l'ensemble des psychiatres participant à cette étude. Le suivi psychiatrique leur paraît nécessaire dès le début des difficultés, mais les psychiatres anticipent plus volontiers les méfaits d'une détection standardisée que son intérêt éventuel. Cette ambivalence s'inscrit dans un débat actuel au sein de la profession psychiatrique sur la place à accorder aux outils automatisés de prédiction des troubles mentaux. Suscitant tout à la fois l'intérêt d'équipe de recherche, la fascination des médias, et l'aversion de nombreux psychiatres cliniciens, la détection automatisée du risque de schizophrénie chez des personnes en bonne santé alimente un débat nourri de craintes, de mises en gardes à la lumière des pires heures du passé, d'espoirs et de fantasmes (Cabut, 2015; Rosier, 2015). Pols et Moser ont souligné la manière dont l'adoption de techniques automatisées en pratique clinique médicale faisaient émerger une notion du soin chaleureux (warm care) comme opposé à la froide technologie (cold technology) (Pols & Moser, 2009).

Une jeune psychiatre exprime ainsi son appréhension envers les évaluations structurées et une vive inquiétude, tout en admettant ne pas avoir connaissance du travail effectué dans les « centres-experts » (entretien 12).

Un psychiatre ayant connaissance de l'existence de services proposant des évaluations standardisées, appréhende tout autant les conséquences d'un tel bilan pour ses jeunes patients et leurs parents. Il estime que son évaluation clinique est suffisante lorsqu'il rencontre un patient et n'envisage d'adresser à ces centres que des patients n'ayant pas encore de suivi psychiatrique et concernés par une situation sociale précaire. Ainsi, les outils standardisés n'apportent pas de valeur ajoutée au sens clinique du psychiatre, lequel suffit à son travail.

« Je n'ai pas un a priori défavorable. Quand ils sont venus se présenter ici [...] je me suis dit que je m'en servais oui, pour certains patients. Mais, je trouve que la batterie de questions [...] sur la schizophrénie je dirais, c'est peut-être prétentieux, mais j'ai tendance encore à me faire confiance pour me laisser évoluer. Y compris avec le flou des premiers mois, parfois plus. Plutôt que d'exposer le patient et sa famille à une batterie de questions qui diront "vous êtes psychotique ou schizophrène" [...] Je dirais que je préfère utiliser ce type de travail pour des professionnels qui ne sont peut-être pas dans la psychiatrie. [...] Des services éducatifs par exemple. Ou des services de protection. Et je leur dirais « mais il faudrait que vous voyez un médecin qui vous aide à orienter ce garçon vers un centre expert pour que l'on comprenne si ce garçon est effectivement dans ce type d'évolution ». [...] Pas pour le même patient par contre. Si moi je travaille, avec ce patient-là, cette hypothèse du diagnostic je préfère la garder pour moi. » (5)

La plupart des psychiatres expriment une profonde réticence à l'idée d'utiliser les outils standardisés de détection développés dans le monde anglo-saxon. Ils dénoncent la volonté d'objectivation sous-jacente à leur élaboration, et se déclarent sceptiques sur l'intérêt de telles approches.

« Je pense qu'il faut toujours rester un maximum objectif, mais que ce n'est pas possible. Quand on touche au psychisme on est forcément subjectif. C'est une position quand même à connaître et à assumer. La façon dont tu le vois, ça reste la façon dont tu le vois. Je pense quand même qu'il y a une tendance psychiatrique de plus en plus forte à vouloir objectiver les symptômes. Et, je pense que l'on se *doit* d'être beaucoup plus subjectif, parce que l'on travaille avec le psychisme de l'autre.» (8)

Un jeune psychiatre décrit ainsi le positionnement subjectif et la méfiance à l'égard de l'objectivité comme deux devoirs professionnels. Au-delà d'un devoir, ce positionnement critique vis-à-vis du positivisme, et l'imprévisibilité du futur sont considérés comme l'un des intérêts de la spécialisation en psychiatrie.

« Ça reste des statistiques ! Si on me donne la recette magique qui me fait dire « celui-là, il va être psychotique », je veux bien la prendre [sourire]. Ça réglerait pas mal de questions hein, mais au même temps ça rendrait le boulot un peu chiant, moi je pense [rire]. » (8)

Deux psychiatres considèrent que les tentatives de détection précoce, avant la survenue d'une schizophrénie, sont vouées à l'échec.

« - Est-ce que vous avez connaissance des travaux des équipes qui travaillent sur les risques de schizophrénie ? Qui font des cohortes et voient ce que les gens deviennent ?

Non, je n'ai pas lu les travaux, non. Moi je pense que c'est très compliqué de démontrer quoi que ce soit. » (1)

L'un d'entre eux anticipe même avec ironie la situation consistant à informer un patient d'une maladie qu'il n'a pas encore. Selon lui, la prévention des troubles mentaux repose, non sur une détection utilisant des outils standardisés, mais sur un suivi médical.

« - [Est-ce que vous connaissez] les travaux des équipes sur les risques de schizophrénie ? [...]

- Non. D'abord, c'est vieux comme la lune. Et puis, je ne vois pas très bien l'utilité. Ça sert à quoi ?

- Il y a l'idée de la prévention... ?

- Ah oui ? (rire) Quelle prévention ? On te prévient "Attention, bientôt tu vas avoir des idées bizarres" ?! Alors, dis-moi. Alors, comment on fait pour prévenir ? [...] Ça c'est de la clinique ! Oui, je ne pense pas que ça marchera. » (2)

Prévenir l'aggravation vers une maladie mentale : un service rendu impossible à démontrer

Lorsque je leur demande s'il est possible d'éviter la survenue de la schizophrénie, plusieurs psychiatres paraissent décontenancés. L'idée d'une prévention de la schizophrénie leur semble surprenante, voire incongrue. Un psychiatre est amusé par la question, l'autre abasourdi, et tous deux admettent ne pas savoir s'il serait possible d'empêcher l'émergence de ce trouble. Ils mettent en lumière une norme professionnelle considérant la schizophrénie comme une maladie dont la survenue s'apparente à une fatalité, la question de sa prévention apparaissant alors dénuée de sens.

« - Est-ce que c'est possible d'éviter la survenue de la schizophrénie ?

Ha ! (rire) Bonne question ! (rire). Je serais curieux d'avoir la tendance de tes réponses auprès des psychiatres ! ... (sérieux) Je ne sais pas. Je ne sais pas. Je ne sais pas. [...] Je n'ai pas de réponse à te donner. Je ne sais pas, je ne sais pas. » (8)

- Est-ce que la prise en charge vous avez l'impression qu'elle pourrait éviter la survenue d'une schizophrénie ? Est-ce que parfois vous avez l'impression que cela peut être évité ?

...heu... (long silence, soupir) ... Alors ... (soupir). Vous me posez des questions difficiles vous !
(rire)

- *Ouais c'est dur*

... heu je n'en sais rien. (10)

Un psychiatre estime que le mot prévention ne fait pas sens dans sa spécialité, puisque l'idée même d'empêcher la survenue de la psychose par des soins psychiatriques est illusoire.

«Moi j'ai vu plein de psychiatres d'ados qui effectivement s'imaginent qu'ils sont quasiment dans la prévention de la psychose ou je ne sais pas quoi...enfin ! Je n'aurais pas dit que je faisais de la prévention. J'aurais plutôt dit qu'on accompagnait des gens à un moment où on pouvait leur permettre de trouver une solution. Parce que « prévention » c'est utilisé en termes d'épidémiologie, moi je trouve ! Par exemple moi j'ai rencontré des gens qui disaient que la prévention de la schizophrénie, effectivement c'était la pédopsychiatrie. Ce n'est pas vrai du tout. » (4)

Cependant, plusieurs psychiatres estiment que leur travail clinique est une forme de prévention, qu'ils qualifient de secondaire, dont le patient peut tirer bénéfice en dépit de ses troubles mentaux. Ces notions sont théorisées en épidémiologie de la santé mentale par trois volets de prévention : primaire, secondaire et tertiaire (Caplan, 1964). Ces différentes significations du mot prévention pointent un déplacement des attentes pronostiques. Il s'agit, non d'anticiper l'apparition d'une maladie, mais de pallier à l'aggravation et aux conséquences sociales d'un trouble déjà existant.

« C'est de la **prévention secondaire**. Je suis convaincu de l'intérêt de ce travail avec de grands adolescents, oui.

- *Est-ce que vous pensez que cela pourrait permettre d'éviter la survenue d'une schizophrénie ?*

Là, je ... (soupir)... Je suis convaincu qu'un certain nombre de jeunes, par leurs processus de remédiation, vont éviter des aggravations excessives [...] Pallier à ces risques évolutifs c'est renforcer tout le réseau thérapeutique autour de l'adolescent et du jeune adulte. De le stabiliser. D'intégrer un travail de réinsertion profess... heu... enfin scolaire ou professionnelle. Enfin tout ce qu'on fait classiquement avec des personnes qui vont s'avérer après quelques années d'évolution malgré tout dans la schizophrénie.» (5)

Si tant est que la schizophrénie puisse être évitée grâce à leur travail, les psychiatres estiment qu'il serait impossible de le démontrer. De même, ils doutent qu'il soit un jour possible de prouver l'efficacité de leur travail visant à favoriser l'insertion sociale de leurs patients. Ce scepticisme se nourrit d'une profonde incertitude concernant le devenir de chaque personne. Leur ambivalence à l'égard de leur travail de prévention est formulée par un questionnement incessant et cyclique : comment prouver l'efficacité de toute action médicale si l'évolution

d'une personne pourrait s'expliquer uniquement du fait de ses ressources individuelles, sociales et familiales ?

« Je ne sais pas très bien comment définir la prévention. Mais... traiter un patient, c'est-à-dire être thérapeutique, c'est quand même être dans la prévention qu'il aille plus mal ! (rire) [...]

- *Est-ce qu'il est possible d'éviter la survenue de la schizophrénie, par une prise en charge, justement, thérapeutique ?*

Alors, franchement, la survenue de la schizophrénie, là je n'en suis vraiment pas sûre. Je pense qu'on peut prévenir un certain nombre de choses. Je pense que plus tôt on s'occupe des difficultés des enfants, des adolescents... Mieux on, enfin, plus on permet une évolution favorable. [...] Mais s'il s'agit de la schizophrénie, dire que, parce qu'on va s'occuper d'un enfant ou d'un adolescent, on l'empêchera d'être schizophrène... Je ne vois pas comment est-ce qu'on peut le démontrer, déjà ! Parce qu'il y en a qui ne vont pas le devenir. Est-ce qu'ils le seraient devenus sans nous ? Qui pourra le dire ? Il y en a qui vont le devenir. Est-ce que si on avait fait autrement, qu'on s'en était plus occupé, plus tôt et cetera, ils ne le seraient pas devenus ? C'est impossible de le dire aussi. Donc ma conviction, moi, je ne suis pas du tout sûre qu'on puisse empêcher un patient de devenir schizophrène. [...] Peut-être que simplement, c'est des patients qui de toute façon n'auraient pas évolué de la même façon. Ou peut-être que grâce à la prise en charge on leur a évité de finir à l'hôpital psychiatrique, et on leur a permis une certaine adaptation, d'être moins en difficulté. Moi je trouve que c'est extrêmement difficile. D'abord ça ne dépend pas que de la prise en charge. D'abord, évidemment il y a un entourage familial, il y a un entourage social.» (1)

Par instants, les psychiatres expriment l'intime conviction que leur travail clinique prévient l'émergence de troubles mentaux chez leurs jeunes patients. Ils soulignent néanmoins l'absence de preuve de leur efficacité et assimilent cette impression à une croyance en employant le registre du désir, de la persuasion et de l'illusion. L'ambivalence des psychiatres se manifeste ainsi par un scepticisme à l'égard de leurs jugements et par la certitude que la survenue de troubles mentaux est évitable grâce au travail clinique, tout en restant inaccessible aux tentatives d'objectivation.

J'aimerais bien que ça serve à quelque chose, et je pense que ça sert à quelque chose. Si j'étais persuadé que ça ne servait à rien, je pense que je ferais autre chose. J'ai plein d'idées d'autres choses à faire ! (rire). (8)

« Est-ce que au fond, il y a quelque chose qui s'est déclenché dans un contexte familial très particulier et est-ce que, finalement, avec la thérapie, le fait que l'on soit tout de même assez vigilant, le fait que la famille ce soit rassemblée autour de ses difficultés... Est-ce que tout ça ne sera pas qu'une espèce d'émergence, au moment de l'adolescence, dont il va finir par récupérer, à peu près totalement ? » (1)

« Quand on est en train de travailler avec des adolescents, et qu'on a cette impression, d'illusion, qu'on est absolument sûr d'avoir un effet qui fait que l'adolescent ne bascule pas du mauvais côté. Est-ce que c'est vrai ou bien est-ce que c'est juste l'illusion des psys ? Est-ce qu'on leur évite... ? Peut-être pas. Et peut-être que si (rire). [...] Enfin moi quand même je serais tenté de penser que si on ne fait rien à un certain moment les choses vont quand même plus mal. Vous ne pensez pas vous ? [...] Mais ça doit être difficile à démontrer ! » (4)

Dans ce chapitre j'ai décrit les différentes dimensions de l'ambivalence des psychiatres à l'égard du pronostic. Bien qu'ils se déclarent réticents à faire des pronostics lors de leur travail clinique quotidien, les psychiatres que j'ai interrogé ne parviennent pas à échapper à cette contrainte. Il en résulte de nombreuses contradictions quant à la manière dont ils pensent devoir agir vis-à-vis de leurs patients, contradictions qu'ils ne parviennent à concilier qu'au prix de questionnements permanents et d'un intense engagement émotionnel.

3. LE TRAVAIL CLINIQUE EN SITUATION INQUIETANTE

Lors de mes entretiens, les psychiatres étaient à même de déclarer que la rencontre avec certains adolescents était particulière du fait de l'inquiétude qui en résultait. J'appellerai donc cette rencontre clinique particulière la « **situation inquiétante** ». Dans cette situation, le psychiatre s'attend à ce que l'adolescent développe un grave trouble mental - le plus souvent une schizophrénie – tout en demeurant dans l'incertitude quant à son avenir. En faisant du modèle du lanceur d'alerte de Chateauraynaud et Torny le fil conducteur de mon analyse, je suggère ici que la tension émergeant de cette situation est liée au sentiment du psychiatre d'être seul face à un problème d'une extrême gravité tout en se trouvant dans l'impossibilité de mettre en œuvre les trois dimensions habituelles de sa pratique médicale : le diagnostic, la thérapeutique et le pronostic. La tension entre d'une part l'intensité de son inquiétude qui commande une action impérative, et d'autre part son incapacité à mener des actions médicales efficaces, le conduisent à un engagement émotionnel et moral dans son travail clinique.

Le travail clinique du psychiatre doit alors permettre de concilier diverses exigences contradictoires vis-à-vis du patient et de sa famille. Son exercice clinique répond ainsi à deux logiques différentes : la gestion des risques par la vigilance et l'alerte d'une part, et la prévention et la protection du patient d'autre part. Si le psychiatre se doit d'alerter le patient sur la menace d'une maladie mentale, la simple formulation de cet avertissement risque d'aggraver le trouble du jeune patient par un effet performatif. Ainsi, les psychiatres estiment que parler de la schizophrénie ou débiter un traitement médicamenteux risquent de compromettre l'avenir de leurs jeunes patients. S'attendre à la survenue d'une schizophrénie, communiquer cette attente, ou donner un médicament dont l'indication principale est le traitement de la psychose, sont autant d'actes à même de déstabiliser le jeune patient et de lui être délétères. La crainte de la prophétie auto-réalisatrice est ainsi évoquée par les psychiatres pour expliquer leur réticence à s'engager dans des pronostics. Ainsi, la contradiction entre une logique d'alerte et une logique de protection, associée à un haut niveau de risque et d'incertitude pour l'avenir, ne peut être résolue par les psychiatres qu'au travers d'un intense engagement moral et émotionnel à l'égard de leurs jeunes patients, qui perdure tout au long de leur suivi.

Les psychiatres décrivent enfin leur positionnement vis-à-vis du pronostic par l'attitude consistant à « **garder les portes ouvertes** ». Cette métaphore traduit une stratégie complexe de médicalisation, de prise de décision en situation d'incertitude et de gestion des relations avec le patient et sa famille. L'ouverture constitue également une forme de spiritualité et une stratégie d'économie émotionnelle, toutes deux indispensables au travail clinique psychiatrique.

3.1. Qu'est-ce qu'une situation inquiétante ?

Une rencontre clinique au-delà de l'expérience ordinaire

Lorsque les psychiatres décrivent certaines situations comme inquiétantes, ils les opposent à d'autres situations qui ne leur font pas craindre l'éventualité d'une évolution vers la schizophrénie. La situation inquiétante se distingue ainsi de l'ordinaire, et éveille l'attention du psychiatre. Je suggère ici que le caractère extraordinaire de la situation inquiétante tient au fait que le psychiatre se trouve entravé dans les trois dimensions de la pratique médicale : le diagnostic, le pronostic et le traitement. Ce dernier ne peut catégoriser aisément le jeune patient qu'il rencontre. Est-il malade ? Est-il normal ? Comment interpréter ses problèmes actuels ? Comment comprendre son passé ? Un traitement pourrait-il l'aider ? Lorsque ces dimensions demeurent indéterminées, l'inquiétude du psychiatre croît rapidement. Il se trouve face à une situation inquiétante.

Un jeune pas tout à fait normal

Les psychiatres qui m'ont accordé des entretiens distinguaient spontanément la situation inquiétante d'une situation ordinaire rassurante. Cette dernière, qui les conforte quant à un moindre risque de survenue d'un grave trouble mental, ne soulève aucune difficulté diagnostique, thérapeutique ou pronostique. Cette situation émerge dès la première rencontre avec le patient ou lors du suivi, au regard de l'évolution observée. Le jeune patient montre un fonctionnement social tout à fait conventionnel, ce qui rassure le psychiatre quant au diagnostic de schizophrénie. De plus, il demande à être soigné ou tout du moins se conforme

aux soins qui lui sont proposés. Enfin, il évolue conformément aux attentes du psychiatre, ce qui traduit une dimension pronostique rassurante. En effet, certains psychiatres considèrent l'évolution comme un parcours temporel et spatial, le jeune s'éloignant ou se rapprochant de la psychose. S'éloigner du risque de schizophrénie consiste ainsi à maintenir un fonctionnement social conventionnel en dépit de difficultés déjà existantes et à formuler une demande de soins.

Dans la situation ordinaire rassurante, le patient poursuit un parcours scolaire ou professionnel dans la norme et est décrit comme dépassant certains obstacles au fil du temps. Le parcours social, notamment scolaire et le parcours de soin sont considérés par le psychiatre comme des étapes qui permettent de juger du caractère inquiétant ou non de l'évolution du jeune. Ainsi, le fait qu'un jeune consulte au B.A.P.U., une consultation dédiée aux étudiants à l'université, est considéré par un psychiatre comme le signe d'un faible risque d'évolution vers la schizophrénie. Pour autant, il souligne que de nombreux jeunes patients poursuivent des études universitaires en dépit d'importants troubles mentaux. Par contraste, la schizophrénie apparaît alors tout à fait incompatible avec le maintien d'un fonctionnement social normal.

« le BAPU et le CMPP relèvent du médico-social d'un point de vue administratif. Donc on n'est pas dans le sanitaire, donc on a un recrutement moins lourd. [...] Là comme ça, ça fait longtemps que je n'ai pas eu d'exemple au BAPU d'inquiétude sur des évolutions, alors non pas psychotique, mais schizophrénique je dirais. On reçoit beaucoup d'adolescents qui, je dirais, ont des troubles graves de la personnalité, avec des structures psychotiques, mais pas sur un tableau d'évolution schizophrénique. On est dans des troubles narcissiques graves, dans des jeunes qui sont dans une espèce de toute puissance et un déni de la réalité, mais sans qu'il y ait ou le retrait, ou les angoisses de morcellement, ou une efflorescence délirante très claire. Cela reste assez sectorisé.» (3).

Un parcours universitaire est ainsi considéré comme un élément rassurant vis-à-vis du risque d'évolution vers la schizophrénie. L'entrée à l'université est décrite comme un obstacle difficilement franchissable pour les jeunes concernés par une évolution vers la schizophrénie, mais également comme une protection pour ceux qui ont déjà obtenu le diplôme du baccalauréat, comme le souligne l'emploi de la métaphore de la digue.

« Ce sont des jeunes [...] qui sont quand même déjà à l'université. Donc je dirais qu'on a déjà passé un peu la première digue. Ça veut dire qu'ils ont quand même eu leur bac, et qu'ils ont quand même déjà investi un cursus. Je pense... Ils sont déjà un peu loin des premiers risques de décompensation, sur le mode de la schizophrénie. »

D'autre part, le fait qu'un jeune demande des soins, s'inquiète d'être schizophrène et entreprenne une psychothérapie de sa propre initiative est considéré comme une caractéristique rassurante. Pour autant, cette demande laisse émerger une tension entre ce qui vient refléter l'absence de trouble et ce qui est rendu possible par l'action médicale : est-ce l'absence de risque qui permet la médicalisation, ou la médicalisation qui diminue le risque de schizophrénie? De même, la parfaite adéquation entre l'avis du psychanalyste et le discours du jeune - exprimée par l'attribution d'une conscience, d'une « élaboration » et d'une réflexivité au jeune – rassure d'emblée le psychiatre sur l'absence de risque de schizophrénie, tout en confirmant a posteriori l'efficacité du travail psychothérapeutique.

« Ce sont des jeunes qui font une demande [...], qui ont une démarche individuelle autour d'une psychothérapie. [...] Ceux qu'on reçoit et ceux avec lesquels on arrive à travailler, c'est qu'ils ont une conscience, à un niveau ou à un autre de leur mal-être et de leur souffrance. Donc il y a une forme de demande qui peut être travaillée ou élaborée. » (3)

« Quand je vois les adolescents – parce que ce risque-là n'est pas trop présent et qu'ils peuvent s'engager dans un travail psychothérapeutique - quand je les vois comme analyste, c'est plutôt la question de comment ils mobilisent leur énergie et leur position subjective. [...] Ceux qui peuvent élaborer, ça fait un appui pour qu'ils se sortent de leurs histoires. Graves. Et ceux qui ont décroché, ça fait un appui de moins, quoi. Donc du coup il n'y a plus que la réponse médicamenteuse ou institutionnelle. » (6)

De même, une psychiatre oppose une situation ordinaire rassurante à une situation inquiétante. Ce faisant, elle souligne la manière dont l'attitude de l'adolescente répond à ses attentes diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

«[la situation ordinaire rassurante] La jeune qui a fait sa bouffée délirante aiguë, elle est bien socialisée, elle est bien intégrée, [...] elle a des amis, elle fait des activités sportives - elle fait du basket, c'est un sport collectif - elle va au lycée, elle est bien entourée. [...] Elle ne fume pas. [Situation inquiétante :] Dans le cas du jeune, qui se renferme petit à petit dans sa chambre, qui vit la nuit, qui ne parle plus à personne, qui va plus au lycée, qui n'a plus d'amis, c'est vrai que c'est beaucoup plus inquiétant, et je dirais même plus difficile à gérer. [...] [Situation ordinaire rassurante] Là je dois dire que j'ai beaucoup de facteurs positifs avec cette jeune. En l'occurrence, même si elle a des effets indésirables elle est d'accord pour continuer à prendre le traitement, elle ne pose pas de difficulté à ce niveau-là. Donc c'est un cas, plutôt de bon pronostic. » (12)

Un jeune pas tout à fait malade

Une autre situation clinique se distingue de la situation inquiétante. Lorsque la rencontre avec le jeune a lieu après l'émergence d'un trouble mental, l'action du psychiatre en est facilitée. Cette situation ordinaire « pathologique », est aisée à catégoriser sur le plan diagnostique,

pronostique et thérapeutique. Ainsi, le fonctionnement social du jeune apparaît nettement déviant et l'indication de traitement est évoquée comme une évidence. La présence de symptômes faciles à catégoriser favorise une médicalisation rapide. C'est le cas lorsque le jeune patient présente une aggravation de ses troubles, l'indication relevant alors d'une logique d'urgence.

« Il faut protéger nos patients. On ne peut pas les exposer à une décompensation, qui je pense est quand même dévastatrice. Ce n'est pas rien d'être hospitalisé, de décompenser, de se mettre à délirer, etc. Il faut quand même éviter ça. Il faut éviter qu'un patient se suicide, ça me paraît être évidemment le B.A.BA. Donc il y a deux trois choses comme ça qu'il faut éviter. » (1)

Si elle est décrite comme défavorable au patient, la situation ordinaire pathologique soulage les psychiatres de l'incertitude pronostique relative à la survenue de la maladie. Cet événement a eu lieu, le trouble mental est déjà présent, et cette situation de travail paraît plus confortable pour les psychiatres. Lorsque la schizophrénie paraît évidente, l'action médicale ne rencontre que peu d'obstacles.

« [La situation inquiétante] ce n'est pas tout à fait les cas typiques de schizophrénie, où classiquement on dit que ces des jeunes qui peuvent fonctionner relativement bien, où il n'y a pas eu forcément de point d'appel dans l'enfance ou dans la petite enfance, et où il y a quand même une cassure brutale. Mais du coup, la brutalité de cet effondrement fait que ça peut se travailler sans doute d'avantage que quand c'est quelque chose qui s'est enkysté, qui s'est chronicisé » (3)

Soit que le jeune patient appartienne à un milieu social faisant l'objet d'une surveillance par les services sociaux et sanitaires et d'éventuelles mesures coercitives, soit qu'il se conforme de lui-même au traitement proposé, la situation ordinaire pathologique autorise le psychiatre à déployer les dimensions thérapeutique et de surveillance de son travail clinique.

« [*la situation ordinaire pathologique*] On a des ados pour lesquels ça se passe plus tôt, mais du coup il y a des parcours avec pas mal de ruptures, ou des ados où on a des situations sociales compliquées, où je dirais que ça craque plus tôt parce qu'il n'y a pas... Là, dans cette situation-là [*la situation inquiétante*], il y avait une espèce de capacité des parents à contenir les débordements et le trouble de leur fils, parce qu'ils avaient des moyens financiers, et parce que ce n'est pas le genre de familles pour lesquelles on fait un signalement, ou pour lesquelles les services scolaires s'inquiètent de la même façon que s'il était dans une situation précaire. » (3)

Au contraire, la situation inquiétante se distingue de l'ordinaire. Confronté à des incertitudes sur la nature du problème du jeune, sur son avenir et sur la manière de le traiter, le psychiatre se trouve confronté aux limites de son action habituelle. Pour autant, il perçoit un danger qui éveille son inquiétude.

Seul le psychiatre discerne une menace invisible

L'inquiétude du psychiatre témoigne de sa vigilance

La situation inquiétante représente avant tout une expérience subjective. Si les psychiatres sont réticents à parler en termes de risques, ils décrivent néanmoins la perception d'une menace. Le risque appartient en effet aux représentations sociales, alors que le danger relève du domaine de la perception (Chateauraynaud & Torny, 1999). Ainsi, tout en demeurant ambivalent vis-à-vis des pronostics et en maintenant un doute sur sa propre expérience subjective, le psychiatre perçoit une forme d'étrangeté. Une menace plane sur la situation clinique, et ce danger éveille son inquiétude.

« Pour parler simplement, je me méfie de ce qui pourrait survenir. » (1)

« Même si c'est juste un fantasme, ça organise quand même l'inquiétude du psychothérapeute. De se dire « il est en train de s'installer dans un truc, là...qui va l'amener à prendre des positions... à engager des choses... » (4)

Le terme d'inquiétude est employé par les psychiatres eux-mêmes, et j'utiliserai ici la définition qu'en donne le Littré : « *une agitation pénible et douloureuse que cause une crainte quelconque* ». Si les psychiatres peuvent ressentir une inquiétude, celle-ci n'est pas une composante omniprésente de leur travail quotidien. L'éventualité de la survenue d'une schizophrénie chez un adolescent constitue l'une des principales préoccupations du psychiatre. Cet état d'alerte est considéré comme un devoir moral. Il apparaît légitime en raison des conséquences dramatiques qui sont envisagées pour le jeune. Si le psychiatre est en mesure de s'inquiéter lorsqu'une situation inquiétante se présente à lui, c'est qu'il maintient un état de vigilance continue dans son travail clinique. « L'alerte naît sur fond de veille, de surveillance et d'attention et suppose l'activation de la mémoire » (p. 35) (Chateauraynaud & Torny, 1999). Ainsi une psychiatre explique la manière dont elle se montre continuellement vigilante, attentive à l'émergence d'une schizophrénie lorsqu'elle rencontre ses jeunes patients. S'agissant d'un grave danger, elle reste éveillée, prête à confronter toute nouvelle situation clinique à son expérience antérieure. Cette connaissance de la menace lui permet de s'inquiéter et de se préparer à agir au plus vite.

« - Si on imagine plutôt les adolescents qui pourraient vous inquiéter. Quels sont les éléments qu'ils vous apportent qui vous inquiètent pour l'avenir ?

- En tant que psychiatre c'est évidemment la question d'une pathologie psychotique qui émergerait. Et là dont on sait que c'est quand même... heu... bah c'est ... quelques fois ça tourne

quand même très mal, hein ! [...] Tout le monde a la trouille, hein. Tout le monde a la trouille. [...] Et on peut avoir une schizophrénie et, et s'adapter... pas si mal. Mais bon, quand on parle de schizophrénie, on est quand même inquiet. [...] C'est sûr qu'on est inquiet, on est inquiet pour ça. Moi je pense que ça c'est quand même assez largement partagé. » (6)

Selon Châteauraynaud et Torny, l'attention-vigilance varie selon que la personne est surprise par un phénomène inattendu, que celui-ci correspond au contraire à ses attentes, ou encore qu'il s'agit d'un croisement des deux situations précédentes. La personne s'attend alors à quelque chose mais est surprise par l'ampleur et la nature du phénomène. Cette même psychiatre explique ainsi la manière dont son inquiétude vis-à-vis d'un patient s'est brusquement amplifiée lorsque celui-ci n'a plus répondu à ses attentes en psychothérapie, ce qu'elle n'avait pas anticipé au début du suivi.

« C'est là où moi j'ai été inquiète ! Pas d'élaboration du tout. Un fait, et puis rien. Les faits, « c'est comme ça ». Il n'y a rien à y faire. C'est là où moi je l'ai senti s'éloigner, s'éloigner, s'éloigner.

- *Donc, est-ce que c'est comme si ce que vous proposez en psychothérapie - ?*

Ah oui, il n'y était plus ! Il ne pouvait plus s'en saisir ! [...] Les dernières fois où je l'ai vu il n'était pas du tout en état...Cela n'avait pas de sens quoi. [...] Alors qu'au début moi je pensais qu'elle allait fonctionner. Eh bien, il a décroché de ça. Et moi je n'avais pas anticipé qu'il décrocherait à ce point-là. » (6)

Une menace invisible aux yeux d'autrui

La situation inquiétante se caractérise par l'existence d'un problème massif chez un jeune patient, mais qui reste paradoxalement invisible et contenu. Seul le psychiatre perçoit le danger, alors que ni les parents, ni les collègues, ni le jeune lui-même ne l'ont reconnu. Ainsi, Châteauraynaud et Torny décrivent les lanceurs d'alertes comme des personnages en nombre réduits qui, face à des signes inconnus pour l'expérience ordinaire, identifient la nature d'un phénomène, du fait de leur expérience antérieure.

D'une part le problème peut passer inaperçu car il est lui-même invisible. Le patient est alors décrit par des métaphores du registre de la surface et de la profondeur, offrant l'apparence de la normalité, malgré l'existence d'un trouble dissimulé dans l'épaisseur de son être. Lorsqu'elle contredit les attentes du psychiatre, son évolution est alors estimée inauthentique. Ainsi, le jeune montre une « pseudo-intégration » s'il ne présente pas de difficulté de fonctionnement social alors que le psychiatre pense qu'il devrait en exister une. Le rôle du psychiatre est alors celui de mener l'enquête, d'atteindre cette profondeur de l'être, et d'en extraire le problème afin d'en dévoiler la nature au grand jour. Ce travail est décrit par

la métaphore de la mine industrielle (Barrett, 1996), évoquant un effort de forage de l'enveloppe de surface du patient et de recherche approfondie par la brèche entrouverte.

« A mon sens il est déjà délirant, même si au fond, c'est quelque chose qui n'est pas très explicite, qui n'apparaît que si on approfondit quand même... Si on en reste à la surface, on pourrait penser qu'il ne l'est pas. Moi je pense qu'il l'est. » (1)

D'autre part le problème du jeune peut passer inaperçu, non parce qu'il est invisible mais parce que l'on ne le voit pas. Les psychiatres sont à même de décrire différentes manières de ne pas tenir compte de ce trouble pourtant manifeste : le déni et la dissimulation. Premièrement, les personnes peuvent choisir de ne pas voir le trouble, de nier son évidence. Lorsqu'il existe un désaccord entre le psychiatre et le jeune, son entourage, ou des collègues, sur l'existence d'un problème, le psychiatre considère que ceux-ci ferment les yeux sur un trouble flagrant.

« - Est-ce qu'il peut y avoir un décalage de point de vue entre ce que les parents pensent et ce que vous en pensez ?

Le problème c'est la généralisation de votre question. C'est très variable. Il y a des parents qui sont dans un déni très important. Et des parents qui sont dans le pessimisme le plus accablant. [...] Il y a des folies qui sont insupportables pour certains parents. Il y en a d'autres pour lesquels c'est supportable parce qu'il y a du déni. » (2)

« Sa mère était très très accrochée à son insertion scolaire. Au fait qu'il tienne à l'école. Et c'était aussi associé pour elle au fait qu'il était éventuellement précoce. [...] En fait, il était assez dysharmonique. » (7)

La métaphore du déni traduit alors ce refus d'accepter l'évidence, c'est-à-dire de se conformer aux vues du psychiatre. Prolongé dans le temps, le déni favorise la poursuite de l'évolution inquiétante vers une issue péjorative pour le jeune.

« - Vous pourriez m'expliquer un petit peu, le déni ?

Des parents ? ...heu... Eh bien, c'est quand ils ne reconnaissent pas – enfin c'est difficile de dire à la juste mesure (rire), en tout cas à la mesure que l'on peut mesurer nous – le degré d'atteinte de fonctionnement psychique de leur enfant.

- D'accord

Ils ne le voient pas ou ils ne le reconnaissent pas, ou ils le minimisent. Ou ça se traduit avec une demande informelle d'adoption ici. [...] On risque d'avoir des familles qui tenteraient de déposer les enfants ici, parce qu'ils savent plus quoi en faire, parce qu'ils ont peur de tout ça, parce qu'ils ne comprennent pas ce qui se passe et qu'ils voient l'enfant fonctionner bien ici avec nous. [...] Je pense qu'en général c'est compliqué d'imaginer que quelqu'un qu'on aime soit fou. Je le dirai comme cela. On n'a pas envie de le penser. » (10)

La thématique de la souffrance et des métaphores du registre de la perception sont utilisées pour décrire le déni. Ne pas voir, ne pas entendre, ne pas reconnaître la souffrance du jeune

patient contribuent à rendre invisible le trouble mental. Cette tendance fermer les yeux face à la menace concerne tous les acteurs, et le psychiatre considère qu'il est de son devoir de rester vigilant, sans quoi il sombrerait lui aussi dans le déni.

« Le **psychiatre** banaliserait, enfin quelque chose des troubles, et que donc peut-être le jeune pourrait ne pas se sentir entendu par exemple. » (12)

« C'est compliqué, parce que la plupart des **jeunes** ne sont pas dans la reconnaissance qu'il y a une souffrance. » (3)

« Le déni des **parents** prend le plus souvent cette forme-là : la non reconnaissance de la souffrance, donc d'attribuer au jeune une part active dans le désinvestissement. » (10)

« On pourrait dire qu'il y a peut-être des **gens** qui n'ont pas envie de considérer l'importance de la souffrance de l'autre. » (4)

« Ce qui leur fait peur aussi, au quotidien, pour les **éducateurs** aussi, c'est de travailler avec leur déni eux-mêmes. [...] Et c'est un travail continu d'entendre la voix de l'enfant, pas les projections sur l'enfant.» (2)

En niant l'existence d'un trouble mental, les autres personnes attribuent aux actions du jeune patient un sens erroné, c'est-à-dire différent de celui que leur attribue le psychiatre. Par exemple, un fonctionnement social déviant peut être interprété comme de la mauvaise volonté par les parents alors que le psychiatre estime qu'il reflète un trouble mental. Se faisant, ils alimentent les difficultés du jeune, qui ne cessent d'empirer.

« C'est ça qui est paradoxal parce que [les parents] sont très souvent inquiets du devenir de l'enfant, mais comme si il y avait une participation active dans la mise en échec. Je dirais que le déni contribue à alimenter quelque chose d'un enjeu relationnel difficile, lié au fait que c'est sa faute. " Il ne comprend pas, il ne se bouge pas, il ne fait pas ci, fait pas ça, pourquoi il le fait pas ?" » (10)

Au contraire, le patient lui-même peut exprimer des opinions que le psychiatre considère comme irrationnelles. La persistance du déni malgré le suivi constitue alors une source de tension pour le psychiatre. L'ampleur du déni est en effet proportionnelle à celle du trouble. A mesure que celui-ci émerge, le maintien du déni requiert un effort de plus en plus important. L'idée que cet effort continu et croissant deviendra sous peu insoutenable organise l'inquiétude du psychiatre. Le patient et ses parents ne se conforment pas à sa vision du problème en dépit de la persévérance dont il fait preuve pour les en convaincre. Le déni tend alors vers la pathologie et les attentes pronostiques du psychiatre se font plus pessimistes. Dans la citation suivante, l'inadéquation entre les ambitions d'un adolescent et ses résultats scolaires apparaît si importante au psychiatre que celui-ci la qualifie de déni, voire de délire. Ainsi Kathy Charmaz souligne que lorsqu'un patient exprime sa croyance dans le pouvoir de

l'auto-motivation, cette idée peut être considérée comme du déni par les médecins (p. 20) (Charmaz, 1991).

« Les parents étaient rivés sur la question du scolaire [...] avec une banalisation très très massive, voire vraiment un déni des troubles de ce jeune. [...] Mon rôle cela a été de travailler avec les parents et le jeune, pour une espèce de prise de conscience, ou en tout cas de, ... l'idée que les parents puissent réaliser la gravité des troubles de leur fils [...] Donc finalement il a réussi à avoir son bac.

- Alors, est-ce qu'on s'inquiète plus tard et donc c'est moins bien ? Ou est-ce que paradoxalement, on pourrait dire que ça lui a peut-être permis d'avoir son bac ?

Oui, je vois. Moi, je crois qu'en termes de pronostic, puisque c'est votre question, ça entretient un déni qui après est extrêmement difficile à travailler. [...] Parce que ça ne peut évidemment pas tenir sur le long terme, mais le déni est tel que du côté du jeune... [...] Scolairement il est sur une espèce d'effondrement, mais il dit toujours « oui, je vais faire le barreau. Si je veux, je peux ».

- Est-ce que c'est irréaliste ?

Oui c'est irréaliste. Et ça en devient presque délirant. On se retrouve là, il a eu 3 à son oral de bac mais il dit « oui oui, c'est bon. J'ai eu mon brevet donc je peux avoir le barreau ». (3)

« Le truc préoccupant » : un phénomène dangereux de nature indéterminée

Contrairement aux situations ordinaires, la situation inquiétante se caractérise par l'impossibilité du psychiatre à agir dans les trois dimensions habituelle de sa pratique médicale - le diagnostic, le pronostic et le traitement – en dépit de la perception d'un danger. S'il a reconnu la menace invisible aux yeux d'autrui, il ne peut catégoriser aisément le trouble mental que présente le jeune patient. De même, son évolution passée lui apparaît douteuse sans pour autant pouvoir être qualifiée de pathologique. Enfin, le traitement représente une difficulté. Soit que le jeune patient n'en fasse pas la demande dans le cas d'une psychothérapie, soit que le psychiatre doute de son intérêt dans le cas d'un médicament, l'action thérapeutique à mener lui semble loin incertaine.

Des quasi-symptômes inclassables

Si l'existence d'un problème mental chez l'adolescent ne fait aucun doute pour le psychiatre, la nature de ce problème reste indéterminée. La tension décrite par les psychiatres provient de problèmes flous, mal définis, qui sont à la limite du symptôme, mais dont le caractère dramatique ne fait aucun doute selon eux. Ainsi, une alerte naît de la capture d'un phénomène subtil, porteur de nouveauté. Le lanceur d'alerte, ici le psychiatre, est initialement surpris par

la découverte de quelques éléments épars, des indices ténus et hétérogènes. Ceux-ci ne représentent a priori aucun ensemble cohérent. Pour autant, ils éveillent son inquiétude (Chateauraynaud & Torny, 1999). Le paradoxe de cette situation provient ainsi de l'apparente contradiction entre un adolescent qui semble quasiment normal mais qui préoccupe son psychiatre. Les troubles de l'adolescent se situent à la limite des symptômes psychiatriques, dont ils représentent une formée atténuée ou partielle. C'est l'incomplétude de ces symptômes qui empêche leur catégorisation nosographique, laquelle transformerait la situation en cas typique.

« Une espèce d'idéation délirante à bas bruit, [...] une espèce de délire [...] une espèce d'athymhormie ou de retrait [...], des défenses quand même pseudo-obsessionnelles, [...] à la limite de l'automatisme mental » (3).

Par ailleurs, le problème de l'adolescent peut-être de nature si vague qu'il ne peut être nommé comme un symptôme psychiatrique. Il est alors désigné par un vocabulaire du registre de l'indétermination (ça, quelque chose, truc, chose), soulignant l'existence d'un phénomène de nature inconnue.

« Il est en train de s'installer dans un truc, là...qui va l'amener à prendre des positions... à engager des choses... Soit un type de relation avec les autres, soit un problème d'études, soit un problème familial. Enfin, des tas de choses. [...] C'est assez inquiétant moi je trouve ce genre de chose.» (4)

Si les symptômes sont décrits comme indéterminés c'est que l'interprétation des comportements du patient laisse place au doute, qu'il soit individuel ou collectif. D'une part, le psychiatre peut être dans l'incapacité à déterminer si un comportement est normal ou pathologique (Fox, 1957). D'autre part, l'incertitude quant au sens à donner à certains comportements fait l'objet d'une construction collective. Le psychiatre, bien que certain de son interprétation, peut se trouver en désaccord sur ce point avec ses collègues. De l'opposition entre certitudes individuelles émerge un doute collectif quant au caractère normal ou pathologique du comportement du patient.

« Le fait que j'ai en tête que ce patient, disons, probablement délire - même si c'est une question qui est débattue entre les gens qui s'occupent de lui, moi et d'autres personnes qui s'en occupent qui n'ont pas tout à fait cette vision - disons que le fait que moi j'ai ça en tête vient incontestablement modifier la façon dont je m'occupe de lui. [...] Moi j'ai en tête que je ne sais pas du tout ce que sera son avenir, c'est-à-dire, je ne sais pas. A mon sens il est déjà délirant, même si au fond, c'est quelque chose qui n'est pas très explicite, qui n'apparaît que si on approfondit quand même... Si on en reste à la surface, on pourrait penser qu'il ne l'est pas. Moi je pense qu'il l'est.» (1)

De même, le comportement du jeune peut être considéré comme le reflet soit de sa volition, soit de sa maladie. Selon Barrett, l'équipe psychiatrique opère une alternance permanente de déconstructions et de reconstructions du patient schizophrène, en interprétant ses actions comme le reflet de sa maladie ou de sa personnalité (Barrett, 1996). Livia Velpry souligne qu'en psychiatrie, le point de vue du patient est construit et remanié par des interactions sociales spécifiques et que sa prise en compte par les professionnels est très relative (Velpry, 2008). Dans la situation inquiétante, les psychiatres décrivent l'impossibilité de distinguer l'expression du libre-arbitre du jeune, de celle de symptômes vagues et incomplets.

« Pour des histoires d'horaires il a - sous le prétexte de contraintes horaires en tout cas - il a arrêté sa thérapie. Mais, ce que me disait sa thérapeute c'est qu'il était de toute façon très très persécuté, que ça ne prenait pas beaucoup de sens pour lui. » (3)

« Là j'en ai un, qui est plus jeune, qui est en cinquième, qui s'est déjà fait virer de son établissement. [...] Et lui est dans une espèce de toute-puissance, de déni. [...] Et il disait, "de toute façon la seule façon pour moi pour que ça aille, c'est que je fasse de la boxe"

- Ah oui, c'est une idée ça ! Pour faire de la compétition ?

Non non. C'est une espèce de paralogisme justement. C'est-à-dire que l'on n'est pas dans quelque chose de construit, de rationnel. C'est ça qui ne va pas, il est dans une espèce de rapport très agressif à tout le monde, ce qui fait qu'il se fait rejeter. Et lui, la solution à ça, c'est de dire « je vais faire de la boxe ». Donc on voit bien à travers cette solution, qu'on est évidemment dans le déni, et dans une espèce de raisonnement qui commence à devenir complètement à côté de la plaque. » (3)

S'il est impossible de définir précisément les troubles de l'adolescent, ceux-ci sont pourtant décrits comme dramatiques. La tension de cette situation inquiétante provient ainsi d'un problème échappant à une catégorisation en termes de maladie, mais dont le psychiatre perçoit la gravité. Ainsi, ce n'est pas la nature du trouble du jeune mais son ampleur et son intensité qui organisent la préoccupation du psychiatre. Dans la citation suivante, un psychiatre explique que son jeune patient, dont le comportement ne peut être considéré entièrement déviant au vu de son expérience de vie, la préoccupe du fait de ses difficultés émotionnelles. Néanmoins, ce comportement « presque » déviant constitue le premier signal éveillant l'attention de la psychiatre, avant que celle-ci ne la reporte sur l'expérience subjective de l'adolescent.

« Je pense à un adolescent [...] admis pour un décrochage scolaire progressif, et qui a fugué du domicile pendant deux semaines entières. [...] Un adolescent qui était quand même très sur la réserve, qui était très persécuté par la figure maternelle. Par sa mère. Et, certaines bizarreries de comportement, comme de ne pas quitter ses vêtements pour dormir. Voilà, dans la chambre, de ne pas quitter son sac à dos. Même si les choses ont été finalement transitoires et n'ont pas persisté. Et qu'on aurait pu, peut-être en rationalisant un peu, mettre ça sur le compte d'une fugue de 15 jours, où tu restes avec tes affaires. [...] La question d'une entrée possible dans un processus... dans une schizophrénie, dans une psychose chronique, pouvait se poser. Mais, avec, voilà, hormis ce vécu très persécutif, il avait des tendances interprétatives, dans le discours qu'on

pouvait tenir, l'impression qu'on était quand même tous contre lui, et puis une tension interne tout à fait, tout à fait tangible et tout à fait importante. » (7)

Un passé qui éveille le soupçon

Tout comme les quasi-symptômes du jeune patient, son passé éveille les soupçons du psychiatre. En dépit de l'image de l'adolescence comme une succession de bouleversements imprévisibles et sans précédent, les psychiatres qui évoquent les situations inquiétantes considèrent l'évolution du problème comme un processus continu et de longue durée, mais dont le sens demeure en suspens. L'existence du trouble précède la rencontre entre l'adolescent et le psychiatre, et constitue l'aboutissement d'une transformation progressive, débutée dans un passé lointain. Initialement minimale, le trouble croît au fur et à mesure que le temps passe, venant situer le début des soins à l'issue d'un parcours déjà avancé. Les psychiatres décrivent ainsi un problème qu'il est encore impossible de qualifier de maladie, mais dont la chronicité est déjà établie. Le phénomène puise son énergie dans sa durée, s'aggrave à mesure, et devient une menace pour l'avenir.

« La durée et la gravité du déni, c'est-à-dire le nombre d'années qui ont passé entre l'émergence de difficultés - qui sont sans doute très anciennes - parce que quand on reprend ces jeunes-là, on se rencontre qu'il y a eu des troubles très très précocement. Je dirais dès les interactions primaires, dès la petite enfance ou quoi. Mais ça on le démasque... Après on voit qu'il y a eu dans tous les espaces de socialisation, depuis l'école même, des difficultés très importantes. Qui n'ont fait que s'accroître donc. » (3)

Si cette dynamique continue semble entraîner le jeune patient vers une issue péjorative, l'évolution actuelle surprend le psychiatre, par la survenue d'événements favorables, ou le maintien de la situation en l'état. Le contraste entre l'évolution attendue et l'évolution observée, loin de résoudre la situation inquiétante, constitue une nouvelle source de tension pour le psychiatre qui ne sait si ses craintes pour l'avenir du jeune doivent s'en voir confirmées ou infirmées.

« Mon rôle ça a été de travailler avec les parents et le jeune, pour une espèce de prise de conscience, ou en tout cas de, ... l'idée que les parents puissent réaliser la gravité des troubles de leur fils, parce qu'ils étaient, comme je vous le disais, pris par ce discours autour de la scolarité, le bac. Donc finalement il a réussi à avoir son bac. Je ne sais pas trop comment il a fait, parce qu'il était tellement parasité dans sa pensée, avec des défenses quand même pseudo-obsessionnelles, mais qui étaient quand même à la limite de l'automatisme mental. Et puis avec des ruminations en permanence. [...] Parce qu'il pouvait comme ça présenter... paraître *quasi* normal comme ça au premier abord, et puis dès qu'on allait un peu plus loin quand même, on sentait qu'il y avait une espèce de délire mégalomane. »

- Et est-ce que vous avez du anticiper la suite de ses études ?

Oui. Alors, les parents l'ont inscrit dans une boîte privée. Alors moi j'ai, j'ai, j'ai été quand même, j'ai été un peu dans la réalité en disant "écoutez, vu comment il fonctionne en ce moment, je ne sais pas si c'est... s'il va pouvoir tenir".» (3)

Ainsi, puisant sa source dans l'indétermination du passé, le futur du jeune patient concerné par la situation inquiétante apparaît tout à fait incertain.

« C'est vrai qu'il y a parfois, dans des situations comme ça, où... où on ne sait pas trop où on va, et où les choses ne sont pas très claires » (1)

Un problème difficile à traiter

A l'inverse, même si le diagnostic et le pronostic sont clairs aux yeux du psychiatre, la situation inquiétante peut émerger de son impossibilité à soigner le jeune patient de manière satisfaisante. Soit qu'un traitement ne puisse être mis en œuvre, soit que celui-ci s'avère inefficace, le psychiatre demeure insatisfait de la dimension thérapeutique de son travail. Premièrement, le trouble du patient est ancien et apparaît encore contenu sans avoir recours aux soins. Si le traitement n'est légitimé ni par une logique d'urgence ni par une demande du jeune patient ou de ses parents, le psychiatre est entravé dans ses actions thérapeutiques. Ici, une psychiatre évoque une situation inquiétante où le diagnostic du jeune patient lui paraît évident et son avenir tout tracé. Néanmoins, elle demeure dans l'inconfort car elle ne peut instaurer un médicament, ni même des consultations psychiatriques. Elle s'attend à ce qu'une aggravation brutale des troubles débloque un jour la situation. La décision d'instaurer un médicament serait alors justifiée par une logique d'urgence.

« Lui il n'y avait aucun doute sur le diagnostic, à savoir que c'est une psychose infantile, précoce. Avec un trajet complètement chaotique. Et ce gamin, à l'adolescence, *lui* il a évolué vers une dissociation. [...] De toute façon les parents ne voulaient absolument rien entendre. [...] Ils ne voulaient même pas voir de psychiatre, ils venaient juste parce que c'était un centre référent pour les apprentissages. [...] Mais...il va arriver un jour à l'hôpital en décompensation. C'est comme ça. [...] Il aura des médicaments dans l'urgence. C'est sûr ! [...] Si les parents avaient accepté, je l'aurais envoyé vers un confrère, un psychiatre d'adulte qui aurait dit aux parents et à ce gamin "peut-être qu'on va essayer un traitement" [...] L'interne qui était là se posait la question "mais pourquoi est-ce que ça n'a pas été fait ?!". Et puis après, quand elle a vu les parents, elle a compris ! (rire) Que c'était infaisable. Infaisable. Et elle aussi elle est arrivée à la conclusion, que lors d'une de ces gardes aux urgences... que peut-être un jour elle le verrait aux urgences ! (rire) » (6)

Deuxièmement, lorsque le jeune patient et ses parents acceptent le traitement, c'est alors le psychiatre lui-même qui doute du bien-fondé de son indication. Qu'il s'agisse d'une

psychothérapie ou d'un traitement médicamenteux, l'intérêt du traitement lui apparaît incertain. Le patient concerné par une situation inquiétante, ni malade ni tout à fait normal, pose avec acuité la question des bénéfices du traitement et de ses effets délétères. Une psychiatre évoque aussi bien les effets indésirables des neuroleptiques, que le risque d'aggravation des troubles lors d'une psychothérapie. Dans la situation inquiétante, toute action thérapeutique du psychiatre risque ainsi d'aggraver le pronostic du jeune patient.

Le risque de la psychothérapie

« Je ne pense pas que ce soit une bonne idée quand un gamin est limite, d'aller s'embarquer dans un travail à référence psychanalytique... d'emblée...comme ça, quand il n'y a pas, tout un cadre autour. Ca ce n'est pas une bonne idée, hein. Alors là, là, je suis quasi sûre que ce n'est pas une bonne idée ! ca dépend si on est seul ou s'il y a quelqu'un d'autre aussi. Ce n'est pas du tout la même chose ! Si on sait que le côté psychiatrique est assuré par quelqu'un, et bien très bien. Mais s'il n'est pas assuré par quelqu'un, soit on le met en place, soit on prend la place ! Mais, c'est quand même une priorité, quoi ! » (6)

Le risque du médicament

« On ne va quand même pas donner des neuroleptiques à 12 ans, au motif qu'il y aurait un risque de transition psychotique. M'enfin ! Enfin, peut-être que ça arrivera, hein ! Mais moi je pense que c'est une vraie question. Alors, en plus, pour celui dont je vous ai parlé : il a eu *tous* les médicaments, hein ! Et ça ne va pas mieux. Et il a pris 15 kilos. Et alors là, moi, je me pose des questions. Je me dis « et si on ne l'avait pas traité du tout ? ». Est-ce que ce serait pire ? Et je n'aurai jamais la réponse. Parce que là, ça n'a pas endigué un processus qui a dépassé tout le monde. Il a eu les antidépresseurs, il a eu les neuroleptiques. Les gens qui ont prescrit sont des gens qui connaissent les médicaments, je n'ai aucun doute là-dessus. Ils n'ont pas fait « comme ça », ils ont réfléchi à leur prescription. Et ça n'a pas aidé ce gamin. » (6)

Les incertitudes diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques entourant la situation inquiétante entravent toutes ses actions médicales ordinaires. C'est précisément l'impuissance du psychiatre qui nourrit son inquiétude. Si les difficultés du jeune révèlent un problème dont la nature demeure indéterminée, la situation inquiétante est déjà critique. En effet, seul le psychiatre sait qu'il est en train d'assister, avec le jeune patient et ses parents, au développement d'un trouble mental face auquel tous les moyens d'actions ordinaires seront insuffisants.

Savoir que la crise annonce une catastrophe

La situation inquiétante est une situation de crise, dont le psychiatre sait qu'elle pourrait être le premier épisode d'un trouble mental chronique. Une crise ne tient ni à la nature des

problèmes survenant, ni à la difficulté à les régler, ni à l'ampleur des incertitudes, mais principalement à « la mise en cause de la crédibilité et de la légitimité des acteurs politico-administratifs et des experts formellement tenus de garantir la sécurité collective » (Gilbert, 2013). Ainsi, le caractère critique ne tient ni à la gravité de la psychose, ni à l'incertitude concernant sa survenue, mais à l'impuissance du psychiatre qui, tout en ayant reconnu les premiers symptômes du trouble, ne peut mener aucune action médicale ordinaire pour protéger le jeune patient. Il représente pourtant l'autorité chargée d'assurer la sécurité des différents protagonistes : le patient, ses proches, et lui-même. Néanmoins, il se trouve confronté à l'émergence d'une maladie face à laquelle il sait d'ores et déjà que tous les moyens d'action ordinaires s'avèreront insuffisants. Le psychiatre se trouve alors soumis à une double tension. S'il est le lanceur d'alerte ayant identifié les signes avant-coureurs d'une catastrophe, il est tout autant l'expert décrédibilisé, incapable d'endiguer l'apparition du trouble mental dont cette jeune personne risque de souffrir. Or, la catastrophe tient moins à la nature et à la gravité de l'évènement ou à ses conséquences, qu'à son caractère irréversible, et à l'absence de maîtrise du cours des choses. Ainsi, « à travers la catastrophe, c'est la continuité de la vie quotidienne qui est menacée, et partant, la confiance dans les dispositifs chargés de garantir cette sécurité » (p. 28) (Chateauraynaud & Torny, 1999). La situation inquiétante est ainsi une crise sur le point d'atteindre ses limites, et la survenue d'un grave trouble mental – comme le trouble bipolaire ou la schizophrénie – s'apparente à une catastrophe.

Une crise sur le point d'atteindre ses limites

Le trouble est contenu au prix d'efforts colossaux

Lorsqu'il n'est pas ignoré par le déni, le trouble du jeune peut-être masqué par son entourage, de manière passive ou active. Dans l'exemple suivant, le statut social élevé de la famille constitue un leurre pour les institutions scolaires, sanitaires et sociales, qui négligent la surveillance du jeune. Certaines familles dissimulent activement le trouble du jeune, usent de leur influence, voire se livrent à de véritables fraudes afin de maintenir une apparente normalité.

« J'ai pas mal de jeunes qui sont dans cette situation-là, qui sont de milieux plutôt aisés, et qui du coup, voilà... Je pensais là à un jeune qui a 18 ans, qui a changé 6 fois d'établissement en 6 ans. C'est-à-dire qu'à chaque fois qu'il y a une difficulté, les parents font, soit des démarches auprès du rectorat, trouvent soit des établissements privés, soit... ils sont allés à un moment jusqu'à un

peu trafiquer les bulletins pour... Ce qui fait qu'on se retrouve dans une situation où tout a été toujours à peu près colmaté ». (3)

C'est au prix d'efforts colossaux que le problème du jeune patient reste contenu dans certaines limites. Cependant, à couvert, son trouble progresse inexorablement. Il se développe, s'amplifie, et se renforce, comme le souligne la métaphore de l'incubation.

« Une espèce d'idéation délirante à bas bruit, qui à mon avis couvait déjà depuis plusieurs années, mais qui restait assez sectorisée. [...] Il y avait une espèce de capacité des parents à contenir les débordements et le trouble de leur fils, parce qu'ils avaient des moyens financiers, et parce que ce n'est pas le genre de familles pour lesquelles on fait un signalement » (3)

Si le fonctionnement scolaire déviant du jeune aurait dû alerter de longue date son entourage sur l'existence d'un trouble mental, cet échec scolaire est contenu au prix d'une coûteuse adaptation de son environnement social. Le recours à des institutions tolérantes peut-être facilité par une aisance financière, mais ne suffit pourtant pas endiguer le processus en cours. L'évolution se poursuit et épuise une à une des ressources qui ne peuvent être mobilisées qu'une seule fois, comme les établissements scolaires, entraînant le jeune et ses parents dans une fuite en avant afin de tenter de contenir une difficulté qui ne semble déjà plus maîtrisable.

« Vers la 6^{ème}, 5^{ème}, ça a commencé par " N'écoute pas ses professeurs, élève infernal". Des choses qui ressemblaient à de l'insolence. Avec des écoles qui ont craqué les unes après les autres, avec des renvois. Il a fait au moins 3 collèges. C'étaient des parents qui voulaient absolument le scolariser dans le privé. Le privé n'a pas tenu, et il a finalement atterri dans son collège de quartier, que les parents ne voulaient pas, sous prétexte qu'il était mal fréquenté. Enfin, [rire] c'est le seul collègue qui l'a accueilli. » (6)

En dépit de l'effort croissant nécessaire pour s'adapter au trouble du fonctionnement social du jeune, celui-ci et ses parents ne demandent pas de soins. Ce faisant, ils échappent au contrôle des institutions scolaires et sanitaires, et ne remplissent pas le rôle de soutien attendu d'eux par le psychiatre. Les soins prennent du retard alors que l'évolution progresse toujours. Parfois estimés complices du problème ou trop en difficulté pour être des interlocuteurs fiables, les parents représentent alors un obstacle devant être contourné afin de rendre possible l'action médicale.

« *Qui fait appel à vous ?*

Soit ça passe par les parents quand ils ne sont pas complices. Soit ça passe par l'école, par le médecin scolaire, ça peut même passer parce qu'il y a une interpellation ou quoi. Mais la plupart du temps ils nous échappent. C'est-à-dire que les services de soins, tels qu'ils fonctionnent, attendent qu'il y ait une demande, et ne sont pas forcément adaptés pour traiter ces cas-là. [...] Donc là on est impuissants. Et tout le monde est impuissant. L'éducation nationale, ils ne savent pas comment faire donc... Parce que, en général, on s'appuie quand même sur les parents. » (3)

« Je suis particulièrement préoccupée par cette jeune en ce moment. Parce qu'en plus de ses difficultés, il y a le cannabis, l'alcool, les scarifications, des rapports sexuels non protégés. Et en plus de ça ses parents sont vietnamiens mais pas du tout intégrés. Ils ne parlent ni ne comprennent le français, ils ne viennent pas en consultation, et donc on ne peut rien travailler avec cette jeune en fait. Donc, donc là je suis en fait assez inquiète. Donc là, il y avait déjà une information préoccupante qui avait été réalisée. » (12)

L'adolescent « fragile » : les signaux annonciateurs de la rupture

La situation inquiétante laisse entrevoir des signes annonciateurs de la catastrophe. Lorsqu'ils décrivent les signes laissant présager de la survenue d'un grave trouble mental, les psychiatres emploient la métaphore de la construction de la personne et de sa maladie. Tel un édifice en construction, le jeune patient se situe à une étape intermédiaire de son développement. L'adolescent grandit et l'expertise du psychiatre consiste à évaluer la qualité de sa maturation. Toutefois, certains signes invisibles pour autrui éveillent son attention sur la fragilité de cette construction. Lorsqu'ils décrivent les liens entre le jeune patient et sa maladie, les psychiatres décrivent cette construction de deux manières différentes, l'une active et réversible, l'autre passive et irréversible. Dans le premier cas, le jeune patient construit quelque chose de manière active et positive, par exemple sa vie, sa personnalité ou sa « structure ». Mais sa construction est fragile, réversible et menace de s'effondrer. La construction du jeune doit pourtant lui permettre de résister à la folie, tel un édifice d'ingénierie conçu pour contenir une force naturelle puissante. L'adolescent est cependant à la limite de ses capacités, il est « à la frange » (entretien 3). Parfois, un premier incident parvient à être maîtrisé, mais à mesure que le trouble progresse, la pression qu'il exerce sur la structure augmente, et celle-ci montre des signes de faiblesse.

« On est aussi dans une histoire longue. Donc là, ça se fissure, mais ça se fissure lentement, et sur quelque chose qui est en place depuis des années. [...] C'est-à-dire qu'à un moment, le réel commence un peu à s'infiltrer. » (3)

Dans le deuxième cas, le patient est construit de manière passive et négative, il est modelé et façonné par son trouble. L'image est alors celle d'un matériau malléable dont le façonnage est irréversible, cumulatif et unidirectionnel. Si le patient demeure encore souple à l'adolescence, autorisant un travail d'inflexion de sa trajectoire par le psychiatre, il se rigidifie ensuite rapidement à l'âge adulte.

« On se structure peut-être à cet âge-là en tous les cas - je parle de l'adolescence et des jeunes adultes, autour de ses symptômes et de sa souffrance psychique, qui reste, ou qui organise les choses.

- *Qui participe à façonner la personne que va devenir... ?*

Oui oui. Alors, je ne sais pas si c'est vrai, hein. Mais ça se dit, et je trouve que ça s'entend quand même pas mal. Et puis dans tous les cas, même si c'est juste un fantasme, ça organise quand même l'inquiétude du psychologue. De se dire « il est en train de s'installer dans un truc, là...qui va l'amener à prendre des positions... à engager des choses... ». Soit un type de relation avec les autres, soit un problème d'études, soit un problème familial. Enfin, des tas de choses. Et que c'est ça qui va organiser sa vie alors qu'au fond il y avait toutes sortes de choses qui s'ouvraient à lui si... C'est assez inquiétant moi je trouve ce genre de chose. » (4)

Une fuite en avant en dépit du bon sens

En dépit des signes d'alerte, le jeune patient et ses parents sont lancés dans une fuite en avant qui inquiète le psychiatre. La poursuite du fonctionnement en l'état est décrite par la métaphore de la bulle spéculative. Il n'y a aucun retour en arrière possible et l'évolution ne fait que se poursuivre en dépit du bon sens.

« A force d'hospitaliser comme ça en crise, et de ne pas se donner les moyens d'un projet de soins qui est vraiment... qui va s'inscrire dans la pérennité et la durée... Déjà on ne crée pas les conditions de cette autonomie qui va permettre à un jeune adulte après de reprendre sa vie et... Et puis, et puis voilà ! On crée les conditions de la prochaine crise. » (3)

Les causes de cette fuite en avant résident dans la temporalité sociale à l'adolescence. Le rythme scolaire est accéléré, chaque orientation est irréversible et l'insertion socioprofessionnelle doit être le plus précoce possible. Les psychiatres décrivent ces exigences sociales par la métaphore de la réalité. L'école n'attend pas que la construction du jeune soit solide, et ne lui donne aucune seconde chance. Lorsqu'un établissement scolaire a exclu l'enfant, il ne le reprend pas.

« On voit pas mal d'adolescents qui sont dans ce que les gens appellent des phobies scolaires, ou des trucs comme ça. Où, lorsque ce ça se pérennise, ont des conséquences assez redoutables. [...] Parce que la réalité n'attend pas. Parce que l'école, jusqu'au bac, on peut difficilement redoubler plus de deux fois. En plus, même en redoublant deux fois déjà ça pose des problèmes. » (4)

Pris dans une course contre la montre, le jeune et ses parents épuisent une à une des ressources non renouvelables. Les psychiatres emploient la métaphore du parcours pour décrire cette fuite en avant qui retarde les soins.

« Il a 13 ans, il est en cinquième. Donc il a déjà commencé son parcours, il change d'établissement d'une année sur l'autre, ou il part en classe relais ou... Mais... je dirais que... Alors, je trouve qu'on arrive déjà bien tard. » (3)

Dans la situation inquiétante, la construction fragile fait l'objet de menues réparations, autorisant la poursuite du fonctionnement en l'état. Le psychiatre, les parents et le jeune rafistolent les dégâts tout en évitant de se confronter au véritable problème.

« Je dis pseudo-intégration, parce que quand on prend un jeune de 18 ans qui en six ans a fait six établissements différents... On peut se demander de quelle adaptation il s'agit. » (3)

« Ce n'est même pas représentable pour eux, en tout cas à ce moment du suivi, que leur enfant puisse ne pas être intégré. [...] Sans arrêt, ils raboutent, ils colmatent. » (3)

Ce blocage contribue à maintenir les difficultés mentales et émotionnelles de l'adolescent invisibles, et organise l'inquiétude du psychiatre, lequel décrit la situation inquiétante comme une impasse, annonciatrice d'un futur bouleversement.

« On n'est plus libre de ce qu'on fait, parce qu'on a cette inquiétude de se dire " il faut que je fasse en sorte qu'au sortir de cette séance, ça puisse tenir jusqu'à la suivante" » (1)

« On se retrouve dans une situation où tout a été toujours à peu près colmaté, et on arrive à un moment de blocage, parce que ça ne peut évidemment pas tenir sur le long terme » (3)

Voir venir la catastrophe

Le psychiatre s'attend à une catastrophe, qu'il ne peut anticiper par son action médicale. Son inquiétude est suscitée par l'impossibilité d'agir dans le présent pour préparer un avenir dont les multiples indéterminations empêchent toute prise de décision : un trouble mental va-t-il se révéler? S'il survient, quelle serait sa nature? Quelles seraient les causes de son déclenchement? Et qu'advierait-il après?

Vers le basculement ou l'incomplétude

Dans un premier sens, la catastrophe attendue par le psychiatre est décrite par des métaphores de rupture de continuité. Le jeune risque de perdre l'équilibre de « basculer », ou de plonger irrémédiablement dans la folie. Le basculement désigne un événement irréversible. Si ce terme vient désigner l'apparition d'une maladie mentale grave, les psychiatres l'emploient pour désigner le patient, et non son état de santé. Ce n'est pas la maladie qui apparaît, mais le patient qui se transforme brusquement. Soit celui-ci bascule - du côté de la santé mentale ou du côté de la folie - soit il se « déstructure », c'est-à-dire que la construction de sa personne se désordonne totalement et irrémédiablement. La catastrophe représente ainsi soit une rupture de continuité dans la vie de la personne. Elle a alors un « avant » et un « après », est brutale et irréversible.

« La toute-puissance ne tient plus quoi... Mais ce n'est pas, il n'y a pas de cassure ! Ce n'est pas... ça prend l'eau doucement. [...] Je ne sais pas maintenant ... dans quelle mesure il pourra... basculer au niveau structural. » (3)

Dans un deuxième sens, la catastrophe se produit lorsque la construction de l'adolescent reste inachevée. Celui-ci demeure dépourvu de « structure », dans un état d'incomplétude éternel. Cet état, théorisé en psychanalyse par « l'absence de structure » ou par la « structure psychotique », causée par l'inaboutissement du conflit œdipien, s'apparente à une forme de vie biologique, désignant des êtres vivants qui ne sont pas considérés comme des êtres humains à part entière (Agamben, 1998). Le jeune dépourvu de structure dispose ainsi d'une vie naturelle, mais non d'une vie qualifiée.

« Pour les enfants psychotiques, il n'y a pas de latence, de même que plus tard, il n'y aura pas d'état adulte véritable – et même, souvent, pas d'adolescence psychologique. Il est donc plus exact de se référer à des âges chronologiques – pouvant correspondre par ailleurs à des âges physiologiques – et non à des stades psychologiques » (p. 75) (Amado, 1969)

Dans l'exemple suivant, un jeune psychiatre emploie ces métaphores théoriques puis s'en distancie rapidement pour décrire le contenu de ses craintes : une aggravation des difficultés du jeune patient qui viendrait compromettre son avenir.

« L'idée que, oui, il est fragile en ce moment, et que les choses peuvent basculer dans un sens ou dans l'autre. Donc, qu'il y a un « risque » - pour reprendre ton mot de risque – qu'il bascule vers une maladie plus compliquée, vers une structuration plus, ou vers une absence de structure – tu le penses comme tu veux, le débat n'est pas là – mais que ça tourne mal et que ce soit compliqué pour lui par la suite. Donc ça veut dire qu'on va le surveiller de près, et qu'on va mettre en place des soins pour l'accompagner. Et pour éviter que justement, il ne se déstructure complètement. » (8)

Vers un avenir indéterminé

Dans la situation inquiétante, l'avenir présente une double indétermination. D'une part, la survenue de la catastrophe est incertaine et sa temporalité l'est tout autant. Elle pourrait survenir immédiatement, dans un avenir à moyen terme, plusieurs années plus tard ou ne jamais survenir au cours de la vie de la personne.

« « Est-ce que finalement, il va arriver à contenir ça, et qu'il restera fragile mais que bien accompagné, il va pouvoir vivre avec ça ? [...] Est-ce que tout ça ne sera pas qu'une espèce d'émergence, au moment de l'adolescence, dont il ne va finir par récupérer, à peu près totalement ? Avec peut-être quelque chose qui apparaîtra dans plusieurs années d'ailleurs. Ou peut-être pas. » (1)

Ainsi, Roberts et Clarke montrent dans leur analyse de récits de femmes ayant été traitées pour un cancer du sein, la manière dont le déclenchement de la maladie - même si celle-ci a été soignée avec succès - occasionne une rupture biographique et l'émergence d'une profonde indétermination de l'avenir, lequel demeure voilé par la menace d'une rechute (Roberts & Clarke, 2009). Pour le psychiatre de même, le constat d'une première « crise » chez un jeune patient suscite une attitude expectative quant à l'éventuelle répétition d'un tel évènement.

D'autre part, la nature de l'évènement est incertaine. Si certains psychiatres décrivent explicitement les changements de comportement du jeune patient qui viendraient les alarmer (entretiens 3 et 12), d'autres évoquent les termes généraux de « rechute », de « décompensation » ou « d'incidence » (entretien 7). Enfin, un psychiatre craint la survenue d'un évènement de nature tout à fait indéterminée (entretien 4).

La nature de l'évènement est clairement décrite

« - Tu gardes quoi comme hypothèses de ce qui pourrait arriver ?

Là pour un jeune où je pense qu'il pourrait évoluer vers la schizophrénie ? [...] qu'il se mette à délirer, alors soit sous l'effet du cannabis, soit spontanément [...] qu'il se replie d'avantage, qu'il n'ait plus d'amis, qu'il inverse son rythme nyctéméral... Que... L'inquiétude des parents ! [...] Qu'il y ait des troubles du comportement, des bizarreries. ...Des choses inhabituelles...

- Des changements ?

Oui, des changements, oui. Dans son comportement, dans son rythme, dans ses activités, dans ce qu'il peut me dire. Enfin, si son discours était bien construit et que ça devient tout décousu, je vais m'inquiéter. » (12)

La nature de l'évènement est indéterminée

« Ça ne va pas être forcément une catastrophe. Si on arrive à passer du temps, un cap, à les aider, à être présent... A ne pas les laisser sombrer dans je ne sais pas quoi. » (4)

Le « retour de la réalité » déclenchera la catastrophe

Si la survenue et la nature de l'évènement attendu sont incertaines, sa cause est connue. Selon les psychiatres, la catastrophe surviendra sous l'effet de la « réalité ». Ainsi, la fuite en avant du jeune et des parents en dépit de problèmes inquiétants est désignée par la métaphore de la bulle spéculative, et la survenue de la maladie mentale est causée par la métaphore de la réalité. Telle une économie financière, les difficultés mentales de la personne sont temporairement masquées par une bulle spéculative, laquelle menace d'exploser sous l'effet

de l'économie réelle. Ainsi, le trouble mental du jeune patient se révélera de lui-même en dehors du temps de consultation avec le psychiatre.

« Je laisse aussi faire les choses dans la réalité en dehors d'un temps de consultation. [...] On peut avoir des inquiétudes sans être certain. Soit d'une rechute psychiatrique... soit d'une incidence majeure. Et de se dire parfois aussi, bah... la réalité nous dira. » (7)

C'est lorsque la personne sera confrontée à des contraintes sociales, désignées par « la réalité », que ses difficultés émotionnelles et psychiques se révéleront dans toute leur ampleur. Un psychiatre décrit ainsi un échec scolaire comme un « retour de la réalité » à même de faire décompenser son jeune patient.

« C'est "je veux gagner beaucoup d'argent et pas beaucoup travailler" en gros. Mais dans quelque chose de... qui est pas du tout ancré dans le réel quoi. [...] Je suis inquiet sur le fait que lui il se construit vraiment sur une identité négative, et je pense qu'à un moment s'il y a un échec - et il va y en avoir un qui viendra tôt ou tard - et il va y avoir une confronta... un retour comme ça du réel. » (3)

Le terme de « réalité » traduit des expériences émotionnelles douloureuses, tels le décès de grands-parents, une rupture sentimentale ou tout autre évènement grave.

« Je ne sais pas, il y a le décès de quelqu'un qui lui est, enfin, d'un parent ou d'un grand-parent, [...] une rupture sentimentale, si c'est un ado il a peut-être une petite copine ou un petit copain. ... Enfin si on pense qu'il peut évoluer vers une schizophrénie, c'est-à-dire vers une décompensation psychotique, je me dis que cela pourrait être des facteurs favorisant ou déclenchant d'un épisode. »(12)

Si la réalité s'impose au jeune patient et à ses proches, elle constitue également une épreuve pour les actions du psychiatre. Les aménagements sociaux organisés autour du patient révéleront ainsi leur efficacité ou leur insuffisance à pallier à ses difficultés.

« Dans la vie au quotidien... heu... je dirais eux et leur proches vont pouvoir se retrouver confrontés à la réalité. Et c'est au fil des jours. Au fil des expériences. Soit tout un tas de choses se mettent en place elles tiennent. Soit tout un tas de choses se mettent en place et ne tiennent pas. » (10)

Un psychiatre explique ainsi que la « réalité » sera une épreuve de vérité pour son jeune patient et pour elle-même, à l'issue d'une tentative d'insertion professionnelle au sein d'une unité de soins-études dont les exigences en termes d'horaires et d'efficacité sont nettement inférieures à celles du monde du travail.

« C'est ma curiosité à moi de savoir s'il peut faire ce CFA, de tenir des horaires et tout ce qui est l'exigence de la réalité. Parce que la quand je l'ai vu, il m'a bien dit que dans la bulle de [l'établissement de soins-études] il savait que s'il n'était pas là ou quoi, ce n'était pas trop grave. Alors que la perspective de vers quoi il va aller en nous quittant... [...] Il se demande s'il pourra. "Si j'aurai droit à l'erreur" ? Il dit "je ne sais pas si

je ne vais pas un jour chez mon employeur ou si je ne vais pas un jour au cours, j'ai l'impression que je me ferai virer". » (11)

Débuter une psychothérapie peut également être un changement suffisant pour déclencher la catastrophe. Le psychothérapeute aurait alors été iatrogène, en aggravant les difficultés du jeune par son action.

« Quand je suis encore dans les questions de « comment ça va... est-ce que ça peut virer sur une décompensation psychotique ? », je me garde de trop les ... de trop les interroger sur leur position subjective. Parce que quand un gamin, un ado, est *limite*... Si on va trop le chercher sur sa position subjective, c'est comme ça qu'on le fait décompenser aussi. Parce qu'il n'est pas à même de répondre ! et que ça l'angoisse de trop ! Et qu'il n'est pas assez solide. » (6)

Si la cause de la catastrophe qui menace le jeune patient est connue, ses conséquences sont plus variables. Le suicide, le délire, les hospitalisations, et l'absence d'insertion professionnelle sont fréquemment évoqués par les psychiatres. Un psychiatre décrit également la crainte que son patient ne commette des actes délictueux ou violents le conduisant à une incarcération.

« Je ne sais pas trop sur quel mode il peut décompenser. A mon avis ce sera plus sur une violence extériorisée. Enfin il a déjà parfois des actes violents un peu inquiétants, et il risque à mon avis de s'enfermer dans une espèce de carapace identitaire, psychopathique ou délinquante, et de finir... ... incarcéré ou en tout cas ... ou pris dans des fonctionnements... maf ... pseudo-mafieux ... enfin je ne sais pas trop. » (3)

D'autres conséquences ne sont que suggérées par les psychiatres. Qualifiées de « catastrophiques » (entretien 12), « redoutables » (entretien 4), ou de « dramatiques » (entretien 6), leur indétermination suscite moins d'inquiétude pour les psychiatres que leur caractère incontrôlable et irréversible.

L'engagement du psychiatre devient impératif

La gravité de la menace appelle le psychiatre à s'engager pour aider le jeune patient. Néanmoins, les incertitudes concernant les trois dimensions de sa pratique médicale – le diagnostic, le pronostic et le traitement – viennent entraver son action. Cette contradiction entre l'impératif à agir et l'impuissance, favorise l'émergence d'un coûteux engagement émotionnel de la part du psychiatre.

Au cours des entretiens j'ai fréquemment employé le mot d'inquiétude pour illustrer la situation où le psychiatre ne peut distinguer si le trouble du patient relève d'une détresse adolescente ou de l'émergence d'un trouble mental grave. Je posais fréquemment la question suivante « Qu'est-ce qui vous inquiéterait si vous rencontriez un adolescent ? » ou « Comment imaginez-vous l'avenir d'un adolescent qui vous inquiète ? ». Tous les psychiatres participants ont volontiers repris à leur compte cette terminologie. Je suggère ici que l'inquiétude du psychiatre est engendrée et modelée par la tension entre son attente d'un avenir effroyable pour le jeune et son sentiment d'incapacité à agir sur ce futur.

« - Je m'attends un peu au pire quoi. Généralement, je vois un peu le pire, le pire... heu... partout!! (éclate d'un rire nerveux). Enfin, dans une situation, j'ai tendance à voir un peu le pire (rire). A appréhender un peu le pire en tout cas.

- *Et tu t'y prépares au pire ?*

- ...heu... ... (long silence)...

- *...Ou juste ça t'inquiète ?*

- ... heu... Plus ça m'inquiète, je pense. Je ne m'y prépare pas non plus (rire). Non, parce que je ne me dis pas, je ne me dis pas non plus « ça ne peut être que ça ! », je ne me dis pas « ça sera ça ! Ce sera le pire ou quoi ». Je me dis que, enfin, « comment est-ce que ça va finir ? ». ... Je l'imagine plutôt mal. ... Enfin, ça reste assez flou. Une anxiété assez floue. ... » (12)

Le terme d'inquiétude, tel qu'il est employé par les psychiatres et défini dans le Littré⁴, autorise une fine description de leur état émotionnel. En effet, si la peur a un objet, un motif connu, l'inquiétude peut en être privée. Ne sachant quelle sera la nature exacte du trouble mental, le malaise du psychiatre est privé de cause identifiée. De plus, l'inquiétude traduit la pénible expérience que fait le psychiatre de sa propre incapacité d'action, face à des attentes pronostiques qui le tourmentent. Enfin, l'inquiétude décrit l'agitation intérieure du psychiatre, sa vigilance, son état d'alerte. En un aller-retour perpétuel, ses questions pronostiques insolubles ne se dissipent que pour mieux réapparaître à la vue du jeune patient dont le trouble menace de le faire basculer dans la folie.

La situation de son jeune patient constitue ainsi pour le psychiatre un impératif à agir. Cette personne ne vit pas uniquement l'expérience d'une maladie, elle est façonnée et transformée sous l'effet d'un éventuel trouble mental. Assister à ce processus engage alors le psychiatre qui en est témoin et l'incite à un travail d'alerte en dépit de son incertitude pronostique. En effet, un individu n'est pas lanceur d'alerte par nature mais le devient par nécessité

⁴ L'inquiétude désigne « *une agitation pénible et douloureuse que cause une crainte quelconque* » (Littré)

(Chateauraynaud & Torny, 1999). Dans la suite de ce chapitre je vais décrire la manière dont les psychiatres résolvent cette tension lors de leur travail clinique, par le biais d'un coûteux engagement personnel et émotionnel venant répondre à l'éventuelle émergence d'un trouble mental grave.

3.2. Quel est le travail du psychiatre face à une situation inquiétante ?

Regarder le danger en face

L'importance du sens commun

L'inquiétude des psychiatres émerge d'une perception intuitive et sensorielle du problème de leur jeune patient. Selon Chateauraynaud et Torny, le sens commun – en tant que fond commun d'expériences sensibles – est indispensable à l'émergence d'une alerte. En effet, « l'expérience de la catastrophe et la connaissance des dangers font partie intégrante des compétences que les personnes, y compris les plus démunies, développent pour survivre » (p. 25) (Chateauraynaud & Torny, 1999).

« - *Qu'est-ce qui inquiète le thérapeute ?*

- Souvent c'est quand il y a ... on sent qu'il y a un moment... une menace suicidaire par exemple, ... des... effectivement... des propos qui deviennent de plus en plus déconnectés de la réalité, qui paraissent un peu délirants. (3)

« On sentait qu'il y avait une espèce de délire mégalomane » (3)

« Il y a des choses où on sent bien que ce sera très difficile ! » (1)

Ce sens commun est à prendre au sérieux, car la schizophrénie menace le cours entier de la vie d'une personne.

« La majorité des psychiatres a des outils de sens commun C'est ce que je vous disais, "la schizophrénie comme pas guérissable", l'immense majorité des psychiatres le disent comme ça. » (2)

Tout comme le sens commun, le « réalisme » consiste à regarder en face le danger que représentent les enjeux sociétaux liés à la maladie mentale (entretien 3). Ainsi, avoir peur de la maladie mentale est un devoir professionnel pour les psychiatres. Cette peur relève du bon sens, et nul ne doit l'ignorer.

Mener une investigation subjective

Le psychiatre, guidé par sa perception sensorielle, discerne une menace et mène l'investigation clinique. Il procède à une évaluation d'expert, en partant de la surface du patient pour aller chercher le trouble mental dans ses profondeurs (Barrett, 1996).

« Donc en creusant un peu, voilà... Parce qu'il pouvait comme ça présenter... paraître *quasi* normal comme ça au premier abord, et puis dès qu'on allait un peu plus loin quand même, on sentait qu'il y avait une espèce de délire mégalomane » (3)

Dans la situation inquiétante, le psychiatre privilégie l'évaluation subjective par rapport à une recherche d'objectivité. Chateauraynaud et Torny soulignent en effet qu'une alerte n'a pas à être objective, contrairement au modèle positiviste de la preuve formelle. Elle doit uniquement « engendrer les bonnes épreuves, celles qui permettent de répondre à des doutes et des interrogations qui font sens pour l'organisation de la vie quotidienne » (ibid. p. 28). Ainsi, la logique d'alerte adoptée par les psychiatres lorsqu'ils rencontrent un adolescent pour lequel ils craignent la survenue d'une schizophrénie fait de la subjectivité leur outil de travail le plus pertinent. S'ils sont réticents à utiliser des outils pronostiques standardisés dans une telle situation, le choix délibéré de la subjectivité est en accord avec le rôle de lanceur d'alerte qu'ils endossent. En effet, « si le lanceur d'alerte humain reste supérieur à tout système d'alarme objectivé ou automatisé, c'est parce qu'il peut faire jouer l'une contre l'autre une capacité perceptuelle ouverte [...], une faculté d'interprétation [...] et une réflexivité s'appuyant notamment sur la mise en tension de sa propension individuelle et de l'intérêt général en adoptant le point de vue d'autrui » (ibid. p. 36). Une psychiatre évoque ainsi la manière dont elle serait tentée de procéder par tâtonnements dans la mise en œuvre d'un traitement médicamenteux, lequel pourrait lui fournir des indices ténus et subjectifs sur la nature du trouble de l'adolescent.

« Parfois, c'est vrai que je serais tentée de faire une sorte de traitement d'épreuve. C'est-à-dire de dire, "au fond, si on lui mettait un petit peu de neuroleptiques, on verrait si ça l'améliore ». Et si ça l'améliore, c'est quand même un indice. Pour le diagnostic aussi. Et c'est parfois aussi le cas pour un traitement antidépresseur. De se dire « si on le met sous antidépresseur, et s'il va

vraiment mieux... on pourra dire... voilà. ». ...Alors, bon, je ne suis pas si à l'aise que ça avec cette façon de travailler. D'abord parce que moi je ne prescris pas. Parce que je suis plutôt dans un certain minimalisme par rapport aux traitements médicamenteux... Donc, ce que je vous dis, c'est plutôt une tentation » (1)

La situation inquiétante constitue une rencontre clinique en dehors de toute expérience ordinaire pour le psychiatre. Face à un adolescent ni normal ni malade, sa méthode d'investigation s'apparente à l'exploration d'un phénomène inconnu. Par le biais d'essais prudents, d'erreurs et de réajustements, il s'adapte à la nouveauté. Dans cette logique d'alerte, ses capacités humaines subjectives surpassent celles de tout procédé objectif reposant nécessairement sur des critères préétablis. Néanmoins, tant que le sens commun du psychiatre et son évaluation subjective ne sont pas pris au sérieux par ses interlocuteurs dans le déni, son message d'alerte risque de ne pas être entendu. Il se doit alors de dénoncer l'aveuglement d'autrui face au danger.

Dénoncer l'aveuglement d'autrui

Lorsqu'ils sont confrontés à un adolescent qui les inquiète, les psychiatres ont le devoir de faire ouvrir les yeux de leur entourage sur le danger en présence. Le ton de leur discours devient alors celui d'un procès à l'encontre de ceux qui ignorent la menace. Si les parents ou des collègues « dans le déni » sont accusés d'irresponsabilité, celle-ci n'est pas due à une erreur d'appréciation des difficultés du jeune patient mais à la légèreté avec laquelle ils traitent cette question. Cette critique m'a ainsi été adressée par un psychiatre lors d'un entretien.

« - Et dans le cas des adolescents qui vous inquiètent ? Par exemple, je ne sais pas, un adolescent qui délire. Ou bien un adolescent qui aurait, disons de petites difficultés qui viennent s'ajouter par ailleurs ?

- Pourquoi vous dites de petites difficultés, vous ?! Parce que... Mais ce sont des grosses difficultés, non ?! Déjà quand vous délirez vous êtes quand même dans un truc, là... C'est quelque chose de délirer, hein ! » (4)

En effet, il ne s'agit pas uniquement de constater le problème du jeune patient, mais principalement de s'engager sur le plan moral. Il est impératif de reconnaître que son évolution est bien plus qu'un changement et qu'il s'agit d'une transformation de tout son être. A ce titre, Sue Estroff souligne que la schizophrénie est une maladie que l'on « est », plutôt qu'une maladie que l'on a. L'adolescent ne risque pas d'avoir une schizophrénie, mais de devenir schizophrène (Estroff, 1993). La situation est donc critique et « c'est une des

caractéristiques des situations de crise de provoquer des écarts de comportements et des dissonances de voix » (Chateauraynaud & Torny, 1999). Face à l'incrédulité et au mépris - qui sont les deux modes principaux de rejet d'une alerte - le ton du lanceur d'alerte évoque celui de l'accusation (ibid.). Ce même psychiatre poursuit en dénonçant l'incompétence de ses collègues, lesquels ont failli à leur devoir de s'investir personnellement et émotionnellement pour aider une jeune patiente dont la situation l'inquiétait. Ce psychiatre reproche moins à ses collègues leur évaluation des symptômes (la jeune fille délire-t-elle?) que leur faible engagement affectif vis-à-vis de cette jeune fille, au regard de l'ampleur de sa souffrance. Ici encore, la quantification de la souffrance de cette jeune patiente repose sur le bon sens du psychiatre, et n'a pas été objectivée.

« Je suivais une jeune fille qui avait un délire de transformation corporelle. [...] J'ai considéré qu'elle était très malade, et qu'il fallait absolument qu'il y ait une place réservée à cette grande maladie. [...] Elle devait passer de très mauvais moments, il fallait l'aider dans ce sens-là. A ce moment-là j'étais dans une institution où tout le monde m'est tombé dessus, en disant que non en fait, elle avait dit ça à un moment donné mais qu'en réalité non elle ne délirait pas. Donc, d'un côté il y a des gens qui disaient que ce n'était pas significatif de ce qu'elle pouvait vivre. Il s'est avéré que malheureusement j'avais parfaitement raison [...]. Ce qui m'avait inquiété moi à ce moment-là, ce n'était pas tellement de me demander s'il elle allait devenir schizophrène, c'était de me dire qu'au fond cette jeune fille souffrait énormément. Et qu'il fallait l'entendre et la considérer au niveau de cette souffrance, considérable. Que l'on ne pouvait pas la considérer, quelqu'un qui avait des « petits problèmes » justement. [...]

- *Donc, là, il se jouait aussi un désaccord autour de cette jeune fille ?*

- On pourrait dire qu'il y a peut-être des gens qui n'ont pas envie de considérer l'importance de la souffrance de l'autre. » (4)

En effet, alerter consiste à interpeller autrui et à dénoncer les marques d'indifférence face au problème. Ainsi, les aménagements de la famille qui retardent la prise en charge psychiatrique témoignent de l'irresponsabilité des parents face à l'inadaptation sociale de leur enfant.

« - Je pense que les parents, de par leur situation, avaient permis que ce jeune, bon an mal an, ne soit pas trop repéré et pris en charge. [...]

- *Avec une adaptation de la famille ?*

- Oui. Alors, avec une complicité ! Qui en aidant le jeune avec plein de moyens et cetera, a fait que, bon an mal an, il a maintenu une espèce de pseudo-intégration. » (3)

Dans une situation inquiétante, la dénonciation du déni constitue ainsi une étape essentielle de l'alerte lancée par le psychiatre. En refusant de voir le problème, les parents sont accusés d'accentuer le déni de leur enfant jusqu'à ce qu'il devienne un pré-délire, c'est-à-dire que l'enfant ait une image de lui-même trop en désaccord avec la réalité. Les parents se montrent

ainsi irresponsables, non seulement vis-à-vis de la société, mais surtout vis-à-vis de leur enfant puisqu'ils contribuent à le rendre fou.

« Les parents non seulement entérinent mais entretiennent parfois le discours de leur enfant. Discours qui consiste à dire, en gros "C'est pas moi qui vais mal, c'est les profs qui sont nuls, c'est l'institution scolaire qui est mauvaise, c'est..." . Alors du coup, pourquoi aller consulter un psy ? »
(3)

Un psychiatre estime en revanche que de trop nombreuses critiques à l'encontre de la famille risquent de le priver d'un interlocuteur utile, sans doute le seul à même de porter une assistance indéfectible au jeune patient souffrant de troubles mentaux, tout au long de sa vie.

« Aujourd'hui, quand je rencontre ces patients, avec la question de l'avenir. C'est de me dire : rien ne me dit que moi, ni même parmi mes confrères, on le soignera suffisamment bien pour qu'il puisse se passer de sa famille. Donc, aller taper dans la famille comme dans une fourmillière... je considère ça aujourd'hui comme dangereux. » (5)

Croire en la prophétie auto-réalisatrice

L'effet performatif des actions médicales

Lors des entretiens, les psychiatres étaient à même de décrire l'effet performatif de leurs trois actions médicales : le diagnostic, le traitement, et le pronostic. Le pronostic en particulier a un impact sur l'évolution des jeunes patients pour chacune de ses trois dimensions : concevoir des attentes pronostiques, se livrer à des anticipations, ou communiquer ces attentes (la prédiction). Les psychiatres font ainsi référence à la prophétie auto-réalisatrice telle que la définit Merton, en se fondant sur le théorème sociologique attribué à W.I. Thomas : « à partir du moment où les hommes considèrent une construction sociale comme réelle, alors elle est réelle dans ses conséquences » (Robert K. Merton, 1948). Cette notion a trouvé un écho en psychologie de l'éducation, et donné lieu à plusieurs travaux démontrant que la représentation qu'ont les professeurs des capacités de leurs élèves influence les résultats scolaires de ces derniers (Robert K. Merton, 1948; Rist, 1970; Rosenthal & Jacobson, 1968). Elle a été également utilisée par Christakis pour décrire la réticence des oncologues à s'engager dans des prédictions vis-à-vis de leurs patients concernant le temps qu'il leur reste à vivre. Lorsqu'ils doivent néanmoins prédire le délai de survenue de la mort, leurs estimations comportent un biais systématique de surestimation de la durée de survie. Cet optimisme

ritualisé s'explique par la croyance des médecins dans une prophétie auto-réalisatrice : sous-estimer la survie du patient pourrait avoir des conséquences néfastes, voire accélérer la survenue de sa mort (Christakis, 2001).

L'effet performatif du diagnostic

Premièrement, certains psychiatres se montraient particulièrement réticents à évoquer des diagnostics devant les patients et leurs familles. Un psychiatre évoque ainsi l'effet performatif de la communication d'un diagnostic de schizophrénie, laquelle crée d'elle-même la maladie. A ce titre, Rosenberg souligne le rôle croissant du diagnostic en médecine comme mode de légitimation de l'autorité médicale et de contrôle social en attribuant une signification culturelle à une expérience individuelle (Rosenberg, 2002). S'il évoque cette idée en s'en distanciant, ce psychiatre déclare ne pas faire usage des catégories diagnostiques psychiatriques dans son travail clinique quotidien.

L'étiquetage par le diagnostic

« D'un point de vue un peu fou comme ça, je dirais que j'ai l'impression que la maladie vient avec le diagnostic. Que tant que personne n'a dit que vous étiez schizophrène, bah vous ne l'êtes pas ! Vous êtes, ce que vous êtes. Ce côté de stigmatisation moi me gêne beaucoup, moi en psychiatrie. Même énormément je pense. Et ce n'est pas là-dessus que je m'appuie pour travailler, donc je n'ai pas tellement de raison de poser un diagnostic psychiatrique. Ça ne m'empêche pas d'être inquiet pour des tas d'autres raisons qui sont de l'ordre des symptômes, ou des conséquences des symptômes. (4)

Deuxièmement, un psychiatre critique avec ironie l'effet performatif du diagnostic sur la manière d'interpréter le parcours de vie d'une personne. Dès lors que celle-ci a eu des difficultés d'insertion sociale et des difficultés psychiques, les attentes pour son avenir seront pessimistes et chaque élément de son passé sera réinterprété a posteriori comme le signe avant-coureur d'une schizophrénie. Ainsi selon Bruno Latour, en sciences, la preuve est un élément équivoque et qui n'est reconnu comme valide que pour stabiliser un accord entre les différents acteurs (Latour, 1989).

Lire le passé à la lumière du diagnostic

« Moi quand j'ai appris la psychiatrie en CHU, mon chef de service me disait beaucoup qu'ils étaient courants dans la schizophrénie, les parcours atypiques.

- *Qu'est-ce que c'est un parcours atypique ?*

Bah, toute personne à « parcours atypique, plus des idées délirantes » ...méfie-toi, c'est un schizophrène !

- Mais c'est quoi un parcours atypique ?

Bah ce n'est pas dans la norme ! C'est à ça que ça revient. (rire) Si vous êtes atypique et que vous devenez Mickael Jackson ça va. Et si vous êtes atypique et que vous devenez éboueur, vous êtes un futur schizophrène. [...] Une insertion sociale précaire. Ou trop d'angoisse par exemple. Et puis, après coup tout prouve tout ! "Ah ça c'était déjà la schizophrénie...". » (2)

La quête identitaire des adolescents contribue également à l'effet performatif du diagnostic de trouble mental. Ce dernier, une fois évoqué, devient un rôle social et une identité subjective pour l'adolescent, qui préfère conserver une étiquette sociale déviante plutôt que de devoir renoncer à jouer son rôle.

« C'est plus fréquent qu'on ne le pense chez l'ado. Ils sont dans de tels questionnements identitaires de « qui je suis ? Et comment être ? », que finalement si on leur donne un mode d'emploi, même si c'est un mode d'emploi de folie, et bien, ils le prennent. Plutôt que de ne pas savoir faire, autant faire d'une façon, plutôt que de ne pas savoir faire... » (8)

L'effet performatif du pronostic

Si la communication d'un diagnostic fournit une étiquette venant attribuer une signification sociale à l'expérience subjective d'un trouble, la situation inquiétante concerne des adolescents qui ne souffrent d'aucun trouble catégorisable. Dans cette situation, prédire l'éventualité d'une schizophrénie est non seulement un étiquetage, mais crée de toutes pièces une identité de schizophrène pour un adolescent jusque-là vierge de tout trouble mental. Toute parole du psychiatre est ainsi appropriée par l'adolescent, même si ses difficultés ne constituent en rien les prémices d'une maladie mentale.

L'influence de prédictions

« Les ados ils sont en construction, et ils sont en recherche identitaire. Ils sont paumés. Ceux qu'on voit ils sont paumés dans ces questions-là très souvent, et si tu vas fixer quelque chose en disant « vous êtes psychotique » - c'est un peu caricatural, mais – [...]

- Et donc, est-ce que parler de risque de schizophrénie, même si on dit que c'est juste un risque, hein, que ce n'est pas sûr... Est-ce que en fait, cela pourrait avoir des conséquences directes sur le patient ?

Oui. Oui, ça peut, ça peut. C'est une des possibilités. Alors, je ne dis pas que ça le fait systématiquement. Mais sur des ados qui justement, sont dans des problématiques de construction identitaire, de pertes de repères et de difficultés par rapport à leurs identifications, cela peut venir fixer quelque chose qui, peut-être, aurait pu évoluer autrement. Je trouve que c'est un peu jouer les apprentis sorciers dans beaucoup de situations.» (8)

Ce psychiatre décrit ainsi les adolescents comme des êtres en construction, particulièrement vulnérables à la communication d'attentes pronostiques et diagnostiques. Cependant, même si le psychiatre ne divulgue en rien ses attentes, sa pensée elle-même a un effet performatif sur

l'évolution des jeunes patients. Ainsi, penser que les difficultés du jeune pourraient être liées à une psychose représente déjà une lourde menace pour son avenir.

L'influence des attentes pronostiques (l'effet de la pensée du psychiatre)

« L'ado, il est encore en construction, il est encore dans un entre deux où il existe et surtout, et parfois seulement parce qu'il existe dans ta tête. [...] La façon dont tu le penses, c'est en partie la façon dont il va se penser lui et dont il va être. Donc c'est pour ça que je disais tout à l'heure : le penser psychotique, il va forcément un peu l'être. [...] Effectivement, penser, penser la psychose, pour la suite, cela a plus de conséquences que de penser des troubles non fixés qui peuvent évoluer autant vers la psychose que vers la névrose. » (8)

Enfin, la dernière dimension du pronostic, l'anticipation, a également un effet sur l'évolution du jeune patient. Un psychiatre souligne que les anticipations scolaires créent un handicap pour le jeune qui n'a pas lieu d'être. Les orientations dans des classes spécialement dédiées aux élèves déviant de la norme contribuent à fixer une difficulté scolaire passagère du fait d'un processus de sélection irréversible des enfants par l'institution scolaire, sélection dont les psychiatres se rendent complices.

L'influence des anticipations scolaires

« La prolifération du médical dans les écoles est une psychiatrisation à outrance ! On a remplacé l'exclusion par la ségrégation. Et avec la ségrégation votre pronostic est engagé. Un gamin en CLIS, pour qu'il aille dans un lycée normal, il faudra qu'il s'y mette de bonne heure.[...] Et les psychiatres sont complices, ce sont eux qui font des certificats, pour faire de leurs petits patients des handicapés. [...] C'est une mesure pédagogique, ce n'est pas une prescription médicale ! Il n'y a pas besoin d'être fou, handicapé, je ne sais pas quoi. On n'avait qu'à dire « irons dans cette classe les enfants qui ont besoin, et c'est l'école qui décide ». [...] L'école exige des bilans, la MDPH exige des bilans, mais ce n'est pas écrit dans la loi. [...]Pour matérialiser bien la chose.

- Et donc, ce que vous voulez dire, c'est que quand un enfant rentre en CLIS son avenir scolaire compromis ?

En tout cas, il est sérieusement entamé. Sérieusement. Des fois, des fois au collège ils ont une deuxième chance. Des fois. Mais il est sérieusement entamé. Ce qui renforce l'idée que la CLIS est nécessaire ! Ils disent "c'est bien la preuve qu'il avait besoin d'une CLIS" ! » (2)

L'effet performatif du traitement

La prescription de médicaments dont l'indication principale est le traitement de la schizophrénie a également un effet performatif sur l'avenir du jeune patient. Considérés comme devant être prescrits à vie, ces traitements sont poursuivis indéfiniment, aucun psychiatre n'osant les arrêter par la suite, par crainte d'une décompensation. Un psychiatre estime ainsi que l'introduction des neuroleptiques a favorisé l'émergence d'une vision de la schizophrénie comme une maladie incurable. S'il était possible de guérir de la schizophrénie

avant l'introduction des neuroleptiques, leur indication actuelle de prescription continue crée la chronicité du trouble par son effet performatif.

« C'est étonnant de voir que dans les années 50, entre 15 et 20% des schizophrènes guérissent. Guérissent. On parle de guérison du schizophrène à gogo ! En 2015, il n'y a aucun schizophrène qui guérit. [...] Avec l'introduction des psychotropes, les psychotropes deviennent pronostiques aussi.

- *Et du coup c'est l'invention des psychotropes qui transforme la schizophrénie en maladie à vie ?*

[...] Vous connaissez un seul psychiatre qui ose arrêter un traitement neuroleptique ? [...] Quand vous dites à un gamin de 18 ans qu'il est schizophrène, vous pouvez être la plus « open-minded » du monde, vous êtes en train de lui dire qu'il va crever de schizophrénie. Donc dire en fait « psychotique », et bien on échappe un peu à ça. [...]

- *Mais j'ai quand même l'impression que pour certains ados de 18 ans justement, il n'y a pas de nom qui est dit, mais il y a quand même un traitement.*

- Oui. C'est exactement ce que je dis. Le traitement est un diagnostic. Et un pronostic. [...] Après, l'avantage des jeunes fous c'est qu'ils sont très rebelles, donc ils peuvent arrêter leur traitement...[...] Parfois, je préfère que les gens trouvent un psychiatre de confiance avec lequel ils peuvent débattre et discuter de tout ça et en parler, et arrêter le traitement ensemble.

- *Est-ce que les psychiatres sont prêts à arrêter... ?*

- Oui, oui. Encore une fois, le traitement, ce n'est pas un but dans la vie, non plus. Mais c'est difficile, même pour un psychiatre très bon aujourd'hui, de dire "je vais arrêter les neuroleptiques". C'est très difficile. Pour quelqu'un qui a 30 ans, et que ça fait 10 ans qu'il en a, on a tout de suite l'impression qu'on prend des risques démesurés...

- *Et qu'est-ce que c'est ce risque ?*

La décompensation ! Qu'il recommence à délirer, qu'il soit hospitalisé... Mais c'est évident, s'il va bien avec, alors il reste comme ça. Mais les effets secondaires sont terribles. [...]

- *Et vous pensez que les gens tentent, ou pas alors ?*

Moi je pense que les gens ne tentent pas, non.»

Pour autant, ce point de vue doit être nuancé. Plusieurs psychiatres m'ont confié avoir accepté d'arrêter les traitements, en accord avec leurs jeunes patients. Dans la citation suivante, une psychiatre évoque la rechute d'une jeune fille à l'arrêt de son traitement, la longue hospitalisation qu'elle a dû subir, et le douloureux impact de cette décision. La rechute contribue également à modifier les attentes pronostiques et les hypothèses diagnostiques font ici l'objet d'une négociation entre la psychiatre spécialiste d'adolescents et le psychiatre spécialiste d'adultes.

« La question de ces jeunes, récurrente et tout ça c'est de dire "Est-ce que je suis malade ? Est-ce que je suis malade pour toujours ? Qu'est-ce que j'ai ?", ou "Et puis là je me sens bien donc". Voilà. Et à un moment donné, dans cette situation-là particulière, de ne pas pouvoir justifier le maintien d'un traitement médicamenteux. Et traitement que donc on a arrêté. (silence) Et il y a eu une rechute. [...] Une *bonne* rechute. Il y a un épisode délirant. [...] Et à ce moment-là, cette jeune de 18 ans, est hospitalisée en urgence sur son secteur adulte. [...] Cela a été une lourde hospit', elle a été vraiment vraiment pas bien... Et, et, la question se posait, à ce moment-là, pour le collègue adulte qui la recevait...d'un processus schizophrénique ! [...] Alors. Bon. C'est vrai que, vu le tableau initial, vu la récupération, moi j'avais parlé, bon, plutôt d'un risque de trouble de

l'humeur.... Et, bon. Quand on en a discuté avec le collègue adulte, heu, j'étais... finalement... plus là-dessus » (7)

Un psychiatre explique que lorsqu'il se pose la question d'un éventuel début de schizophrénie chez un adolescent, il préfère prescrire des médicaments utilisés aussi bien pour le traitement de la schizophrénie que pour d'autres troubles. Au-delà de pallier à son incertitude diagnostique, ce choix de médicament permet d'entretenir une incertitude pronostique fonctionnelle. Si le médicament est utilisé dans diverses maladies, alors l'adolescent ne saura pas quelles sont les attentes du psychiatre pour son avenir. Cette incertitude pronostique fonctionnelle permet d'éviter l'effet performatif du traitement sur le pronostic du jeune patient. Dans l'extrait suivant, le psychiatre explique que choisir un médicament uniquement utilisé dans le traitement de la schizophrénie, suppose de concevoir cette éventualité pour l'avenir du jeune. Comme je l'ai écrit précédemment, cette attente pronostique, même si elle n'est qu'une pensée secrète du psychiatre, va directement influencer l'avenir de l'adolescent.

« - Est-ce que ça vous arrive de tenter, avec un ado dans une situation est atypique, pour lequel se pose la question d'une éventuelle future schizophrénie, par exemple les dépressions atypiques dont tu parlais, est- que ça vous arrive de tenter un traitement d'épreuve neuroleptique ? Sans diagnostic, hein.

- Oui ! Sauf que... Alors je vais encore te répondre de manière encore détournée, hein (rire). Oui. On en utilise régulièrement oui. [...] Mais, encore une fois, c'est des traitements qui ont différentes indications. [...] Donc, quand on les met, on ne les met jamais dans l'idée que ça va guérir leur psychose, que ça va soulager leur psychose. Plutôt, on les vend parce qu'on y croit sur le plan de l'impulsivité notamment. Et notamment on insiste sur l'idée qu'on ne les met jamais au long cours. [...] Parce que toute la problématique du traitement au long cours, du traitement à vie, et de tout ce que ça implique. ... Donc on voit l'autre côté. Et c'est compliqué d'imaginer traiter un ado à vie. [...] Déjà c'est moins connoté pour l'ado. Et ça c'est extrêmement important ! [...] Je crois que pour l'ado, comment tu le penses, c'est essentiel. » (8)

Faire bon usage de la prophétie auto-réalisatrice

La situation inquiétante éclaire la manière dont les pronostics des psychiatres sont influencés par leur croyance dans la prophétie auto-réalisatrice. Les psychiatres craignent que la communication de leurs attentes pronostiques ne catalyse la survenue du trouble mental chez leurs jeunes patients, ou n'aggrave leurs difficultés. Annoncer des attentes pessimistes, que ce soit au jeune ou à ses parents influencera leur manière de se représenter l'avenir et par conséquent l'évolution elle-même. La norme professionnelle interdisant les prédictions est alors décrite comme un véritable outil de prévention du trouble et comme un engagement

moral. A ce titre, faire bon usage de la prophétie auto-réalisatrice s'apparente à l'impératif de ne pas nuire, « primum non nocere », du serment d'Hippocrate.

« La question du pronostic en psy c'est un peu pareil. Si on annonce quelque chose qui va arriver de façon inéluctable, et bien, ..., on, ... ça arrive. ... C'est connu en économie ça, la prophétie auto-réalisatrice. Si on ne laisse pas les choses ouvertes, et bien, évidemment, si on considère que « vous avez une PMD ça va évoluer comme si comme ça », et bien, pourquoi faire une psychothérapie ? Ce qu'on a dans la tête pour un patient, ça influe sur ce que lui va en faire. Et alors c'est vrai pour les enfants et les adolescents, et puis c'est vrai aussi dans le discours qu'on tient aux parents. Parce que si les parents projettent que c'est râpé, évidemment, même si on ne leur dit pas à eux... ça va aussi influencer sur l'évolution. (1)

Un jeune psychiatre souligne l'interdiction professionnelle d'évoquer des troubles mentaux chroniques et graves comme la bipolarité ou la schizophrénie chez les adolescents.

« Poser un diagnostic de dépression ça ne nous pose pas de problème. Mais poser des diagnostics de psychose, de maladie bipolaire, de... tout ça. Je trouve ça compliqué chez l'adolescent. Je trouve ça compliqué... Et... je... Bon. On se l'interdit un petit peu. On se l'interdit un petit peu. » (8)

Ainsi, l'interdiction de prédire un risque de trouble mental à de jeunes patients est profondément liée à la crainte de la prophétie auto-réalisatrice. Au contraire, dans leur travail clinique auprès d'adultes, les psychiatres expliquent que l'omission du mot « schizophrénie » leur permet de gérer de nombreuses incertitudes médicales, l'absence de demande d'informations de la part du patient et tout en préservant une relation de « bonne qualité » (Leray, 1992). La crainte d'entraîner une stigmatisation sociale et une expérience subjective douloureuse sont également des arguments classiques (Atkinson, 1989; Marie-Carmen Castillo, Lannoy, Sez nec, Januel, & Petitjean, 2008; Leray, 1992). Toutefois, Atkinson critique l'attitude charitable et moralisante des psychiatres dissimulée derrière la volonté de ne pas nuire, et Castillo montre que les personnes cherchent activement des informations sur leur trouble, sont soulagées de connaître leur diagnostic et que cette annonce améliore leurs relations avec leur psychiatre (Atkinson, 1989; M. -C. Castillo, Urdapilleta, Petitjean, Sez nec, & Januel, 2008).

Néanmoins, les entretiens que j'ai réalisés auprès de psychiatres spécialistes d'adolescents mettent en lumière une autre dimension sous-jacente à la « volonté de ne pas nuire ». Prononcer le mot de schizophrénie, précisément lorsqu'il ne s'agit que d'une éventualité, s'apparente à une malédiction. Le mot lui-même, tel un médiateur de la prophétie auto-réalisatrice, risque d'influencer considérablement le pronostic du jeune patient, alors en bonne santé et au tout début de sa vie. Au contraire, l'idée selon laquelle l'avenir du patient sera

amélioré grâce au suivi psychiatrique est une croyance revendiquée comme un outil de travail efficace.

« Donc, si, je me dis qu'on les aide un petit peu ces ados. Qu'on les aide un petit peu. Sinon c'est sûr que je ferais autre chose.

- *Alors c'est un peu une croyance... ?*

Oui. Et je pense que c'est aussi cette croyance qui fait que ça marche.» (8)

Ainsi, en dépit de son ambivalence émotionnelle – tantôt optimiste mais pas trop, tantôt pessimiste sans sombrer dans le désespoir – le psychiatre s'engage dans l'action auprès du jeune patient. Il a l'impératif moral de croire en quelque chose, malgré un sentiment d'échec permanent. Ainsi, une jeune psychiatre explique la manière dont le devoir professionnel de croire en la prophétie auto-réalisatrice lui est enseigné par une psychologue plus expérimentée de son service.

« Tu as un sentiment d'impuissance, d'échec un peu permanent. Et, en en discutant avec la psychologue dans le service tout ça, elle mettait en avant que, vraiment, avoir... avoir... pour l'enfant, c'est quelque chose qui l'aiderait à évoluer. Et qu'il fallait, qu'il fallait y croire. Et quelque part, il faut y croire. Il faut croire. Il faut croire un minimum à quelque chose. Voilà. Elle, elle pense que si on n'y croit pas, on ne peut pas faire avancer les choses. »(12)

Si l'action du psychiatre – par sa pensée ou par sa pratique – influence un tant soit peu le devenir du patient, alors celui-ci se doit d'adopter une attitude optimiste, de manière à faire bon usage de la prophétie auto-réalisatrice et à protéger le patient contre la menace du trouble mental. Dans la situation inquiétante, le psychiatre n'a rien à perdre à « croire en quelque chose » jusqu'à ce que le doute ne soit plus permis. Cette gestion de l'incertitude est considérée par les psychiatres comme ni plus ni moins déraisonnable qu'une autre, et s'apparente de ce fait au pari pascalien.

Enfin, même lorsque la survenue d'un grave trouble mental ne laisse plus de place au doute, continuer à « croire en quelque chose » conserve deux fonctions essentielles dans le travail clinique. D'une part cette croyance encourage le psychiatre à poursuivre son action, d'autre part elle traduit un bon usage de la prophétie auto-réalisatrice, de manière à être le plus bénéfique possible au patient. Une psychiatre est ainsi convaincue que l'un de ses patients n'aurait jamais eu une évolution aussi favorable de son trouble mental chronique si celui-ci avait été considéré de nature schizophrénique. Au-delà du suivi et des traitements mis en place, la conviction de la mère de cet homme et de sa psychiatre qu'il ne souffrait pas de schizophrénie mais d'une psychose maniaco-dépressive, a contribué à son évolution positive. La prophétie auto-réalisatrice agit ainsi par le biais de la communication avec le patient, mais

également par celui de l'influence directe de la pensée du psychiatre, du patient, et de ses proches.

« C'est vrai que moi je ne l'ai jamais considéré comme un schizophrène. Moi je pense que justement, quand il a fait sa première grande bouffée délirante, moi je pense que ça aurait été une erreur de faire un diagnostic de schizophrénie. Parce que je pense que ça aurait barré beaucoup de choses, à ce moment-là. Et je pense que ça aurait été négatif, même sur le plan de son évolution. Il se trouve que ce patient a une mère psychiatre, et que ça a joué aussi dans la façon dont il a été traité. Et alors même que cette bouffée délirante était extrêmement importante, il n'a pas été hospitalisé ce patient. Il a été traité par le chef de service de sa mère, qui s'en est occupé à domicile. Avec des neuroleptiques et cetera. [...] Il n'était pas question pour sa mère, qui était une femme de formation psychanalytique, de considérer qu'il était schizophrène. En tout cas, je pense que ça a été bénéfique, parce que... de fait, je pense qu'aujourd'hui, de recevoir un diagnostic ... - à l'époque je ne sais pas exactement le diagnostic qui a été fait, je pense que c'était un diagnostic de bouffée délirante -, mais en tout cas au deuxième épisode, le fait qu'on pose un diagnostic de psychose maniaco-dépressive - même si, c'était quand même pas très évident [...] N'empêche quand même, que je pense que cette idée comme ça qu'il allait quand même finalement sortir de cet épisode, même si ça a été très long ... [...] N'empêche qu'ensuite, il va repasser 15 ans, très très bien ! »(1)

Pour autant, la croyance dans la prophétie auto-réalisatrice s'inscrit et se remodèle dans la temporalité du soin psychiatrique. Si les psychiatres craignent son influence en début de suivi d'un jeune patient dont l'avenir est indéterminé, ils sont à même de s'en distancier a posteriori lorsque l'évolution a battu en brèche le pronostic annoncé initialement. Ce n'est alors plus la prophétie auto-réalisatrice qui est responsable de l'évolution positive du patient, mais le suivi psychiatrique. Un psychiatre évoque ainsi une jeune fille pour laquelle il a posé un diagnostic de psychose qui s'est révélé erroné quelques années plus tard. Ses collègues l'ont alors rassuré en lui disant que ce diagnostic leur avait permis de la soigner « comme psychotique » et que les multiples modalités de traitement mises en œuvre (psychothérapie, médicaments, psychodrame, suivi de sa famille) avaient contribué à son évolution favorable (entretien 5).

Une autre psychiatre décrit la douloureuse expérience d'un jeune patient pour lequel un diagnostic de schizophrénie s'est également révélé erroné. Elle se distancie néanmoins de la prophétie auto-réalisatrice pour considérer que les soins psychiatriques et le long suivi de toute la famille sont responsables de l'évolution positive de ce patient.

Moi j'en ai eu un comme ça avec ce diagnostic, ce qui me vient d'un jeune qui est venu avec le diagnostic de schizophrène. [...] Mais je le sentais pas du tout du tout schizophrène ce garçon à la première rencontre. Et c'est sans doute un trouble de la personnalité avec une grande fragilité narcissique mais ce n'était pas un schizophrène. Et c'est le temps qui a permis de le dire et on a beaucoup travaillé ce diagnostic de schizophrénie et l'impact que cela avait eu sur lui et sur ses parents. Et quand il est parti après avoir eu le bac, et pour faire des études universitaires, il pouvait nous dire comment cela avait été douloureux, pour eux que cela avait fait peur, que cela avait inquiété... Bon enfin oui. [...]

- C'est ce que disent certains psychiatres, c'est que quand on dit "vous êtes schizophrène, finalement les adolescents pourraient peut-être s'approprier, ce diagnostic ?

N'importe qui. Le coté histrionique. Quand on pense à tous les diagnostics c'est l'hystérie. Ceci étant, il a une forme de fragilité mais il est bien suivi, il fait une psychothérapie, on l'a beaucoup accompagné, il y a eu tout un travail avec toute la famille, parce qu'on soigne aussi les parents, quoi ! » (10)

Ainsi, quel que soient la prédiction initiale et l'évolution observée, les psychiatres estiment en définitive que leurs soins ont été bénéfiques. Si en début de parcours, il s'agit d'éviter que la prophétie auto-réalisatrice ne déclenche un trouble ou n'aggrave l'expérience subjective du jeune, en fin de suivi au contraire, les psychiatres estiment que leurs soins ont répondu à une authentique souffrance du jeune et de sa famille même en l'absence de trouble mental grave, voire qu'ils ont empêché la survenue du trouble.

Peu de psychiatres évoquent la possibilité qu'un adolescent ne se saisisse de l'annonce d'un risque de trouble mental pour contester l'opinion du psychiatre et contredire par ses actions le pronostic initial. Dans la situation inquiétante, le jeune patient est le plus souvent objet, soit de l'influence de la prophétie auto-réalisatrice, soit des soins psychiatriques. Seul un psychiatre mentionne la manière dont les adolescents et leurs familles peuvent se saisir d'un pronostic pessimiste et de l'expérience de précédentes hospitalisations pour réagir et dépasser leurs propres difficultés.

« On essaye de les [les parents] informer sur un pronostic à court et moyen terme en leur disant "écoutez, la situation risque d'exploser de nouveau". [...] Après il y a une autre question encore qui concerne les ados parfois. Qui est celle d'en avoir marre d'être hospitalisé (rire). Et de lâcher un peu ce fonctionnement là et de dire "mais qu'est-ce que je peux faire pour ne pas me retrouver toutes les deux trois minutes aux urgences et après sur le secteur, et après hospitalisé sous contrainte ?". Voilà, quand ils se fatiguent d'être sous contrainte ! (rire)

- Du coup c'est l'ado qui décide de changer quelque chose, c'est ça ?

Je pense qu'il y a un truc qui bouge à un certain moment. Je pense plus à l'âge adulte quand ça retombe directement sur leurs épaules. (long silence) Mais oui il y a des fois où on se dit "Peut être qu'ils vont en avoir marre de se faire constamment hospitaliser". Ça peut réveiller le jeune et parfois ça peut aussi réveiller la famille. » (10)

Synchroniser divers interlocuteurs

Lorsqu'il s'interroge sur l'éventuelle émergence d'un trouble mental grave chez un jeune patient, le psychiatre doit sortir du blocage que constitue la situation inquiétante. Il ne peut rester seul face au processus en cours et doit s'entourer d'interlocuteurs avec lesquels il partage un langage commun. Le jeune patient, sa famille, et les collègues, sont autant

d'interlocuteurs auxquels le psychiatre doit transmettre son message. Il associe alors deux dimensions de son travail clinique : une dimension d'alerte et une dimension pédagogique. Ce faisant, il travaille à ce que tous ces acteurs se mettent au même niveau, se synchronisent, aussi bien dans leur perception du problème du jeune, que dans les actions qu'ils mettront en œuvre pour y répondre.

Faire appel aux collègues : « je ne reste pas seule »

Une des premières actions du psychiatre lorsqu'il se demande si un jeune patient va développer un trouble mental grave est d'alerter ses collègues. Les psychiatres que j'ai rencontrés étaient à même de décrire le déploiement rapide d'un dispositif qualifié de « mise en place d'un réseau ». Cette interpellation d'autres professionnels offre en premier lieu une réponse à l'inquiétude du psychiatre. Ainsi, la citation suivante illustre la manière dont les collègues, certes investis d'un rôle professionnel, constituent avant tout un entourage humain pour la psychiatre. Leur présence la reconforte et lui permet de partager ses craintes pour l'avenir du patient. Son discours, passant de « je ne reste pas seule » à « pour que l'on ne soit pas seul », traduit la transformation de son vécu subjectif en expérience collective, grâce au dialogue avec des interlocuteurs ayant vécu des expériences similaires.

« - Comment vous faites pour un adolescent qui vous inquiète ?

« Je ne reste pas seule. Je mets une consultation hospitalière, ou un autre psychiatre en libéral avec moi. Pour qu'on ne soit pas seul. Et pour ne pas être à toutes les places au même temps. Ne pas être celle qui écoute l'adolescent, celle qui s'occupe de l'orientation scolaire, celle qui s'occupe des parents... Parce qu'on n'y arrive pas ! On n'y arrive pas. Enfin, moi je n'y arrive pas ! Moi je n'y arrive pas. [...] Si je suis vraiment inquiète, moi je demande l'avis de collègues. Et je demande éventuellement un bilan. Si je suis vraiment très inquiète. Je ne reste pas toute seule, hein. A me dire « ça va arriver ? Ça ne va pas arriver ? » et cetera. Non (rire), ce n'est pas une bonne idée ! » (6)

Le soulagement du psychiatre provient également de la possibilité de déléguer certaines tâches ingrates. Les risques immédiats pour le jeune patient, les indications d'hospitalisation et la prescription de médicaments, une fois prises en charge par le réseau, libèrent le psychiatre, de sorte qu'il puisse s'investir dans son travail de psychothérapeute.

« Quand le thérapeute a ces inquiétudes, il en fait part au consultant de façon à préserver l'espace de la thérapie et de ne pas être pris dans des angoisses massives, par la crainte qu'il y ait un passage à l'acte [...] S'il y a une indication d'hospitalisation, ça se travaillera avec le consultant. [...] Je pense que le thérapeute est préservé justement de ça, de ce qui se passe dans la réalité. En partie tout du moins. C'est sans doute une des conditions du travail psychothérapeutique.

C'est qu'on ne soit pas sans arrêt repris par "Qu'est-ce qui va se passer ?" ... « Quels vont être les projets ?" » (3)

Le réseau autorise également la diffraction de la surveillance exercée sur le jeune, de manière à ce que celle-ci reste discrète. Une psychiatre regrette ainsi de ne pas être tenue informée par ses collègues à l'hôpital, ce qui lui aurait permis d'avoir des nouvelles de son jeune patient sans faire part de sa préoccupation à la famille.

« Je sais que ça c'était mal passé en hospitalisation... Mais où est-ce qu'il a été réorienté ? ... Je ne sais plus là. Avec les hôpitaux qui ne prennent pas la peine d'appeler les thérapeutes... Et puis en libéral on ne peut pas rappeler les familles. [...] C'est intrusif ! Si on ne me donne pas de nouvelles, depuis mon cabinet je ne peux pas téléphoner pour dire "Et dites-donc, où ça en est ?" » (1)

En deuxième lieu, le réseau organise le travail des psychiatres vis-à-vis des familles. Tel un plan de bataille, cette segmentation professionnelle est décrite par des métaphores spatiales, chacun devant être à sa place et jouer son rôle. Lorsque le déni de la famille empêche l'action du psychiatre, le réseau devient le « réel » et sert de contre-pouvoir. Il permet de segmenter la famille en sous-unités – la famille, les parents, le jeune seul – et de diffracter les pressions et les injonctions sur les parents. Cette segmentation professionnelle est généralement théorisée en psychanalyse par la segmentation du contre-transfert.

« Moi je l'ai reçu en tant que consultant. Donc je le recevais avec ses parents. Et puis on a essayé de mettre en place une thérapie, donc, là c'était un espace que pour lui. [...] Alors le dispositif est toujours bifocal, donc quand il y a une thérapie, il y a toujours un espace de consultation. De façon à différencier les lieux entre l'espace psychique, où c'est l'espace de la thérapie... et puis un espace où on tient un peu les deux rênes, c'est-à-dire qu'on est dans une dialectique entre la question de la réalité de ce qui se passe dans l'intégration sociale, dans les projets scolaires, et au même temps, quel sens cela a pour ce jeune, quelles représentations il s'en fait. » (3)

Un psychiatre décrit ainsi la manière dont le dialogue régulier avec un autre interlocuteur, ici une psychologue, permet de faire envisager progressivement aux parents un projet pour leur enfant qu'ils auraient certainement refusé s'il avait été seul à le formuler.

« Quand un enfant prépare la suite, de ce qu'il va faire dans les années à venir, les parents et l'enfant rencontrent un psychologue qui n'est pas le référent. [...] Mais c'est un psy qui fait l'orientation [...] qui va proposer d'autres choses : un hôpital de jour ? un internat ? Et on en discute avec la famille. La famille en rediscute avec moi "là-bas on m'a dit que..." ». Et ce pingpong-là permet à une famille qui aimerait se séparer d'un enfant et qui n'oserait jamais me le dire, et bien, de dire là-bas "Je pense qu'il est temps qu'il aille en internat". » (2)

Cette segmentation professionnelle en « réseau » permet enfin de communiquer au patient et à la famille des incertitudes diagnostiques sous la forme d'un désaccord entre collègues. Si

reconnaître de manière individuelle une incertitude diagnostique ou se contredire entre collègues risque de discréditer les psychiatres, faire état d'une réflexion collective sur le trouble du jeune patient permet d'éviter que les incertitudes de la situation inquiétante ne soient un obstacle à sa médicalisation (entretiens 1 et 5).

« Je pense que pour toutes les choses graves, la dynamique collégiale elle est intéressante. Vraiment. Ou d'être à deux ou à trois. Par exemple un psychiatre prescripteur et un psychanalyste. Ou un psychiatre prescripteur et une équipe de thérapie familiale. Là c'est intéressant je trouve de réfléchir à plusieurs. De pouvoir en parler au patient et à la famille de façon cohérente. Ce qui ne veut pas dire consensuelle. Cohérent c'est de dire « on sait que Dr... ne veut pas penser que ce trouble est celui-là. On le lui a dit. Il sait qu'on vous le dit. Et nous on vous dit que ce trouble est plutôt celui-là d'après nous. [...] On est au courant du désaccord. Le pire c'est si on fait les choses sans se comprendre, ou qu'on les fait à l'opposé. » (5)

Gérer les attentes des parents

Inquiéter les parents à la « juste mesure »

Le travail clinique du psychiatre vis-à-vis des parents consiste à ajuster leur niveau d'inquiétude vis-à-vis du jeune pour le rendre identique au sien. Les parents ne doivent être ni trop inquiets, ni pas assez. Ils doivent se préoccuper de l'avenir de leur enfant dans une juste mesure, c'est-à-dire être aussi inquiets que le psychiatre lui-même. Cette adéquation ou inadéquation s'accompagne de l'attribution d'une intention aux parents. Ainsi, un psychiatre exprime son soulagement lorsqu'il appréhende de devoir alarmer des parents et découvre qu'ils sont en réalité tout aussi inquiets que lui. Ils sont alors considérés des interlocuteurs fiables et suffisamment compétents pour comprendre leur propre enfant.

« Au début de mon cabinet, quand j'avais à discuter de la fragilité – sans évoquer la psychose m'enfin – ... chez des ados extrêmement fragiles, et qu'on sentait extrêmement fragiles... J'étais extrêmement préoccupé sur la façon dont j'allais pouvoir l'annoncer aux parents. En fait les parents le savaient ! Les parents le sentaient. Et à chaque fois, j'étais hyper-stressé avant l'entretien en disant « Mais comment je vais le dire ? Et comment je vais amener ça ? Et il ne faut pas que je sois trop alarmiste ». Et finalement les parents le savaient. Et ça les rassure quand on leur dit ce qu'ils pensent. Et qu'ils n'osaient pas se dire. [...] En fait, les parents ils connaissent très bien leurs ados. » (8).

Au contraire, lorsque les parents sont moins préoccupés que le psychiatre par le comportement de leur enfant ou qu'ils l'interprètent d'une autre manière que la sienne, ils sont considérés irresponsables au regard du danger. Le travail clinique du psychiatre consiste alors à les inquiéter par le biais d'un intense engagement émotionnel et d'une argumentation destinée à les convaincre de la gravité de la situation. Chateauraynaud et Torny décrivent ainsi

la « logique du procès » employée par les lanceurs d'alerte lorsqu'ils doivent réveiller des interlocuteurs se méprenant sur la gravité de la menace (Chateauraynaud & Torny, 1999).

« Il m'est arrivé de militer auprès de familles en leur disant que leur enfant ne pourrait pas aborder les choses de cette façon-là, parce qu'ils ne tenaient pas assez compte de ses difficultés, qui étaient quand même très très importantes. Il y a une situation dont je me souviens très bien, parce que j'avais fini par m'énerver un peu. J'avais dit effectivement aux parents que ce qu'il avait... heu... que ces difficultés étaient très graves. Qu'on ne pouvait pas aborder les choses de façon éducative comme ils le faisaient. Parce qu'ils n'arrêtaient pas de Ils disaient qu'il ne travaillait pas assez, ceci cela. ... Et qu'il fallait qu'ils considèrent qu'il avait une sorte de maladie très grave dont il fallait vraiment s'occuper. » (4)

En retour, les parents sont tout aussi incapables de comprendre leur enfant lorsqu'ils sont « trop » inquiets, c'est-à-dire plus que ne l'est le psychiatre. Leur préoccupation en devient presque pathologique, même lorsqu'elle repose sur des arguments rationnels. Ainsi, une psychiatre explique que la mère d'un adolescent, souffrant elle-même de bipolarité, craint que son fils ne développe le même trouble qu'elle. Si sa préoccupation est pertinente du fait des difficultés de son fils et de données scientifiques soulignant l'importance des antécédents familiaux dans la survenue de la bipolarité ; c'est en revanche le degré d'inquiétude de la mère qui agace la psychiatre.

« Il faut dire que la maman elle est quand même très envahissante, et très particulière. Et n'arrivant pas à piger ce qui se passait pour son fils. Et horriblement inquiète. Disant "j'espère qu'il ne va pas devenir comme moi". Une femme très chaleureuse aussi, mais bon, ayant un passé... [...] Ils n'avaient que ça en tête les parents. Ils n'avaient *que* ça en tête. Ils n'avaient que cette question en tête ! Est-ce qu'il va être bipolaire comme sa mère ? Ils n'avaient que ça en tête les parents ! » (6)

Préparer les parents à devoir s'adapter

Le psychiatre doit faire accepter aux parents son point de vue sur le trouble du jeune et leur parler d'avenir pour les préparer, soit à s'y adapter, soit à le changer. Premièrement, le psychiatre doit révéler aux parents que la nature du problème de leur enfant n'est pas celle qu'ils pensent. Le psychiatre doit décentrer leur regard, en relativisant les difficultés sociales de leur enfant pour le recentrer sur ses difficultés individuelles. Ce travail d'individualisation, désigné par la métaphore de la « prise de conscience », consiste à faire accepter aux parents que la société n'est en rien responsable du trouble de leur enfant (entretien 3).

Deuxièmement, le psychiatre communique des pronostics pessimistes pour préparer les parents à s'adapter aux difficultés de leur enfant, ce qui est qualifié d' « assumer la réalité ».

Un psychiatre explique la manière dont le niveau d'exigence scolaire des parents fait l'objet d'une négociation et progressivement revu à la baisse.

« Et ça arrive régulièrement qu'on travaille avec les parents pour qu'ils s'autori-... pour qu'ils, qu'ils fassent le deuil un petit peu, de certaines études. [...] Les filières S, il y a beaucoup beaucoup de parents qui considèrent que si ce n'est pas S, ce n'est pas bien. Après tu as le deuxième niveau, c'est si ce n'est pas Général ce n'est pas bien. » (8).

Pour un autre psychiatre, l'individualisation du problème consiste à faire accepter aux parents l'échec scolaire de leur enfant, sans concevoir de déception trop importante à cet égard.

« Le fait qu'éventuellement leurs enfants ne réussissent pas d'études, finalement, je n'y pourrai pas forcément grand-chose. Dans l'immédiat en tout cas. Parce qu'il y a un problème de tempo. Le travail psychothérapique est long, les études n'attendent pas et cetera... Donc je n'y pourrai pas forcément grand-chose. Par contre on peut certainement aider à ce qu'ils envisagent les choses autrement. Que ce ne soit pas pour eux par exemple – je prends un exemple idiot – une espèce de blessure narcissique, qui fera qu'ils ne peuvent plus ni supporter leurs enfants, ni ce qu'il se passe, et qu'ils se dépriment eux-mêmes, ou qu'ils le vivent de façon insupportable. » (4)

« Assumer la réalité » consiste également à tolérer un moindre degré d'autonomie de la part du jeune patient que de la part de ses frères et sœurs. En individualisant le trouble, le psychiatre prépare les parents à accorder un statut particulier au jeune patient au sein de sa famille. En miroir, la responsabilité de pallier aux difficultés du jeune est elle-même individualisée : les parents doivent se préparer à l'assumer en grande partie seuls.

« Ça peut m'arriver de dire à des parents, par exemple qui me disent "Mais vous comprenez, à son âge, son frère, sa sœur, ils se débrouillaient, donc on ne voit pas pourquoi etc.", de dire "Bah oui, mais lui, il ne peut pas, il faut que vous l'accompagnez. S'il n'arrive pas à s'inscrire tout seul à la fac, voilà, il faut que vous l'accompagniez dans ces démarches. Parce que s'il n'y arrive pas, c'est du fait de ses difficultés, donc vous devez suppléer". » (1)

Faire changer le jeune et sa famille

Vis-à-vis de l'adolescent, le travail du psychiatre s'apparente à un traitement moral. Il s'agit également d'individualiser son problème, et de lui faire admettre l'existence de ses difficultés.

« En général, les ados, ils s'en rendent compte que c'est compliqué. Ils n'arrivent pas à le dire. [...] Et finalement, quand on le dit, c'est quelque chose qu'ils savent déjà mais qu'ils n'arrivaient pas à dire. Et ça les rassure, ça les soulage. » (8)

D'une part, le travail clinique du psychiatre consiste à mettre en lumière la souffrance du jeune patient, de manière à médicaliser ses difficultés de fonctionnement social. D'autre part, enseigner au jeune un discours sur la perception de sa souffrance individuelle, qualifiée de

« subjectivation » ou de travail « sur le désir », permet ensuite au jeune lui-même de tenir un discours à ses parents à même de faire évoluer leurs attentes à son égard.

« On arrive à un moment où l'ado n'arrive plus à tenir. Il se déscolaire. Dans un contexte, parfois de dépression, parfois de conflit avec les parents, enfin dans différents contextes. Mais ce qu'on travaille avec l'ado c'est que petit à petit il arrive à dire que c'est trop dur, que c'est trop compliqué, que ce n'est pas ça qu'il veut. Et, c'est avec ces arguments-là qu'on va travailler avec les parents.

- *Faire reconnaître un vrai niveau de difficultés scolaires?*

Ouiiii... enfin, on va d'avantage travailler sur le désir de l'ado. Hein. Je pense que la question de l'autonomisation psychique, elle passe sur les choix et la capacité de l'ado à faire des choix.» (8)

Le psychiatre est satisfait de son travail clinique lorsque l'adolescent et sa famille changent et acceptent son point de vue, à savoir que la situation est inquiétante et que des soins psychiatriques sont nécessaires. Lorsque les parents et le jeune montrent le même degré d'inquiétude que le psychiatre et adoptent le même discours, leur interprétation du trouble prend alors sens. Ils sont considérés autonomes et responsables tout en étant à même de penser par eux-mêmes (par l'insight et la subjectivation). Ce changement conduit le psychiatre à concevoir des attentes pronostiques plus favorables pour l'avenir de l'adolescent, en dépit de ses difficultés.

« Justement pour le pronostic d'un jeune, à partir du moment où sa famille réussit d'une part à accepter l'idée qu'il puisse y avoir une souffrance je dirais et être dans une demande, moi je suis plutôt rassuré. Parce qu'en général on arrive quand même à travailler les choses. Donc c'est pour ça que ce n'est pas tant sur des aspects nosographiques que plus sur... sur la capacité d'un certain insight à un moment ou à un autre. Et ensuite d'avoir une demande et de pouvoir s'engager dans un processus thérapeutique. » (3)

Dans la situation inquiétante, la famille fait également l'objet d'un traitement moral. Personnifiée comme une structure malade dont les différents éléments expriment leur souffrance, elle ne peut s'adapter aux difficultés du jeune que grâce à une profonde transformation. Idée théorisée par l'approche systémique, cette métamorphose familiale, consiste à adopter la même perception du problème du jeune et de l'action à mener que celle du psychiatre. Cette transformation ne peut se produire sans que le rôle de chacun des membres ne change, faisant alors changer celui des autres membres, par un effet d'ajustement. Cette transformation ne peut se produire sans que la famille ne fasse l'objet d'une dislocation préalable. Qualifiée par la métaphore de la « séparation », cette segmentation de la famille consiste à susciter l'aveu d'une souffrance par chacun des membres, et à proposer un traitement tout aussi individuel. Ce travail clinique s'inscrit dans une temporalité de longue durée et nécessite l'engagement personnel du psychiatre, qui doit

tout à la fois alerter la famille sur le risque de trouble mental et façonner sa transformation par son propre investissement affectif. Dans l'extrait suivant, un psychiatre explique ainsi qu'indépendamment de l'évolution du trouble - qui s'aggrave parfois au fil du temps - un enjeu pronostique fondamental est de faire changer la famille. L'unité d'hospitalisation en soins-études dans laquelle elle travaille met en œuvre la séparation du jeune et de ses parents, et permet une métamorphose familiale venant répondre aux difficultés liées à la situation inquiétante.

« Le jeune change mais les familles aussi en général, sur tant de temps de rencontres. [...] Il se passe quelque chose, [...] Tout ça fait que tout le monde chemine. Voilà on fait à un rythme, enfin voilà parce que parfois nos jeunes si ils souffrent c'est qu'ils dénoncent aussi ; ou ils ont trop absorbé les souffrances d'un des parents ou des histoires familiales enfin. Nous si on les rencontre jeunes ça veut dire qu'ils ont commencé à souffrir jeunes. [...] Le fait de les avoir avec nous, ils se remettent à fonctionner. Donc au niveau du pronostic... c'est intéressant ça la séparation. [...] Parfois on rencontre des familles pour lesquelles le temps s'est arrêté, avec la maladie avec les incidents de vie. [...] On a besoin du temps. De toute façon on est dans une spécialité ou c'est que le temps qui nous dit, non ? Le diagnostic. Donc le temps fait un travail. Est ce qu'il améliore ou pas ? Parfois il nous montre que ça va vers l'aggravation. Mais, parfois ça permet de partager, alors que la situation était si douloureuse parce que ça c'est apaisé, parce que les gens se sont soignés se sont occupés d'eux. Ils seraient restés enfermés dans la même situation rien n'aurait changé. Ce n'est pas que c'est juste le temps, c'est le temps du soin. C'est un temps avec du soin ! » (11)

S'engager sur le plan personnel

Lorsqu'il se demande si un adolescent est sur le point de développer un trouble mental grave, le psychiatre s'engage personnellement selon quatre dimensions. Ces différentes responsabilités sont mobilisées aussi bien dans son rôle de lanceur d'alerte que dans le rôle pédagogique qu'il adopte pour synchroniser ses différents interlocuteurs. Premièrement, il doit faire preuve de bon sens et agir face à la menace. Deuxièmement, en tant que professionnel de santé, il engage sa responsabilité contractuelle vis-à-vis du jeune patient et de ses parents. Troisièmement, il mobilise sa responsabilité émotionnelle par un profond investissement affectif dans son travail clinique. Quatrièmement, il engage sa responsabilité morale, qualifiée d'« éthique », par les psychiatres eux-mêmes.

La responsabilité dans l'action

Face à la situation inquiétante, s'engager dans une action relève du bon sens. Passant d'un régime de vigilance ordinaire où son travail auprès d'adolescents consiste à être présent et attentif, le psychiatre est interpellé par l'inquiétude qu'éveille en lui un jeune patient. Il se

doit alors de s'engager personnellement dans une action, quelle qu'elle soit. Ainsi, selon Chateauraynaud et Torny « être responsable, c'est d'abord être éveillé, être présent au monde, assumer sa participation au cours des choses. On est appelé par la tâche » (p. 59) (Chateauraynaud & Torny, 1999). Cet engagement dans une action est prioritaire car le psychiatre pressent la gravité de la situation. S'il ne peut assurer le suivi du jeune patient lui-même, il se doit d'intervenir, et de l'adresser au plus vite à un autre professionnel ou à une institution à même de poursuivre cet engagement. Un psychiatre craignant de ne devoir bientôt partir en retraite explique ainsi que son action consiste en un adressage rapide du patient à un collègue.

« Je me pose même la question aujourd'hui si reçois quelqu'un avec des troubles aussi graves, si j'aurai suffisamment de temps de travail avec lui pour ne pas créer une discontinuité, dans quelques années. On peut m'imposer une retraite, en institution [...] Que devient aujourd'hui un premier entretien si on rencontre quelqu'un qui va avoir besoin d'une très très grande continuité de travail ? [...] Donc je dis à la fin du premier entretien « oui il vous faut un psychiatre, quelqu'un de stabilisé. Il faut que je vous dise que moi aujourd'hui je ne sais pas si je vais travailler 1 an ou 10 ans ou 15 ans. Donc il faut que vous le sachiez. » (5)

Orienter à des collègues ou à des institutions peut également être une stratégie utilisée par les psychiatres pour éviter un engagement qui leur semble trop difficile à tenir.

« Des thérapeutes qui s'engagent sur 15 ans pour un patient schizophrène ... renseignez-vous... il n'y en a pas tant que ça. C'est ça, hein. S'engager sur le long terme, c'est ça hein. Ou sur une psychothérapie pour un patient qui est comme ça, très en difficulté... Ce n'est pas 6 mois hein ! » (6)

Ainsi dans le discours d'une psychiatre, l'hôpital puis l'internat - personnifiés par le terme « tiers » - sont les seules institutions suffisamment solides pour s'engager à la hauteur du trouble d'un jeune et opérer le travail de séparation à même de faire changer toute la famille.

« - Et vous, dans l'équipe, comment est-ce que vous vous posiez la question de son avenir à cet ado ? Et quelles étaient les priorités pour vous ?

Alors, c'était, permettre que les liens se restaurent entre cet adolescent et sa mère. [...] Mais au fil du temps se rendant compte que, il fallait maintenir un tiers assez... assez costaud, pour permettre un apaisement des liens. Donc, nos questionnements rejoignaient ceux de la mère autour de la question de la protection de chacun. Et une bonne distance, enfin une meilleure distance, sans être dans la rupture ou la violence... parce que trop proche. Donc, de faire un projet à distance. Voilà. Donc une séparation permettant d'apaiser les relations. » (7)

La responsabilité professionnelle

S'ils n'imaginent pas que les personnes souffrant de trouble mental puisse avoir une vie dénuée de handicap, dans la situation inquiétante les psychiatres décrivent leur travail clinique comme une tentative d'intégration sociale. Ce positionnement s'apparente à une responsabilité professionnelle, au titre d'une obligation de moyens plutôt que de résultat.

« C'est vrai **qu'on essaye** de maintenir au maximum un temps scolaire. Surtout peut-être pour les ados qui seraient peut-être une population, hein, à *risque* de psychose » (8)

« il est psychotique, faut que **j'essaye**, au maximum, qu'il aille aussi loin que possible dans ses études, de protéger ça, parce que je pense quand même que c'est un élément, voilà, je ne sais pas si je dirai de bon pronostic, mais enfin positif, favorable, ça va l'aider. » (1)

Ainsi, lorsqu'il conçoit des pronostics alarmants pour un adolescent, le psychiatre, en tant que professionnel de santé, est soumis à une obligation contractuelle à l'égard du jeune patient et de sa famille. Si avoir à répondre d'une erreur de pronostic était une éventualité envisagée par les psychiatres que j'ai rencontrés, ils ne craignaient pas qu'une telle erreur puisse donner lieu à des poursuites judiciaires. Ainsi, un psychiatre explique que son engagement émotionnel intense auprès des jeunes patients et de leurs familles lui permet de gérer les réactions de détresse suscitées par une erreur de jugement médical.

« Je pense que si on a été très investi et qu'on va avoir un pronostic imaginons négatif et que ... et bien... qu'on s'est trompé, les familles pourraient nous en vouloir, d'avoir restreint, d'avoir limité. Après la question médico-légale est très délicate, je pense qu'elle tient à ... Etre appelé en jugement, d'avoir une enquête sur nous... beaucoup de choses dépendent de notre manière d'être en relation avec eux. Donc moi je dirais que le plus important c'est la qualité de la relation que nous avons pu tisser. Ça m'est arrivé de me tromper, d'avoir des patients qui revenaient, que je m'étais trompé, on a pu en rediscuter. Et ils sont revenus ici parce que la qualité de la relation était bonne. » (10)

Un autre psychiatre engage sa responsabilité professionnelle en informant explicitement un patient de son jugement diagnostique et pronostique. Permettre au patient et à sa famille de lire le contenu du certificat est ainsi une manière d'ajuster la perception du problème qu'a le patient à celle qu'en a le psychiatre, et d'instaurer un mode de relation fondé sur la communication d'informations techniques et l'aveu d'incertitude.

« Je lui ai donné les certificats pour la MDPH, d'évolution de type schizophrénique avec traits autistiques, et de persécution, voilà. Il m'a dit « j'apprends beaucoup de choses sur moi » avec un trait d'humour,... mais. C'était malheureux mais. [...] J'appelle cela un trouble à caractère psychotique. Et « à risque évolutif » je mets toujours. Parce que, pour qu'ils sachent où est-ce que je me positionne dans mes décisions successives ! Et je trouve, que là pour le coup, les cognitivistes sont bons. Parce que ils disent bien que quand on dit les choses, les patients savent qu'ils ont un repère qui est le même que le vôtre, et ils acceptent les mots qu'on emploie. Donc moi je leur donne toujours les certificats avant de les mettre sous enveloppe. Je leur fait lire, je leur dis « voilà ce que je vais mettre sous enveloppe, lisez-le. Vous pouvez me rapporter la lettre que la prochaine fois si vous voulez le lire avec votre famille ». Cela me semble indispensable. Indispensable. Y compris si je me trompe. » (5)

Enfin, comme nous l'avons vu dans la deuxième partie consacrée à l'ambivalence des psychiatres à l'égard du pronostic, le fait de prédire en « donnant son point de vue » (7, 11) et celui d'anticiper les conséquences sociales du trouble en influant sur l'orientation scolaire du jeune patient, sont considérés comme relevant de la responsabilité professionnelle du psychiatre.

La responsabilité émotionnelle

La responsabilité émotionnelle du psychiatre consiste en l'impératif d'ajuster son état affectif à celui du patient. Il se doit d'« entendre la souffrance de l'autre » (entretien 4), celle du jeune et celle de ses proches. Cet engagement émotionnel suppose que le psychiatre sollicite sa propre culpabilité pour s'imaginer en lieu et place de la personne et perçoive pleinement sa souffrance, de manière à y répondre au même niveau d'intensité. Une psychiatre évoque ainsi avec une vive émotion la détresse de l'un de ses patients. Elle généralise son propos en imaginant ce qu'elle-même ressentirait si elle était un jeune homme souffrant de psychose et de troubles de l'érection dus à la prise d'un neuroleptique. Cet engagement émotionnel lui permet de concevoir des attentes pronostiques variées pour son patient, dont les valences sont tout aussi médicales que sociales ou psychologiques.

« Ce qui me préoccupe aussi, c'est les effets indésirables sexuels des neuroleptiques. Je me dis qu'un jeune à 17 ans, avoir des problèmes d'érection c'est compliqué. Avoir des problèmes d'éjaculation c'est compliqué. Que du coup ça... ça diminue l'observance du traitement. Ça aussi c'est quelque chose... J'avais eu un jeune patient schizophrène, et, il ne pouvait plus éjaculer, et... c'était une ca-ta-strophe pour lui. Vraiment. Il voulait arrêter le traitement. Et je pense que ça doit être assez fréquent, même si on ne pose pas assez, pas forcément la question. Et pour les antidépresseurs aussi. Je pense qu'on ne pose pas la question mais que ça doit avoir des effets. Et ça, ça me gêne. ... Je pense que pour un homme à tout âge ce serait gênant. Mais d'autant plus qu'il commence à peine sa sexualité. Donc là, je m'imagine l'arrêt du traitement, les rechutes. Ou peut-être une appréhension des rapports sexuels. Donc plutôt une inhibition, un repli, une tendance à ne pas aller vers les autres. Peut-être une dévalorisation... Qui ne l'aideront pas à se sentir bien dans sa peau quelque part. Dans sa peau d'ado-, dans sa peau de jeune, de jeune homme. Enfin. Tout simplement quoi. Lambda. Déjà il est malade ! ... Mais en plus... » (12)

Lorsqu'ils travaillent auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves et chroniques, maintenir cet engagement émotionnel à un niveau d'intensité élevé et sur une longue durée est extrêmement coûteux pour les psychiatres. Supporter une telle charge émotionnelle s'apparente à une dimension de pénibilité dans leur travail. Diverses stratégies ont été mentionnées par les psychiatres que j'ai rencontrés pour éviter cette tâche, telle la

spécialisation en pédopsychiatrie qui permet de cesser le suivi des patients après quelques années (6, 7, 10), ou le refus d'exercer un rôle de psychothérapeute auprès d'une personne « fragile » - c'est-à-dire à risque de trouble mental grave - ou auprès d'enfants autistes.

« Il y a plein de gens qui ne s'engagent pas hein ! ... Les équipes qui s'engagent, enfin, les équipes qui s'engagent au long terme ... heu ... et les thérapeutes qui s'engagent sur le long terme c'est parce qu'ils sont dans un réseau, c'est parce qu'ils sont soutenus... C'est parce qu'ils aiment ce genre de difficultés ! Et parce qu'ils ont envie de creuser ! Et de mettre tout leur savoir psychothérapeutique à la disposition des patients. Mais ce n'est pas tous les thérapeutes, hein. C'est comme pour les enfants autistes ! Il n'y a pas, tous les thérapeutes ne s'engagent pas avec des patients autistes. C'est quand même super dur, hein ! » (6)

La responsabilité éthique

Dans la situation inquiétante, l'engagement répond enfin à un impératif moral, qualifié d'« éthique » par les psychiatres eux-mêmes. La responsabilité éthique soulève la question de l'irréversibilité de nos actions, qui changent le cours des choses (Chateauraynaud & Torny, 1999). Le psychiatre alerte ainsi ses interlocuteurs sur la réversibilité des troubles du jeune patient et convoque leur responsabilité quant aux actions qu'ils mèneront pour empêcher la survenue d'un trouble mental grave, ou en limiter les conséquences. Selon un psychiatre, face au processus en cours pour le jeune patient, la pire des attitudes serait de demeurer dans l'inaction.

De toute façon, dans le doute moi je pense qu'il faut plutôt faire quelque chose que de ne rien faire. Voilà. On va peut-être finir comme ça : « dans le doute... ». (4)

Engager sa responsabilité éthique consiste alors à agir en dépit du doute. Pour autant, la nature de l'action menée est très différente selon les psychiatres, et la dimension éthique réside plutôt dans la fermeté avec laquelle le psychiatre revendique son action. Ainsi, être éthique c'est affirmer délibérément son action, quelle qu'elle soit. Pour un psychiatre, l'action éthique consiste à tenter d'influencer le choix du patient en lui communiquant ses attentes pronostiques, en dépit du doute et du risque d'erreur.

« C'est une question d'éthique, pour nous. Enfin si on ne dit pas ce qu'on pense, nous, même si on peut se tromper, je pense qu'on n'aura pas fait notre travail. Quand un patient vous dit qu'il veut sortir, vous pouvez lui permettre de sortir parce que il n'est pas un danger, pour lui-même ni pour autrui, mais que ce n'était pas votre tempo, [...] de lui dire "d'accord on n'est pas d'accord mais on ne peut pas vous retenir", [...] Dire à un patient qu'on n'est pas d'accord et bien voilà. » (11)

A l'inverse, pour une autre psychiatre, l'action éthique consiste à refuser de communiquer des attentes pronostiques, en dépit des sollicitations formulées par les parents qu'elle reçoit. L'éthique est selon elle une position qu'il faut « tenir », c'est-à-dire assumer et revendiquer, en dépit de pressions extérieures.

« On ne sait pas tout d'avance. Alors que la question des parents quand ils viennent ici c'est « qu'est-ce qu'il va devenir ? ». Et la majorité des réponses c'est « on n'en sait rien ! ». Et il faut tenir cette position ! Ici, on essaie de la tenir. [...] C'est une condition thérapeutique. C'est une position éthique même ! C'est une position éthique. De recevoir un enfant, avec l'idée que tout n'est pas joué. » (6)

Enfin, pour un autre psychiatre, l'action éthique consiste à renoncer à agir sur la vie d'autrui. En déclarant que chaque personne contrôle elle-même sa vie, il refuse d'agir, tout en faisant de cette inaction une prise de position ferme et déclarée.

« Après il y a une question à la limite de l'éthique qui est : chacun fait de sa vie ce qu'il veut. Et en même temps quand on voit – bien sûr les schizophrènes sont tout à fait capables d'aimer. – mais quand même les relations avec les enfants et les relations précoces risquent d'en être fortement perturbées, donc ça c'est une question très délicate et le fait de m'occuper d'ados je pense que ça m'évite de devoir trop me pencher sur cette question-là. » (10)

Rester prudent sur la durée

L'émergence d'un trouble mental grave s'inscrit dans une temporalité de longue durée. Plusieurs mois, plusieurs années, voire une décennie seront nécessaires pour savoir si le jeune patient exprimait un malaise en lien avec son adolescence ou s'il montrait les prémices d'un trouble mental. Pour autant, le niveau d'incertitude pour l'avenir et la nécessité de gérer ses relations avec le jeune et sa famille incitent le psychiatre à la prudence. Ainsi, tout en mettant en œuvre le travail clinique que j'ai décrit précédemment dès la rencontre avec le patient, le psychiatre planifie en toute discrétion une surveillance de longue durée.

La patience: savoir attendre le déroulement des choses

Dans la situation inquiétante, le jeune patient a déjà vécu une ou plusieurs « crises », qui ont conduit le psychiatre à envisager l'émergence d'un trouble mental (entretiens 1, 3, 4, 6, 7). Pour autant, l'adolescent n'est ni dépourvu de difficultés, ni malade, et la situation présente ne permet aucunement au psychiatre d'aboutir à une conclusion définitive. Tel le lanceur

d'alerte, le psychiatre s'engage alors dans une vigilance de longue durée, constituée d'attention continue et de vérifications régulières. Une alerte se présente ainsi comme une modalisation du temps dont le trajet est plus ou moins linéaire, et ponctué de temps forts, les « attracteurs temporels » (Chateauraynaud & Torny, 1999). Le présent est alors mis en tension entre une série passée et une série future. Une psychiatre explique qu'elle reste vigilante à l'égard de l'un de ses patients qui a retrouvé un fonctionnement social satisfaisant après une première crise. Elle demeure attentive aux changements dans la vie de ce patient, qui seront autant d'attracteurs temporels l'amenant à anticiper une aggravation de ses troubles.

L'attention-vérification

« S'il y a beaucoup de changements autour de lui aussi, [...] il faut peut-être être un peu plus attentif à ce qu'il ressent, [...] s'il y a des événements graves qui se produisent. Parce que c'est une période où on peut penser qu'il sera plus fragile et à risque de décompenser. »(12)

Selon Châteauraynaud et Torny, la vigilance est un processus continu, de durée indéterminée, puisque son amorce et sa suspension dépendent du processus lui-même. Cette faculté est indispensable pour surmonter les basculements incessants entre l'insouciance d'un côté (l'indifférence) et la panique de l'autre (l'excès d'imagination). Ainsi, « tout agent éveillé et présent apprend à se couler dans le cours des choses » (ibid, p. 39). Poser un diagnostic d'incertitude permet au psychiatre d'inscrire dans une fenêtre temporelle restreinte, une lecture présente d'un trouble qui a évolué par le passé et continuera de le faire dans l'avenir (Henckes & Rzesnitzek, unpublished). A ce titre, la catégorie de « fragilité » constitue un diagnostic d'incertitude.

La « fragilité », un diagnostic d'incertitude

« Il y a quand même un risque important que ça évolue vers une psychose. Et à la fois, il y a quand même un risque non négligeable que... Avec du soin... Ou peut-être même que le soin n'y est pour rien, mais que l'évolution fait que, cet ado-là, il va se structurer sur un mode d'avantage névrotique, et qu'il va très bien fonctionner. Donc, l'idée de fragilité, c'est dire « en ce moment il est fragile ». Enfin, tu vois, il y a une question de temporalité. (8)

Rester prudent sur une longue durée consiste également à maintenir le suivi psychiatrique du patient le plus longtemps possible. Au-delà d'une surveillance, « maintenir un lien » traduit la constance de l'engagement personnel – moral et émotionnel - du psychiatre à l'égard du jeune patient et de sa famille. Ainsi, pour gérer la détresse des personnes et les risques de suicide, la stratégie d'un psychiatre expérimenté consiste à « gagner du temps » en maintenant le contact avec le patient. Ce faisant, il souligne la représentation de l'évolution comme un parcours spatial et temporel, chaque jour passé venant éloigner le jeune patient de la maladie mentale.

Telle une sentinelle fidèle à son poste, le psychiatre doit rester présent et protéger le patient et sa famille contre leurs difficultés. Ce faisant, le psychiatre est lui-même thérapeutique, en tant qu'humain, par son existence et sa disponibilité.

« Alors ça c'est un truc aussi qui m'a beaucoup frappé ! C'est un hasard sans doute. Mais les patients que j'ai vus et qui se sont tués, c'est des patients que je ne voyais plus. Et je me suis souvent dit qu'on avait eu tort d'arrêter de les voir. De ne pas insister d'avantage. De lâcher le truc. Finalement, les gens ils sont quand même toujours beaucoup mieux quand ils voient quelqu'un, hein ? Même ponctuellement. Quand vous voyez quelqu'un, vous êtes quand même mieux que quand vous êtes tout seul. [...] Oui, parce qu'il y a quand même toujours un transfert. Quelque chose finalement. Ils attendent quelque chose du médecin, du psychothérapeute, ou des gens qui peuvent les aider. Ou qui pensent pouvoir les aider. [...] Moi j'appellerais ça, de soutenir un désir pour les parents. Et pour les patients. Les deux. C'est-à-dire qu'il faut être solide, et être là. Ne pas lâcher le truc. [...] On se dit que si on arrive à gagner du temps et cetera... Ça n'ira pas trop mal. (4)

Manifestant son impuissance à prévenir l'émergence du trouble mental ou ses conséquences, une psychiatre estime que la seule action à mener - certes insatisfaisante - consiste à maintenir son engagement personnel à l'égard du jeune patient par une présence continue et régulière.

« On peut avoir des inquiétudes sans être certain. Soit d'une rechute psychiatrique... soit d'une incidence majeure. Et de se dire parfois aussi, bah... la réalité nous dira. Et juste, on est là. Et on reste là. Extrêmement présent, peut-être plus présent, on intensifie notre présence ... Mais voilà. Voilà. ... » (7)

L'influence discrète : de la contrainte à la protection

Afin de transformer le jeune et sa famille, et tout en restant vigilant face à l'éventuelle émergence d'un trouble mental grave, le suivi psychiatrique doit s'inscrire dans une temporalité de longue durée. Or, obtenir d'un jeune patient non malade qu'il vienne en consultation pendant plusieurs années suppose d'entretenir de bonnes relations avec lui et ses parents. En effet, le psychiatre souhaite médicaliser le problème du patient, sans pouvoir légitimer son action médicale par une catégorisation diagnostique ou un risque immédiat. Résoudre cette tension suppose de gérer avec finesse les interactions avec le patient et sa famille en mesurant le degré d'alerte, de contrainte et d'engagement émotionnel exercé à leur égard. L'attitude du psychiatre oscille ainsi au sein d'un continuum allant de la contrainte à la protection.

S'il doit alerter et contraindre aux soins, le psychiatre doit respecter une « juste mesure », afin d'inquiéter la famille et de justifier la poursuite du suivi, sans pour autant que la pression exercée ne paraisse démesurée aux parents au regard des difficultés de leur enfant. Se montrer

trop inquiet ou trop autoritaire risque de faire du psychiatre un « prophète de malheur ». En effet, tant que le lanceur d'alerte n'est pas suivi, il peut être qualifié de prophète de malheur, annonceur de catastrophes jugées délirantes par ses interlocuteurs (Chateauraynaud & Torny, 1999). L'extrait suivant illustre la manière dont un psychiatre tente, en vain, de parvenir à un juste degré de contrainte afin d'augmenter la fréquence de ses consultations. Tout d'abord, il exprime des attentes pessimistes pour l'avenir du jeune, le danger auquel il s'expose et son inquiétude à son égard. Il fait ainsi usage d'un pronostic fonctionnel visant à choquer les parents pour augmenter la médicalisation existante (Christakis, 2001). Puis, il se montre autoritaire tout en minimisant le degré de contrainte exercé (« j'ai été un peu dans la réalité », « un peu posé l'injonction »). Enfin, il exhorte ses interlocuteurs à prêter attention à son message d'alerte (« écoutez, là ce n'est pas possible »). Ainsi, lorsqu'il s'agit de convaincre, l'alerte quitte sa dimension technique pour revêtir une dimension d'interpellation d'autrui, portée par le corps de la personne, par son cri et son effroi (Chateauraynaud & Torny, 1999). Néanmoins dans cet exemple, la stratégie du psychiatre produit l'effet inverse de celui escompté. Ayant subi « trop » de contrainte, les parents cessent de venir aux rendez-vous et le psychiatre demeure inquiet pour son jeune patient, tout en étant dans l'impossibilité de lui imposer un suivi psychiatrique.

« Les parents l'ont inscrit dans une boîte privée. Alors moi j'ai, j'ai, j'ai été quand même, j'ai été un peu dans la réalité en disant "Écoutez, vu comment il fonctionne en ce moment, je ne sais pas si c'est... s'il va pouvoir tenir" [...] Nous, on avait un peu posé l'injonction en disant "ça n'aura de sens que si on réussit à mettre en place deux séances par semaine, parce que c'est grave cliniquement..." Parce qu'on était inquiet, ce que les parents n'entendaient pas du tout. Et finalement, donc moi à un moment il commençait à lâcher, j'ai dit "Écoutez là ce n'est pas possible. Il a arrêté sa thérapie. Je vous vois une fois tous les mois, ça ne suffit pas. Votre fils est en danger, il lui faudrait un soin". Et puis, les parents ont été un peu heurtés. Je me suis dit que peut-être cela allait amener à une prise de conscience... Et puis j'ai été dans l'injonction en disant "On ne peut pas continuer comme ça [...] si on ne réussit pas à mettre des soins adaptés à ce jeune". Ils ont annulé un rendez-vous. Et puis ils n'en ont pas repris d'autre. Et ... Je leur ai fait un courrier en insistant sur le fait que leur fils avait besoin de soins...

- Et il est revenu après ?

Non. Je n'ai pas eu de nouvelles. J'avais informé évidemment son psychiatre traitant libéral. Après je n'ai pas eu de nouvelles. » (3)

Ainsi, lorsque le patient est majeur, s'efforcer d'être patient et conciliant vis-à-vis de ses parents est parfois l'unique stratégie permettant au psychiatre de mener à bien l'engagement de longue durée rendu impératif par la situation inquiétante.

« Pour pouvoir travailler, il faut une accroche du côté des parents. Il faut parfois beaucoup de patience... faire le dos rond... On ne peut pas travailler s'il y a du refus. » (3)

En revanche, lorsqu'ils conçoivent des attentes alarmantes pour l'avenir d'un patient mineur et que les parents refusent toute médicalisation, les psychiatres spécialistes d'enfants et d'adolescents considèrent comme l'un des avantages de leur spécialité le fait de pouvoir imposer des soins par le biais de mesures coercitives. Confrontée à une situation inquiétante, cette jeune psychiatre estime que le « recours à la loi » constitue une sécurité dont ne bénéficient pas ses collègues spécialistes d'adultes.

« [Les parents] ne viennent pas en consultation, et donc on ne peut rien travailler avec cette jeune en fait. Donc, donc là je suis en fait assez inquiète. Il y avait déjà une information préoccupante qui avait été réalisée. C'est l'intérêt [...] par rapport à de jeunes adultes, les mineurs de 16-17 ans, ils ont encore leurs parents derrière eux qui peuvent les amener en consultation par ... la peau du cou quelque part. Et c'est... et c'est très bien. Enfin, c'est un avantage je trouve que l'on a en pédopsychiatrie, par rapport à la psychiatrie adulte. Je trouve que c'est quand même une chance en pédopsychiatrie de pouvoir encore avoir recours à de l'éducatif, du juge, la loi... les parents. » (12)

Lorsque le patient est mineur mais que le degré d'inquiétude du psychiatre reste modéré, les modalités de contrainte varient selon le lieu de soin et les capacités émotionnelles du médecin. S'il est possible d'imposer avec autorité des décisions médicales lorsque le patient est hospitalisé, le contexte de consultation fait privilégier au psychiatre l'attitude que j'ai qualifiée de « donner son point de vue » (cf. partie 4). Plus proche de l'influence protectrice, cette attitude consiste à faire des prédictions pessimistes tout en rappelant au patient son libre-arbitre. La tonalité émotionnelle employée par le psychiatre vise alors à reconforter plutôt qu'à inquiéter l'interlocuteur.

« Parce que la contrainte, ça rejoint un peu la question de la contrainte... Enfin, il y a des médecins qui sont dans une posture... parce que j'en ai côtoyé, hein... Plus en hospitalisation, parce que le cadre de l'hospitalisation le permet ! Ce côté, de dire « c'est soins-études ou rien ! ». [...] Genre « non vous ne reprendrez pas votre seconde dans l'établissement...! ». Sauf que tu peux te permettre de dire ça – enfin, moi je ne le ferais pas hein, en tout cas pas sous cette forme-là – heu... parce que le gamin est hospitalisé. Et oui ! [rire]. En ambulatoire, quand il sort de ton bureau et qu'il rentre chez lui... Bon. Tu peux effectivement lui transmettre un certain nombre de tes doutes, et puis, et puis après les choses cheminent. » (7)

Cette oscillation entre la protection et la contrainte met en lumière l'engagement émotionnel du psychiatre auprès du jeune patient. Lorsqu'ils évoquent leur manière de protéger les patients pour lesquels ils craignent l'émergence d'un trouble mental grave, les psychiatres se réfèrent à un travail de « care ». Si le care est une morale fondée sur le souci de l'autre au sein d'une relation, il s'agit tout autant d'une forme de contrainte affective liant de manière bilatérale celui qui protège à celui qui est protégé (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009).

Lorsqu'elle se trouve dans une situation inquiétante, une psychiatre psychanalyste explique ainsi qu'elle adapte son discours vis-à-vis de son patient pour le protéger.

« J'ai en tête que ce patient pourrait basculer. Du coup ça influence mon discours. Je pense que je suis plus vis-à-vis de lui dans une position plus réparatrice, et protectrice finalement, que je ne le serais si j'étais face à un adolescent que je considère comme strictement névrosé par exemple. Je me positionnerai de façon différente, c'est incontestable. » (1)

Pour autant, protéger le jeune dans le travail de psychothérapie consiste également à ne pas l'inciter, ni à exprimer son opinion, ni à exercer son libre-arbitre. Craignant de précipiter la survenue de difficultés, le psychiatre considère que l'adolescent est trop fragile pour se questionner et prendre des décisions de manière autonome.

« Alors là, si moi, justement je ne suis pas tranquille sur une possible émergence de psychose, je ne vais pas le titiller justement sur « et vous qu'est-ce que vous en pensez ? Mais au fond, vous qu'est-ce que vous voulez ? ». [...] Je lui demande comment il vaaaa (avec de la lassitude dans la voix), je lui demande si ça se passe bien avec ses copaiins, si ça se passe bien au lycééé, avec son petit frère ou sa petite sœur ou ses parents. Mais je reste très factuelle, et *moi* à demander des nouvelles. [...] Là, ça me met effectivement, dans une position beaucoup plus maternante. [...] C'est un travail de consultation où on accompagne quelqu'un en fait. C'est un travail de médecin, psychiatre, consultant qui accompagne quelqu'un. » (6)

Ainsi, lorsqu'ils effectuent le suivi d'un jeune patient pour lequel ils envisagent l'éventualité d'un trouble mental grave, les psychiatres sont soumis à une double tension. D'une part ils doivent exercer sur le jeune et ses parents une contrainte dans une « juste mesure », oscillant entre la coercition et la reconnaissance de leur libre-arbitre. D'autre part ils adoptent une attitude ambiguë à l'égard du patient, tentant de le protéger du fait de ses difficultés, au risque de le considérer comme un être inachevé et non comme un sujet, maître de ses pensées et de ses actes.

Garder les portes ouvertes

Dans ces deux chapitres, j'ai décrit l'ambivalence des psychiatres à l'égard des pronostics et la manière dont leur travail clinique se caractérise par un engagement personnel, dès lors qu'ils s'attendent à la survenue d'un trouble mental grave chez un jeune patient. Lorsque les entretiens étaient sur le point de s'achever, plusieurs psychiatres ont choisi de conclure leur propos en résumant leur attitude par l'idée de « garder les portes ouvertes ». Je vais donc décrire cette attitude pour conclure ma description de leur travail clinique.

S'ils emploient peu le terme d'espoir, les psychiatres manifestent par **la métaphore de l'ouverture**, une alliance complexe entre leur ambivalence à l'égard du pronostic et leur engagement personnel dans leur travail clinique. Ainsi, déclarer qu'ils gardent « l'avenir ouvert » permet aux psychiatres de résoudre un ensemble d'exigences contradictoires que j'ai décrites précédemment : alerter rapidement leurs interlocuteurs tout en exprimant leur incertitude diagnostique et pronostique ; déjouer la prophétie auto-réalisatrice tout en mettant en œuvre la médicalisation du jeune ; inquiéter les parents tout en ravivant leur espoir ; répondre à leurs attentes d'objectivité sans induire de représentations subjectives péjoratives ; ou encore anticiper des orientations scolaires sans limiter le pronostic social du jeune. Les citations suivantes illustrent par leurs intrinsèques contradictions la manière dont la métaphore de l'ouverture permet de résoudre la tension à laquelle est soumis le psychiatre.

En faisant usage de « l'ouverture », une psychiatre peut ainsi argumenter la nécessité d'une importante **médicalisation** des troubles et anticiper la restriction d'activité du jeune, tout en exprimant aux parents son incertitude pronostique.

« Moi je laisse quand même toujours **les choses très très ouvertes**. Je pense que c'est très important de laisser les **choses ouvertes**. D'abord parce que je crois que ... je dis 20 ans, 20 ans, mais on est déjà quasiment plus un adolescent... à 16 ans, les parents sont souvent très demandeurs au fond « mais alors ? Est-ce qu'il pourra avoir une famille ? Est-ce qu'il pourra faire des études normales ? Est-ce qu'il pourra avoir un métier comme les autres ?... ». Moi quand même, je le dis, et je le dis parce que je le pense, je dis « je n'en sais rien. Tout ce que je peux dire c'est que les difficultés sont graves donc il va falloir beaucoup de soins [...]

- *Et, est-ce que ça implique une réévaluation... des projets d'avenir ?*

- Oui voilà. Moi je pense qu'il faut laisser des **portes ouvertes**. » (1)

« L'ouverture » fait émerger **un rapport ambivalent à la temporalité**. Elle permet aux psychiatres de s'engager dans un suivi de plusieurs années auprès du patient, en acceptant un niveau de risque et d'incertitude élevés. A ce titre, Brown et Graaf soulignent la manière dont les personnes souffrant d'un cancer à un stade avancé conçoivent une notion du temps - non comme un continuum - mais comme une notion complexe, malléable et paradoxale, facilitant le maintien de l'espoir et la construction pragmatique de différentes représentations de l'avenir qui doivent néanmoins coexister au présent (Patrick Brown & de Graaf, 2013). Une psychiatre évoque ainsi la longue durée de suivi d'un patient, 4 années, et son propre engagement personnel dans ce suivi. Au fil de ces années, « l'ouverture » a eu la fonction de

faire coexister différents futurs hypothétiques, aussi bien pour le patient et pour sa mère que pour elle-même.

« Ce patient **je l'ai suivi longtemps, 4 ans, jusqu'à sa majorité**. Là, le relais en psychiatrie adulte s'est fait là, il y a trois semaines. [...] Bah oui, on investit un patient, on le désinvestit ensuite... c'est une séparation quoi. [...] J'ai eu la mère à ce moment-là, et qui a *beaucoup* remercié. [...] Mais *surtout* elle a dit « et vous m'avez *toujours* dit que **ce n'était pas fermé pour son avenir** ». Et qu'en tout cas, **c'était presque qu'il n'était pas condamné** par un diagnostic de schizophrénie, quoi. » (7)

Faire coexister des futurs hypothétiques consiste pour cette psychiatre à donner une liste des multiples diagnostics envisagés. Se faisant, elle énonce son **incertitude diagnostique** tout en répondant à une **demande d'objectivité** croissante.

« Donc, **de la difficulté de laisser ouvert quelque chose**. [...] Même moi là, je ne suis pas sûre du diagnostic ! ... Mais à la fois, je trouve que dans l'évolution actuelle de dire « il faut qu'on donne un diagnostic absolument », les parents *viennent* avec cette demande-là... Des bilans *en vue* d'un diagnostic et cetera. Alors on bilante et on fait des diagnostics multiples (rire) qui sont une sorte de listing de diagnostics ! Mais bon, au même temps on les a faits. » (7)

Ainsi, pour un autre psychiatre « laisser les portes ouvertes » consiste à encourager ses jeunes patients à poursuivre des études. Poursuivre des études en dépit des troubles revient alors à faire coexister **différentes insertions sociales** hypothétiques pour le jeune.

« Moi j'ai toujours été dans le sens de continuer les études. Les gens qui ne savent pas où ils en sont, il faut qu'ils continuent. Le plus possible. Qu'ils **laissent des portes ouvertes**. C'est une question de bon sens je pense. » (4)

Enfin, le maintien de « l'ouverture » s'apparente à une communication évasive. Eluder les questions du jeune patient permet à une psychiatre la **gestion des attentes** du patient et de sa famille - dont les demandes sont ici contradictoires – et des **relations intrafamiliales** entre le jeune et sa mère.

Je ne me suis jamais prononcée clairement sur un diagnostic qui serait effectivement un diagnostic de trouble chronique, ce qui n'a pas été forcément simple pour moi dans la justification de la poursuite d'un traitement, chez le jeune. Parce que ça, il prenait un traitement retard, et il demandait – surtout à la fin – pourquoi il le prenait. Et il disait que je n'avais jamais bien réussi à le lui expliquer... (rire)... Parce que bon, je ne lui avais pas dit qu'il était schizophrène donc... ! (rire)... Et au même temps, aussi de qu'est-ce que ça a pu permettre chez cette mère, pour l'investissement de son fils ? Bon, je ne sais pas. De **laisser aussi ouvert quelque chose**. » (7)

En tant que **stratégie d'action** face au risque et à l'incertitude, « l'ouverture » permet au psychiatre de sortir de la situation de blocage que constitue la situation inquiétante. Comme le souligne cette psychiatre, il ne s'agit pas uniquement d'une attitude optimiste vis-à-vis de

l'avenir, mais d'une stratégie d'anticipation. Elle exprime la conviction que son attitude trouvera un écho chez le jeune patient, qui s'en saisira pour devenir acteur de sa propre évolution.

« [Il faut] se situer un peu en avant de l'enfant ou de l'adolescent. Pas trop loin, mais un petit peu en avant. Mais ça veut dire qu'on fait le crédit qu'il va y arriver. Si on fait la liste de « n'a pas fait ça. Moins deux écart-types, moins trois-écarts types ». Bon, on a vite fait le tour. On ne prépare pas la suite.

- *D'accord, donc est-ce que c'est une question d'optimisme... ?*

...pour pouvoir anticiper et laisser l'avenir ouvert. »

La psychiatre met ainsi en tension son investissement subjectif auprès du patient et l'évaluation objective qu'elle a pourtant mené, en insistant sur la complémentarité des deux approches. Cette tension entre l'ajustement aux capacités objectives du jeune et l'investissement émotionnel du psychiatre trouve un support théorique aussi bien en psychologie du développement que dans les approches cognitivo-comportementalistes. En sociologie des anticipations, Zinn a ainsi critiqué la dichotomie entre les stratégies rationnelles et irrationnelles et souligné l'intérêt des **stratégies « d'entre-deux »** dans la gestion des risques et des incertitudes (Zinn, 2008). L'usage de la confiance, des émotions et de l'intuition permet ainsi de pallier aux limites des instruments de calcul des risques. Dans une situation de risque, la combinaison de stratégies objectives et subjectives facilite alors la gestion de l'incertitude et la prise de décision des acteurs.

Il existe indéniablement **une forme de spiritualité** dans le travail clinique psychiatrique, s'inscrivant en particulier dans la croyance en la prophétie auto-réalisatrice. Selon Nicholas Christakis, la conscience d'être faillible dans leurs pronostics et l'idée que l'incertitude pronostique entretient l'espoir suscite chez les oncologues des sentiments spirituels (Christakis, 2001). A ce titre, une psychiatre rappelle qu'avoir confiance en l'avenir du patient constitue une croyance et un véritable devoir professionnel.

« Il faut toujours rester sur la question du crédit que l'avenir ne va pas être aussi sombre que ça. La confiance, la confiance qu'il peut arriver quelque chose de bon pour le patient. Après, si ça n'arrive pas, c'est embêtant (rire). Mais voilà ! C'est une position ! (rire) » (6)

Enfin, je suggère que « garder les portes ouvertes » constitue une **stratégie d'économie émotionnelle** pour le psychiatre. Au-delà des exigences contradictoires de son travail clinique vis-à-vis des patients, cette économie émotionnelle est essentielle pour le psychiatre lui-même. Avoir confiance en l'avenir du patient lui permet de s'engager intensément auprès du

jeune et de sa famille durant le suivi, puis de se désengager tout aussi vite, en nourrissant l'idée que des événements favorables adviendront par eux-mêmes, sans qu'il n'en soit plus aucunement responsable.

« - Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui font que quelqu'un s'intéresse à la pédopsychiatrie, vous me laisserez-vous interroger sur les vôtres (rire), mais il y a aussi cette question-là. De ne pas vouloir se renfermer dans quelque chose qui ne laisse pas d'**ouverture** et de possibilités pour le futur

- *Etre à un moment où on peut faire quelque chose ?*

- Même après. Mais que ça laisse l'**ouverture** a tout possibilité de **déploiement**, d'**épanouissement**, voilà c'est le terme français qui me plait beaucoup " **fleur qui s'ouvre** " et que parfois elle ne **s'ouvre** pas au moment, mais c'est après. Parfois on est agréablement surpris de tout un tas de choses qui se produisent après voilà. Ça laisse une **ouverture** pour la suite. »

« Garder les portes ouvertes » autorise ainsi l'investissement émotionnel massif du psychiatre en dépit de son ambivalence à chaque nouvelle rencontre qu'il fait avec un jeune patient pour lequel il s'attend à l'émergence d'un trouble mental grave. Dans cette situation clinique où les actions médicales ordinaires semblent peu à même d'influer sur le cours des événements, le psychiatre préserve ainsi son meilleur instrument de travail: son engagement humain.

CONCLUSION

Dans ce travail de thèse, j'ai décrit l'influence des pratiques pronostiques dans le travail quotidien de psychiatres français spécialistes d'enfants et d'adolescents, lorsque ceux-ci se questionnent sur l'émergence d'un grave trouble mental chez leurs jeunes patients. Si la France se trouve en décalage par rapport à d'autres pays développés quant à la diffusion de stratégies de détection standardisées et d'intervention précoces destinées à un jeune public, le positionnement des psychiatres français à l'égard du pronostic contribue à expliquer cette spécificité française.

La difficulté des psychiatres à faire des pronostics lors de leur travail clinique apparaît évidente dans cette analyse. Celle-ci émerge de l'enchevêtrement de nombreuses incertitudes liées à leur pratique médicale, au travail auprès d'adolescents, et aux indéterminations demeurant actuellement au sujet de la schizophrénie.

La contradiction entre leur préoccupation pour l'avenir de leurs jeunes patients, et l'incertitude de chacune des composantes de leurs pronostics – la prévision, l'anticipation et la prédiction – font émerger une ambivalence des psychiatres et une réticence à s'engager dans des approches prédictives. Une étude comparative de l'attitude des psychiatres à l'égard du pronostic entre différents pays permettrait de distinguer les dimensions spécifiquement françaises de cette ambivalence, de celles partagées par l'ensemble des psychiatres lors de leur travail clinique.

Si les théories de l'étiquetage pointent le stigmate social associé aux catégories diagnostiques de psychose et leur impact sur l'expérience subjective des personnes concernées, ce travail met en lumière une autre raison pour laquelle les psychiatres évitent de communiquer leurs prévisions concernant l'éventualité d'un trouble mental. La crainte de la prophétie auto-réalisatrice joue un rôle central dans la réticence des psychiatres à l'égard des prédictions. Si dans le travail de Nicholas Christakis, la prophétie auto-réalisatrice risque d'accélérer la mort de personnes souffrant de cancer mais néanmoins condamnées, elle occupe une place sensiblement différente en psychiatrie. L'annonce d'un risque de maladie mentale constitue, non seulement une forme d'étiquetage d'une jeune personne, mais – par le biais de la prophétie auto-réalisatrice – une modalité de production de problèmes mentaux ou émotionnels qui ne se seraient autrement jamais manifestés. Ainsi, communiquer sur

l'éventualité d'un trouble mental, n'accélère pas uniquement sa survenue, mais peut le déclencher. La notion de prophétie auto-réalisatrice et l'ambivalence des psychiatres français quant à l'efficacité d'une psychiatrie dite préventive, contribuent à éclairer leur réticence à l'égard de l'usage systématique d'outils d'intervention précoce standardisés en population générale.

L'engagement émotionnel de psychiatres a émergé comme une donnée importante de l'analyse, qui pourrait être approfondie en explorant les notions de travail émotionnel dans l'exercice clinique des psychiatres. De plus, si les enjeux politiques de la segmentation professionnelle psychiatrique se cristallisent en France sur la dichotomie entre l'usage de la subjectivité et celle de l'objectivité, mon analyse suggère que plusieurs psychiatres combinent ces deux approches dans leur travail clinique de manière à faciliter leurs processus décisionnels en situation d'incertitude, une hypothèse qui gagnerait à être approfondie par des données de terrain. Par ailleurs, si certains psychiatres que j'ai interrogés estiment que l'essor d'une démarche positiviste caractéristique du monde anglo-saxon induit le déclin de l'usage de la subjectivité parmi les psychiatres les plus jeunes, l'ensemble des psychiatres que j'ai rencontrés, âgés de 28 à 75 ans, accordaient une place centrale à l'intersubjectivité dans leur travail clinique.

L'analyse de ces entretiens nous permet d'explorer une situation clinique ordinaire, située à la frontière du trouble mental : la situation inquiétante. Dans ce contexte, la vision de l'avenir du patient que se fait le psychiatre l'inquiète et le confronte à l'impératif de mener diverses actions dont les logiques contradictoires ne peuvent être conciliées qu'au prix d'un engagement moral et affectif de longue durée auprès du jeune patient et de sa famille.

D'une part, les cas-frontières que représentent ces adolescents en difficulté sans être malades soulignent les limites de processus décisionnels médicaux (Dodier, 1993), et la frontière ténue entre le fonctionnement social estimé conventionnel de personnes qualifiées « d'adolescents » et les catégories de troubles psychiatriques. Un travail de terrain explorant l'influence du suivi des patients sur la redéfinition de ces catégories d'incertitude permettrait de mieux définir les processus décisionnels des psychiatres et leurs modalités de gestion du doute diagnostique.

D'autre part, la situation inquiétante offre un exemple du régime de vigilance continue exercé par les psychiatres lors de leur travail quotidien, et des modalités d'alerte qu'ils mettent en œuvre, en tant qu'acteurs concernés par la gestion de risques. L'analyse du travail clinique psychiatrique selon un modèle de gestion des risques éclaire le rôle central de la

subjectivité et son ascendant sur l'objectivité. Ainsi, le meilleur lanceur d'alerte est le capteur humain, dont le sens commun, la subjectivité et les capacités d'adaptation expliquent qu'il demeure plus performant que le capteur technique, si sophistiqué soit-il. Si le rôle des psychiatres français auprès de leurs jeunes patients présentant des difficultés émotionnelles et de leurs familles s'apparente ainsi à celui de lanceur d'alerte, leur réticence à utiliser des outils standardisés constitue alors une dimension intrinsèque à leur travail clinique.

Enfin, la séparation de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte, à l'heure actuelle instituée à l'âge de 18 ans, rend délicat le suivi d'une population d'adolescents et de jeunes adultes entre l'âge de 15 et 25 ans. La limitation temporelle des suivis des jeunes patients, adressés après l'âge de 18 ans vers des services destinés aux adultes, semble en effet façonner la manière dont les spécialistes de l'enfance envisagent le futur d'individus qu'ils ne seront plus amenés à revoir par la suite. Les pédopsychiatres que j'ai interrogés soulignent combien un suivi de plus longue durée pour leurs jeunes patients accompagnerait aussi bien une période d'insertion socio-professionnelle qu'une période de vulnérabilité psychique, par un accès aux soins spécifiquement dédié. Ainsi, l'ouverture d'unités destinées à de jeunes adultes répondrait à un besoin croissant de prise en charge de cette population spécifique.

Je tiens à remercier chaleureusement mes collègues psychiatres qui se sont livrés avec sincérité à l'exercice périlleux de dévoiler leurs préoccupations concernant l'avenir de leurs patients. Le fait qu'ils aient trouvé l'idée d'une telle recherche intéressante et qu'ils aient pris le temps de me rencontrer témoigne en soi de l'engagement personnel et de la réflexivité avec laquelle ils exercent leur profession.

BIBLIOGRAPHIE

- Agamben, G. (1998). *Homo sacer: Sovereign power and bare life*. Stanford University Press.
- Amado, G. (1969). Les états psychotiques du début de l'âge scolaire à la pré-puberté. *Confrontations psychiatriques*, (3), 75-95.
- Anatrella, T. (2003). Les «adulescents». *Etudes*, (7), 37-47.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent Storm and Stress, Reconsidered. *American Psychologist*.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties*. New York ; Oxford: Oxford University Press.
- Atkinson, J. M. (1989). To tell or not to tell the diagnosis of schizophrenia. *Journal of medical ethics*, 15(1), 21-24.
- Bannister, D. (1968). The Logical Requirements of Research into Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 114(507), 181-188.
- Barbato, M., Liu, L., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., McGlashan, T. H., ... Addington, J. (2015). Theory of mind, emotion recognition and social perception in individuals at clinical high risk for psychosis: Findings from the NAPLS-2 cohort. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2(3), 133-139.
- Barrett, R. J. (1996). *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia: An Anthropological Study of Person and Illness*. Cambridge University Press.
- Bayle, F. J., Chauchot, F., Maurel, M., Ledoriol, A. L., Gerard, A., Pascal, J. C., ... Loo, H. (1999). Enquête sur l'annonce du diagnostic de schizophrénie en France. *L'Encéphale*, 25(6), 603-611.
- Beck, U. (1986). *La société du risque* (Aubier). Paris (2001).
- Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American journal of Sociology*, 32-40.
- Benoit, L. (2015). Tentative de dialogue entre médecine et sociologie. *L'Autre*, 16(2).
- Blaxter, M. (1978). Diagnosis as category and process: The case of alcoholism. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 12, 9-17.
- Blumenthal, D. (2010). *Medical Professionalism in the New Information Age* (Rutgers University Press). New Jersey.
- Boulgakov, M. (1940). *Le maître et Marguerite*. (C. Ligny, Trad.) (Robert Laffont). Paris.
- Bowker, G. C., & Star, S. L. (1999). *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Boyle, M. (1990). *Schizophrenia: A Scientific Delusion?* London: Routledge.
- Braslow, J. T. (2013). The Manufacture of Recovery. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 781-809.
- Brown, P. (1995). Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 34-52.

- Brown, P., & de Graaf, S. (2013). Considering a future which may not exist: the construction of time and expectations amidst advanced-stage cancer. *Health, Risk & Society*, 15(6-07), 543-560.
- Cabut, S. (2015, juin 22). Nouveaux regards sur la schizophrénie. *Le Monde*.
- Cannon, T. D., Chung, Y., He, G., Sun, D., Jacobson, A., van Erp, T. G. M., ... Heinssen, R. (2015). Progressive Reduction in Cortical Thickness as Psychosis Develops: A Multisite Longitudinal Neuroimaging Study of Youth at Elevated Clinical Risk. *Biological Psychiatry*, 77(2), 147-157.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry* (Vol. xi). Oxford, England: Basic Books.
- Carey, B. (2015, mai 20). Severe Mental Illness Found to Drop in Young, Defying Perceptions. *NY-Times*. Consulté à l'adresse http://www.nytimes.com/2015/05/21/health/reduction-is-found-in-severe-mental-illness-among-the-young.html?emc=edit_th_20150521&nl=todaysheadlines&nliid=49601210&r=1
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Editions de Minuit.
- Castillo, M.-C., Lannoy, V., Seznec, J.-C., Januel, D., & Petitjean, F. (2008). Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'Évolution Psychiatrique*, 73(4), 615-628.
- Castillo, M.-C., Urdapilleta, I., Petitjean, F., Seznec, J.-C., & Januel, D. (2008). L'annonce du diagnostic de schizophrénie. Analyse textuelle d'entretiens cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166(8), 599-605.
- Charmaz, K. (1991). *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. Rutgers University Press.
- Chateauraynaud, F., & Torny, D. (1999). *Les sombres précurseurs: une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque* (EHESS). Paris.
- Christakis, N. A. (2001). *Death Foretold: Prophecy and Prognosis in Medical Care*. University of Chicago Press.
- Cornblatt, B. A., Carrión, R. E., Auther, A., McLaughlin, D., Olsen, R. H., John, M., & Correll, C. U. (2015). Psychosis Prevention: A Modified Clinical High Risk Perspective From the Recognition and Prevention (RAP) Program. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 986-994.
- Coughlan, H., Cannon, M., Shiers, D., Power, P., Barry, C., Bates, T., ... McGorry, P. (2013). Towards a new paradigm of care: the International Declaration on Youth Mental Health. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 103-108.
- Davis, F. (1960). Uncertainty in Medical Prognosis Clinical and Functional. *American Journal of Sociology*, 66(1), 41-47.
- Davis, F. (1990). *Passage Through Crisis: Polio Victims and Their Families*. Transaction Publishers.
- Dennis, E. L., Jahanshad, N., McMahon, K. L., de Zubicaray, G. I., Martin, N. G., Hickie, I. B., ... Thompson, P. M. (2013). Development of Brain Structural Connectivity between Ages 12 and 30: A 4-Tesla Diffusion Imaging Study in 439 Adolescents and Adults. *NeuroImage*, 64, 671-684.
- Devereux, G. (1967). *De l'angoisse à la méthode* (Réédition de 1980). Paris: Flammarion.
- Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale: essai de sociologie sur l'exercice du jugement* (Métailié). Paris.
- DSM-5. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Ed*. American Psychiatric Association.

- Estroff, S. (1993). Identity, disability, and schizophrenia: the problem of chronicity. In S. Lindenbaum & M. M. Lock, *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press.
- Falkai, P., Rossner, M. J., Schulze, T. G., Hasan, A., Brzózka, M. M., Malchow, B., ... Schmitt, A. (2015). Kraepelin revisited: schizophrenia from degeneration to failed regeneration. *Molecular Psychiatry*.
- Ferreri, M., Rouillon, F., Nuss, P., Bazin, N., Farah, S., Djaballah, K., & Gerard, D. (2000). De quelles informations les patients souffrant de schizophrénie disposent-ils sur leur maladie et leur traitement ? *L'Encéphale*, 26(5), 30-38.
- Fowler, R., McCabe, M., Cadoret, R., & Winokur, G. (1972). The validity of good prognosis schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 26(2), 182-185.
- Fox, R. C. (1957). Training for uncertainty. In R. K. Merton, G. Reader, & P. L. Kendall, *The student-physician. Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine* (Dodd, Mead). New York.
- Friedrich, M. J. (2014). Researchers focus on recovery in schizophrenia. *JAMA*, 312(1), 16–18.
- Fusar-Poli, P., Bechdolf, A., Taylor, M. J., Bonoldi, I., Carpenter, W. T., Yung, A. R., & McGuire, P. (2013). At Risk for Schizophrenic or Affective Psychoses? A Meta-Analysis of DSM/ICD Diagnostic Outcomes in Individuals at High Clinical Risk. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 923-932.
- Fusar-Poli, P., Rocchetti, M., Sardella, A., Avila, A., Brandizzi, M., Caverzasi, E., ... McGuire, P. (2015). Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 207(3), 198-206.
- Fusar-Poli, Cappucciati, M., Borgwardt, S., Woods, S. W., Addington, J., Nelson, B., ... McGuire, P. K. (2016). Heterogeneity of Psychosis Risk Within Individuals at Clinical High Risk: A Meta-analytical Stratification. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 113.
- Fusar-Poli, Frascarelli, M., Valmaggia, L., Byrne, M., Stahl, D., Rocchetti, M., ... McGuire, P. (2015). Antidepressant, antipsychotic and psychological interventions in subjects at high clinical risk for psychosis: OASIS 6-year naturalistic study. *Psychological Medicine*, 45(6), 1327-1339.
- Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, & et al. (2012). Predicting psychosis: Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 220-229.
- Galland, O. (1996). L'entrée dans la vie adulte en France. Bilan et perspectives sociologiques. *Sociologie et sociétés*, 28(1), 37.
- Galland, O. (2001). Adolescence, post-adolescence, jeunesse: retour sur quelques interprétations. *Revue Française de Sociologie*, 42(4), 611.
- Galland, O. (2011). *Sociologie de la jeunesse* (Armand Colin). Paris.
- Giedd, J. (2015, octobre). L'étonnante plasticité du cerveau adolescent. *Pour la Science*, (456), 45-50.
- Gilbert, C. (2013). Préface - De l'ordinaire à l'extraordinaire, Aller-Retour. In F. Chateauraynaud & D. Torny, *Les sombres précurseurs: une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*. EHESS (1999).
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1964). Awareness Contexts and Social Interaction. *American Sociological Review*, 29(5), 669-679.

- Gremion, J., Mantelet, S., & Hardy, P. (2001). Place de l'information dans le consentement aux soins des patients schizophrènes. À propos d'une enquête réalisée auprès de 74 psychiatres du Val-de-Marne. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 159, p. 522–528). Elsevier.
- Hacking, I. (2001). *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi?* Paris: La Découverte.
- Henckes, N. (unpublished). Shaping Adulthood.
- Henckes, N. (2011). Reshaping chronicity: neuroleptics and changing meanings of therapy in French psychiatry, 1950–1975, *42*(4), 434-442.
- Henckes, N. (2012). Entre maladie et handicap : repenser la critique psychiatrique de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. *ALTER - Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, *6*(4), 242-254.
- Henckes, N., & Rzesnitsek, L. (unpublished). Performing doubt, negotiating uncertainty. Differential diagnosis in Early Psychosis.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: the commercialization of human feeling* (The University of California Press). Berkeley.
- Hochschild, A. R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, *9*(1), 19.
- Hunter, K. M. (1991). *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton University Press.
- Jablensky, A. (1997). The 100-year epidemiology of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *28*(2–3), 111-125.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, *31*(2), 278-299.
- Kaplan, R. M. (2008). Being Bleuler: the second century of schizophrenia. *Australasian Psychiatry*, *16*(5), 305-311.
- Kraepelin, E. (1883). *Compendium der Psychiatrie*. Leipzig.
- Kuehn, B. M. (2010). Early interventions for schizophrenia aim to improve treatment outcomes. *JAMA*, *304*(2), 139–145.
- Lanteri-Laura, G. (1972). La chronicité dans la psychiatrie moderne française. Note d'histoire théorique et sociale. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, *27*(3), 548-568.
- Lasalvia, A., Penta, E., Sartorius, N., & Henderson, S. (2015). Should the label « schizophrenia » be abandoned? *Schizophrenia Research*, *162*(1), 276-284.
- Latour, B. (1989). *La science en action*. Paris: La Découverte.
- Leray, S. (1992). *De l'annonce du diagnostic de schizophrénie*. (Thèse de doctorat de médecine).
- Lieberman, J. A., Dixon, L. B., & Goldman, H. H. (2013). Early detection and intervention in schizophrenia: a new therapeutic model. *JAMA*, *310*(7), 689–690.
- Light, D. (1979). Uncertainty and Control in Professional Training. *Journal of Health and Social Behavior*, *20*(4), 310.
- Lin, A., Wood, S. J., Nelson, B., Brewer, W. J., Spiliotacopoulos, D., Bruxner, A., ... Yung, A. R. (2011). Neurocognitive predictors of functional outcome two to 13 years after identification as ultra-high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, *132*(1), 1-7.

- Loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, article 114 (2005).
- Lower, R., Wilson, J., Medin, E., Corlett, E., Turner, R., Wheeler, K., & Fowler, D. (2015). Evaluating an early intervention in psychosis service for 'high-risk' adolescents: symptomatic and social recovery outcomes. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(3), 260-267.
- Maynard, D. W. (2006). « Does it mean I'm gonna die? »: On meaning assessment in the delivery of diagnostic news. *Social Science & Medicine*, 62(8), 1902-1916.
- McGorry, P., Bates, T., & Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s30-s35.
- McGuire, P., Sato, J. R., Mechelli, A., Jackowski, A., Bressan, R. A., & Zugman, A. (2015). Can neuroimaging be used to predict the onset of psychosis? *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1117-1122.
- Ménoret, M. (2007). Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie. *Sciences sociales et santé*, 25(1), 33.
- Merton, R. K. (1948). The Self-Fulfilling Prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193.
- Merton, R. K. (1976). *Sociological Ambivalence and Other Essays*. Simon and Schuster.
- Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (Payot et Rivages). Paris.
- Nieman, D. H., & McGorry, P. D. (2015). Detection and treatment of at-risk mental state for developing a first psychosis: making up the balance. *The Lancet Psychiatry*, 2(9), 825-834.
- Pantelis, C., Yücel, M., Wood, S. J., Velakoulis, D., Sun, D., Berger, G., ... McGorry, P. D. (2005). Structural Brain Imaging Evidence for Multiple Pathological Processes at Different Stages of Brain Development in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 672-696.
- Parron, A. (2011). *Le passage à l'âge adulte des jeunes souffrant de troubles psychiques: enjeux d'autonomisation dans la prise en charge du handicap psychique entre dépendance et engagement des jeunes usagers/patients*. Université Toulouse le Mirail-Toulouse II.
- Parsons, T. (1951). Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. In *Social System* (The Free Press). New York.
- Pilgrim, D. (2007). The survival of psychiatric diagnosis. *Social Science & Medicine*, 65(3), 536-547.
- Pilnick, A., & Zayts, O. (2014). « It »s Just a Likelihood': Uncertainty as Topic and Resource in Conveying « Positive » Results in an Antenatal Screening Clinic. *Symbolic Interaction*, 37(2), 187-208.
- Pols, J., & Moser, I. (2009). Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies. *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 3(2), 159-178.
- Rhodes, L. A. (1991). *Emptying Beds: The Work of an Emergency Psychiatric Unit*. University of California Press.
- Ripke, S., O'Dushlaine, C., Chambert, K., Moran, J. L., Kähler, A. K., Akterin, S., ... Sullivan, P. F. (2013). Genome-wide association analysis identifies 13 new risk loci for schizophrenia. *Nature Genetics*, 45(10), 1150-1159.
- Rist, R. C. (1970). Student social class and teacher expectations: The self-fulfilling prophecy in ghetto education. *Harvard educational review*, 40(3), 411-451.

- Roberts, K., & Clarke, C. (2009). Future disorientation following gynaecological cancer: Women's conceptualisation of risk after a life threatening illness. *Health, Risk & Society*, 11(4), 353-366.
- Rollins, H. R. (1961). Prognosis in schizophrenia. *British Medical Journal*, (15), 1105.
- Rose, N. (1996). The death of the social? Re-figuring the territory of government. *International Journal of Human Resource Management*, 25(3), 327-356.
- Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. (University Press). Princeton.
- Rosenberg, C. E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *Milbank Quarterly*, 80(2), 237-260.
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968). Pygmalion in the classroom. *The Urban Review*, 3(1), 16-20.
- Rosier, F. (2015). Prédire la schizophrénie par ordinateur - 31 août 2015. *Le Monde*.
- Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill : a sociological theory* (Aldine Pub. Co.). Chicago.
- Scheff, T. J. (1970). Schizophrenia as ideology. *Schizophrenia Bulletin*, 15-19.
- Shim, J. K., Russ, A. J., & Kaufman, S. R. (2007). Clinical life: expectation and the double edge of medical promise. *Health*, 11(2), 245-264.
- Strauss, A. L. (1959). *Mirrors and Masks : the search for identity* (The Free Press). Glencoe, Il.
- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. J. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia: I. characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27(6), 739-746.
- Timmermans, S., & Angell, A. (2001). Evidence-Based Medicine, Clinical Uncertainty, and Learning to Doctor. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(4), 342.
- Todd, J. (1961). Prognosis in schizophrenia. *British Medical Journal*, 1248.
- Van de Velde, C. (2004). *Devenir adulte : sociologie comparée de la jeunesse en Europe*. Paris, Institut d'études politiques.
- Velpry, L. (2008). The Patient's View: Issues of Theory and Practice. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 32(2), 238-258.
- Warner, R. (2004). *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy* (3rd ed). Hove ; New York: Brunner-Routledge.
- Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), 353-370.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Francey, S., Harrigan, S., ... Jackson, H. J. (1998). Prediction of psychosis: A step towards indicated prevention of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 172(Suppl 33), 14-20.
- Ziebland, S. (2004). The importance of being expert: the quest for cancer information on the Internet. *Social Science & Medicine*, 59(9), 1783-1793.
- Zinn, J. O. (2008). Heading into the unknown: Everyday strategies for managing risk and uncertainty. *Health, Risk & Society*, 10(5), 439-450.

ANNEXE : Grille d'entretien

Je m'intéresse à la manière dont la pratique de faire des pronostics, ou d'anticiper l'avenir, influence le travail des psychiatres auprès des adolescents. En particulier dans le cas d'un adolescent que vous rencontrez, et chez qui vous suspectez un début de maladie grave (si exemple : psychose, trouble bipolaire), mais vous n'êtes pas en mesure de poser un diagnostic.

Est-ce que le pronostic c'est un enjeu dans votre pratique ? C'est quoi le pronostic pour vous ?

Est-ce que l'éventualité d'une évolution vers la schizophrénie vous a déjà posé problème ?

Est-ce que ces situations sont **fréquentes** ?

Qu'est-ce qui les rend **problématiques** ?

Comment résout-on cette tension ?

PRONOSTIC

Comment **anticipez-vous l'avenir** pour un jeune patient ?

Quels sont les **enjeux prioritaires** pour ces jeunes ? (*études, travail, famille, autonomie, social, mortalité, soins*)

Selon vous, les psychiatres doivent-ils faire des **prédictions** sur le devenir du patient ?

PRISE EN CHARGE

Comment **l'éventualité d'une évolution vers la schizophrénie** influe-t-elle sur votre prise en charge ?

Est-ce que cela influence le **travail d'analyste** ?

Est-ce que le **traitement médicamenteux** est une option ?

Est-ce que vous privilégiez **certains médicaments** en cas d'**incertitude diagnostique** ?

Vaut-il mieux **essayer un médicament sans être sûr** ou prendre le risque que l'adolescent ne bénéficie pas du traitement ?

PREVENTION

Votre prise en charge permet-elle d'**éviter la survenue de certains problèmes** ?

Est-ce que parler de **prévention** cela a un sens dans **votre pratique** en psychiatrie ?

Est-il possible d'**éviter que la schizophrénie** ne survienne ?

LITTÉRATURE *Certaines équipes parlent de « risque de psychose »...*

Est-ce que parler de **risque** cela a un sens dans votre pratique ?

Est-ce que les **notions théoriques** sur le pronostic de la schizophrénie vous aident dans votre pratique ?

COMMUNICATION

Est-ce que **vous abordez le pronostic** avec ces jeunes ? Avec leurs familles ?

Est-ce que les patients vous posent des **questions sur leur avenir** ? *sortie hôpital / reprise études / arrêt TTT / sexualité, enfants*

Est-ce que **vous leur parlez de l'éventualité d'une évolution vers la schizophrénie** ?

Est-ce que les **parents vous posent des questions sur l'avenir** du jeune ? Avez-vous à **gérer leurs attentes** ?

Devez-vous parfois conseiller au patient de **réévaluer certains projets** (encourager / déconseiller certaines études) ?

Pensez-vous que **parler d'une éventuelle évolution vers la schizophrénie** peut avoir des **conséquences** sur l'avenir du patient ?

Pensez-vous qu'être **optimiste** peut aider le patient à se rétablir ?

Pensez-vous qu'être **trop optimiste** sur son avenir peut nuire au patient ? **Trop pessimiste** peut nuire au patient ?

ERREUR / RESPONSABILITE

Est-ce que vous vous êtes déjà **trompé de pronostic** au sujet de l'évolution vers une schizophrénie ?

Vous est-il arrivé de devoir gérer **les conséquences d'une erreur de pronostic d'un autre médecin** ?

Est-ce que vous pensez qu'une erreur de pronostic engage la **responsabilité médicale** ?

Avez-vous déjà été **surpris par l'évolution** d'un jeune patient ?

SEGMENTS PROFESSIONNELS (?)

Pensez-vous que **les années d'expérience** des psychiatres modifient leurs attentes pronostiques ?

Dans ces situations, y-a-t-il des pratiques / visions différentes en **psychiatrie de l'adolescent** et en **psychiatrie de l'adulte** ?

QU'EST-CE QUI CHANGE QUAND IL Y A UN DIAGNOSTIC ? *Vie normale / vie limitée*

Est-ce que le diagnostic de schizophrénie vient **limiter les futures attentes** du psychiatre ?

Est-ce que le diagnostic **soulage une tension** pour le psychiatre ? **Limite la responsabilité** ?

RESUME :

Contexte: Ces vingt dernières années, la prédiction de la psychose chez de jeunes patients est devenue un enjeu prioritaire de la psychiatrie à l'échelle internationale fondé sur l'espoir d'une intervention à un stade précoce, dit « état mental à risque ». Toutefois, les jeunes dont les difficultés pourraient traduire aussi bien des symptômes précurseurs d'une psychose qu'un malaise en lien avec l'adolescence, représentent des cas ordinaires pour les pédopsychiatres. Dans ces situations cliniques, comment les psychiatres envisagent-ils l'avenir de leurs patients ? Anticipent-ils la survenue de troubles mentaux ? Communiquent-ils des pronostics aux patients ou à leurs familles ?

Méthodes : Des entretiens menés auprès de pédopsychiatres français ont exploré leurs pratiques pronostiques et ont été analysés selon une méthode qualitative.

Résultats : Si les psychiatres ne déclarent pas spontanément faire des pronostics, ils décrivent des situations inquiétantes où leurs attentes pour l'avenir de jeunes patients les incitent à agir de manière spécifique. Ils soulignent l'impossibilité de réaliser des pronostics fiables, et la crainte de susciter des troubles mentaux ou émotionnels chez leurs jeunes patients s'ils évoquent un risque de maladie mentale (prophétie auto-réalisatrice). Ces enjeux contradictoires ne sont gérés qu'au prix d'une ambivalence à l'égard du pronostic et d'un intense engagement émotionnel au cours du suivi.

Conclusion : Les pédopsychiatres envisagent voire anticipent le risque d'émergence de trouble mental grave. Toutefois, l'incertitude du pronostic en pédopsychiatrie souligne les limites floues entre symptômes atypiques et trouble mental avéré.

MOTS-CLES :

Psychoses chez l'adolescent ** Prévention – Schizophrénie ** chez l'adolescent ** Pronostic
Ethique médicale – Prédications – Risque – Détection – Prévention – Prophétie auto-réalisatrice.

ABSTRACT :

Background: Over the last twenty years, predicting psychosis has become a priority of both research and policies in the mental health field. While psychiatrists promoting those approaches defend the use of “at risk mental states” categories, cases of patients presenting unclear symptoms that might be the signs of a beginning psychotic process or might as well reflect some adolescent unease are commonplace in youth psychiatry. Yet little is known about the routine practices of youth psychiatrists regarding prognosis. What kinds of expectations do psychiatrists have when treating young patients? Do they anticipate future mental disorders? Do they communicate their expectations to patients and their families?

Method: we asked a sample of French youth psychiatrists how they used prognosis in their daily work. Interviews were analyzed using qualitative methodology.

Results: While most of them did not spontaneously mention the fact that they made prognostications when treating young patients, psychiatrists described situations where their expectations regarding the future of their patients were problematic and called for specific action. They stressed the impossibility of making a reliable prognosis and feared to induce mental troubles if announcing them, as would do a self-fulfilling prophecy. These contradicting expectations towards prognosis were only managed at the cost of ambivalent attitudes and a deep emotional involvement.

Conclusion: Inconspicuous risk management is part of youth psychiatrists' daily work, and indetermination of prognosis reflects the many uncertainties concerning the boundaries between symptoms and existence in the realm of severe mental disorders.

KEY-WORDS

Prognosis – Psychosis – Schizophrenia – Risk – Adolescent – Detection – Prevention – Self-Fulfilling Prophecy.