

## **La prise en compte des compétences et capacités adolescentes : un renouvellement des approches du rétablissement en pédopsychiatrie**

Isabelle Maillard

Volume 20, numéro 2, décembre 2012

Les conceptions du rétablissement en santé mentale : recherches  
identitaires, interdépendances et changements sociaux  
Recovery Concepts and Models in Mental Health: Quests for Identity,  
Interdependences, and Social Changes

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1086717ar>  
DOI : <https://doi.org/10.7202/1086717ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (imprimé)  
2562-6574 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Maillard, I. (2012). La prise en compte des compétences et capacités  
adolescentes : un renouvellement des approches du rétablissement en  
pédopsychiatrie. *Développement Humain, Handicap et Changement Social /  
Human Development, Disability, and Social Change*, 20(2), 87–103.  
<https://doi.org/10.7202/1086717ar>

Résumé de l'article

Les orientations de la politique de secteur (1960) puis de la politique de santé  
mentale (1990), deux réformes institutionnelles majeures engagées par les  
pouvoirs publics français, ont introduit de profondes transformations en  
psychiatrie, contribuant à étendre son périmètre d'action et à renouveler la  
conception des soins. Ces évolutions restent toutefois assez peu étudiées,  
particulièrement concernant les adolescents dont la prise en compte a été plus  
tardive en psychiatrie infanto-juvénile. Cet article se propose d'examiner les  
changements introduits en pédopsychiatrie de secteur par les expériences et  
les expérimentations engagées ces dernières années auprès des adolescents  
« en souffrance », distants de la prévention et des soins, peu demandeurs d'aide  
ou de soutien, confrontés à des difficultés aux frontières de plusieurs domaines  
d'action (éducatif, social, pédopsychiatrie...) mettant à mal la stricte partition  
des rôles entre professionnels et institutions. À partir d'approches  
sociologiques empiriques de suivis des démarches mises en place dans  
différents intersecteurs de la région Ile-de-France, l'analyse de ces  
changements sur plusieurs plans, celui des acteurs (postures et dispositions  
professionnelles, qualifications et compétences, redistribution des rôles entre  
acteurs de la santé mentale), celui des manières de travailler (référentiels  
d'action, etc.) et celui des valeurs associées (autonomie, responsabilisation,  
*empowerment*), permet de reconstituer la part prise par cette nouvelle  
appréhension du rétablissement permettant une prise en compte dynamique  
des adolescents en « souffrance ».

## La prise en compte des compétences et capacités adolescentes : un renouvellement des approches du rétablissement en pédopsychiatrie

ISABELLE MAILLARD

CERMES3 - Équipe CESAMES, Centre de Recherche, Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale et Société, EHESS, Faculté des Sciences humaines et sociales, Université Paris Descartes, France

Article original • Original Article

---

### Résumé

Les orientations de la politique de secteur (1960) puis de la politique de santé mentale (1990), deux réformes institutionnelles majeures engagées par les pouvoirs publics français, ont introduit de profondes transformations en psychiatrie, contribuant à étendre son périmètre d'action et à renouveler la conception des soins. Ces évolutions restent toutefois assez peu étudiées, particulièrement concernant les adolescents dont la prise en compte a été plus tardive en psychiatrie infanto-juvénile. Cet article se propose d'examiner les changements introduits en pédopsychiatrie de secteur par les expériences et les expérimentations engagées ces dernières années auprès des adolescents « en souffrance », distants de la prévention et des soins, peu demandeurs d'aide ou de soutien, confrontés à des difficultés aux frontières de plusieurs domaines d'action (éducatif, social, pédopsychiatrie...) mettant à mal la stricte partition des rôles entre professionnels et institutions. À partir d'approches sociologiques empiriques de suivis des démarches mises en place dans différents intersecteurs de la région Ile-de-France, l'analyse de ces changements sur plusieurs plans, celui des acteurs (postures et dispositions professionnelles, qualifications et compétences, redistribution des rôles entre acteurs de la santé mentale), celui des manières de travailler (référentiels d'action, etc.) et celui des valeurs associées (autonomie, responsabilisation, *empowerment*), permet de reconstituer la part prise par cette nouvelle appréhension du rétablissement permettant une prise en compte dynamique des adolescents en « souffrance ».

**Mots-clés :** Adolescents, santé mentale, souffrance psychique, secteur de psychiatrie infanto-juvénile, réseau, autonomie, capacitation

### Abstract

The community psychiatry policy (1960) as well as the mental health policy (1990), two major institutional reforms lead by French public authorities, have introduced profound transformations within the field of psychiatry, contributing to the extension of its scope of action and to the renewal of the conception of care. However, these evolutions have remained marginally studied, particularly in regard of teenagers whose infantojuvenile psychiatric care has been delayed. This paper examines the changes introduced within the sector child psychiatry through the recent experiences and experimentations undertaken toward these "suffering" teenagers. As they are outside the reach of prevention measures and of care, few of them ask for help or support. They are also confronted with difficulties at the margin of many domains of action (education, social, child psychiatry, etc.) which blurs the strict division of roles between professionals and institutions. Starting from empirical sociological approaches of monitoring initiatives introduced in different "intersecteurs" of the Ile-de-France region, the analysis of transformations on multiple levels, those of the actors (professional stances and dispositions, qualifications and skills, redistribution of roles between each actors within the mental health domain), those of working methods (frames of action, etc.) and of associated values (autonomy and empowerment) allow the reconstitution of the part played by this new conception of recovery which gives place to a dynamic account of these "suffering" teenagers.

**Keywords :** Teenagers, mental health, psychic suffering, community child psychiatry, network, autonomy, capacitation

## Une conception renouvelée du rétablissement des adolescents en pédopsychiatrie sous l'effet des réformes institutionnelles

**E**n l'espace d'un demi-siècle, la psychiatrie française a connu de profondes transformations institutionnelles sous l'effet de deux principales réformes. La première, la politique de secteur engagée en 1960 mais officialisée tardivement, en 1985, a introduit d'importants changements sur le plan de l'organisation et de la conception des soins. Faute de moyens, sa mise en œuvre est toutefois restée inachevée, plus symbolique que réelle (Biarez, 2002), tout particulièrement concernant les adolescents, mal pris en compte dans les premiers intersecteurs de pédopsychiatrie avant tout structurés autour de l'enfance (Bourcier & Durand, 2002). La politique de santé mentale, seconde réforme amorcée par les pouvoirs publics en 1990, en témoigne. Elle fait de l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des adolescents une de ses priorités. Revenir sur les principales orientations contenues dans ces politiques tout en restituant leur contexte d'émergence au fil des mutations de la question adolescente permettra de mieux saisir, dans les expériences et les expérimentations engagées dans leur sillage, les contours du renouvellement des approches du rétablissement consécutif à l'élargissement des publics et des problèmes à traiter, les adolescents « en souffrance ».

### - L'organisation « idéale » de la sectorisation : un modèle progressif et continu des soins

Cherchant à introduire une rupture avec le modèle asilaire et à ouvrir la psychiatrie sur la communauté, la politique de secteur s'est traduite par une extension considérable de l'offre de soins spécialisés dispersés dans la ville. Au principal lieu de prise en charge psychiatrique incarné par « l'institution totale » (Goffman, 1968), succède une diversification de services ambulatoires organisés selon une logique graduelle (Velpry, 2008), du plus intensif (hospitalisation) au moins soutenu (consultations) avec des ordres de prise en charge intermédiaires

(centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour, etc.). La nouvelle appréhension des soins, ainsi sous-tendue, tend à faire de l'autonomie du patient le but et le support sur lequel s'appuyer pour l'atteindre (Ehrenberg, 2008). Aux divers lieux de soins devant être (re-)liés les uns aux autres (Lovell, 2004), doivent correspondre différents ordres de prise en charge, tenant compte du degré d'autonomie du patient (fonction du caractère plus ou moins invalidant de ses troubles), en vue de renforcer sa capacité d'action autonome, selon un modèle progressif des soins et une visée continue du changement (Genard, 2007). Le *cure* (soigner), modèle de réparation attaché à l'objectif de guérison (Goffman, 1968), ne disparaît pas, mais le *care* (prendre soin) (Paperman & Laugier, 2005), modèle qui a occupé une place importante en psychiatrie depuis Freud, doit logiquement prendre une autre dimension.

### - Les ambivalences du secteur : la prévention des problèmes de santé mentale et les adolescents

En invitant la psychiatrie à desservir selon les principes de proximité et d'accessibilité l'ensemble de la population résidant un territoire circonscrit, la sectorisation contribue théoriquement à déplacer le curseur vers la prévention et à étendre son domaine de compétences, des pathologies mentales caractérisées, aux états intermédiaires ou troubles ne relevant pas de la nosographie psychiatrique. La lecture et l'analyse des textes législatifs fondateurs du secteur révèlent toutefois des ambivalences. D'une part, c'est moins la prévention des états intermédiaires que la « lutte contre les maladies mentales » qui est placée au centre de l'organisation du dispositif. D'autre part, les réflexions qui ont précédé et inspiré la politique de secteur se sont focalisées sur la psychiatrie adulte. La question adolescente est restée comme impensée (Castel, 1981). La circulaire<sup>1</sup> de 1960 à l'origine du secteur n'en parle pas, tout juste évoque-t-elle la psychiatrie infantile.

<sup>1</sup> En France, les circulaires n'ont pas force de loi. Elles donnent un cadre à l'action, établissent des orientations, émettent des conseils ou des recommandations, mais leur application n'est pas obligatoire.



À l'époque, l'adolescence en voie de massification commence tout juste à être théorisée par les sciences du psychisme. Peu à peu, elle va faire l'objet de connaissances plus spécifiques – au chapitre des symptômes, des psychopathologies, etc. La circulaire de 1972 relative aux intersecteurs de pédopsychiatrie s'en fait l'écho. Elle enregistre les progrès récemment effectués en psychiatrie dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence<sup>2</sup> et relève la refonte et l'extension de la nosographie en psychiatrie infanto-juvénile qui en a découlé<sup>3</sup>. Ces avancées contribuèrent à renouveler la conception des maladies et des déficiences mentales des enfants et des adolescents et à faire évoluer les référentiels d'action vers la prévention, primaire (« *avant l'apparition de troubles* »), secondaire (« *dépistage et lutte contre les maladies mentales* ») et les « *diverses désadaptations et inadaptations* »,) et tertiaire (« *limiter les séquelles et incapacités consécutives à la maladie* », p. 4 de la circulaire), en articulation étroite avec les secteurs sanitaires (pédiatrie, protection maternelle infantile, psychiatrie adulte), social et éducatif (santé scolaire, aide sociale à l'enfance, autorités judiciaires, etc.). Cependant, l'objectif affiché à ce moment demeure la lutte contre les maladies et les déficiences mentales. Cette circulaire permettra d'amorcer le développement des actions de prévention dans la communauté et du travail partenarial, mais ceux-ci resteront davantage tournés vers le repérage et le dépistage précoce des maladies et des déficiences mentales des enfants, plus que des adolescents restés en marge du secteur (Bourcier & Durand, 2002).

<sup>2</sup> Les avancées en psychiatrie infanto-juvénile concernent notamment la distinction entre la pathologie de l'enfant et celle de l'adulte, la reconnaissance de la réversibilité des troubles et de l'influence du milieu sur le développement de l'enfant (potentiellement facteur de troubles).

<sup>3</sup> La refonte de la nosographie est notamment liée à la remise en question de la notion d'inéducabilité et de la signification du quotient intellectuel, ainsi qu'à l'extension des troubles de la personnalité, avec les psychoses et les névroses infantiles, les troubles réactionnels liés à une difficulté d'adaptation à la scolarité ou des difficultés sociales et familiales.

### - Les adolescents « en souffrance » : nouvelles cibles de la politique de santé mentale devant les mutations sociales

La politique de santé mentale s'inscrit dans la continuité des orientations fondatrices du secteur (accessibilité, proximité, prévention, continuité des soins) qu'elle vise à améliorer et à renforcer tout en les modifiant. La psychiatrie est invitée à :

- 1) ne plus limiter son champ d'action aux pathologies psychiatriques *stricto sensu* pour s'ouvrir à la prévention et à la prise en charge de la santé mentale entendue comme un vaste ensemble de difficultés, des moins graves (mal-être, souffrance psychique, etc.) aux plus graves (troubles psychiatriques avérés);
- 2) diversifier les populations cibles en étendant son intervention à trois nouvelles catégories de publics jusqu'alors peu pris en considération : les adolescents inscrits dans des conduites à risques, ceux exposés à la précarité de leurs conditions de vie et ceux confrontés à un cumul de difficultés intriquées difficiles à démêler;
- 3) améliorer l'accès à la prévention et aux soins en développant une offre de soins plus diversifiée et plus souple, adaptée à la spécificité des adolescents, selon de nouvelles modalités de travail, en partenariat et en réseau.

Dans cette perspective, les ambitions de la politique de santé mentale dépassent la redéfinition du périmètre d'action en psychiatrie. Elles visent aussi à reconfigurer le système d'action en santé mentale en cherchant à faire travailler ensemble une multiplicité d'institutions et de professions (médecins généralistes, travailleurs sociaux, etc.), selon de nouvelles formes de coopération (partenariat, travail en réseau) et une redistribution des rôles et des tâches.

Ces évolutions témoignent d'un changement de perception et d'appréhension de la question adolescente qui a pris un tout autre visage sous l'effet conjugué de l'affaiblissement des rites de passage (première communion, cons-

cription, fiançailles, mariage, entrée dans la sphère professionnelle), de la précarisation des régimes de l'existence sociale (Joubert, 2003) et de la fragilisation des principales instances de socialisation qui peinent à remplir leurs rôles. La place et le rôle de chacun ne sont plus assurés par les appartenances sociales et l'individu est invité à prendre en main son destin (Ehrenberg, 1995). Ce contexte d'incertitude et d'incitation à l'autonomie et la responsabilisation contribue à produire structurellement un ensemble de vulnérabilités (Soulet, 2005). Selon leur position dans l'espace social, les individus ne sont pas égaux pour y faire face et ne disposent pas des mêmes atouts pour accéder à une place. Les mieux lotis s'en sortent plutôt bien tandis que les plus précarisés, peu ou pas dotés au chapitre des ressources, des capitaux (économiques, culturels, symboliques...), des soutiens sociaux et familiaux, se trouvent confrontés à des conditions de vie particulièrement difficiles et éprouvantes. Dans ce contexte d'individualisation des parcours et de lutte pour les places, les profils des publics en difficulté se diversifient et leurs problématiques se complexifient. Elles sont rarement univoques, souvent multidimensionnelles (affective, familiale, scolaire, professionnelle, sociale, juridique, etc.) et protéiformes. Au croisement des problèmes de santé mentale (mal-être, souffrance psychique, états intermédiaires, etc.), les conduites à risques des jeunes se développent. Elles sont autant de solutions de remplacement aux instances de socialisation traditionnelles et de moyens d'adaptation permettant de « faire face » à la précarité des conditions de vie et d'accéder à une place. Cependant, dans certains contextes, de précarité notamment, elles peuvent favoriser l'ancrage dans des modes de vie décalés, dans les marges, et compromettre l'insertion et l'intégration dans la société (Jammouille, 2002).

- *Se rapprocher d'une classe d'âge « vulnérable » distante de la prévention et des soins*

Ainsi, diverses sources documentaires<sup>4</sup> décrivent les adolescents et les jeunes adultes

<sup>4</sup> Au cours des décennies 1990 et 2000, quatre principales sources documentaires font état de la question adolescente : 1) le rapport du groupe de travail « Ville,

comme une classe d'âge particulièrement « vulnérable », « à haut risque », tant sur le plan clinique (âge de survenue potentielle des troubles psychiatriques graves) que social (enjeux d'insertion scolaire et professionnelle), mais distante, voire fuyante vis-à-vis des dispositifs de prévention et de soins non spécifiquement conçus pour elle<sup>5</sup>. Ce « vide institu-

santé mentale, précarité et exclusion sociale », dit Strohl-Lazarus d'après les noms de ses rapporteurs, intitulé *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* (1995). Ce rapport a constitué un tournant dans l'appréhension des problèmes de santé mentale. Il a fortement marqué les esprits et a eu une influence décisive sur l'orientation des politiques publiques. Il a notamment inspiré la mise en place des lieux d'accueil et d'écoute dédiés aux jeunes; 2) le rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* (2000), associée aux conduites à risques qui en seraient le révélateur; 3) une concertation engagée en 1999 entre les ministères chargés de la Justice, de la Santé et des Affaires Sociales autour des mineurs en grande difficulté pris en charge dans les filières de la protection de l'enfance et des mineurs, qui va déboucher, d'une part, sur la circulaire du 3 mai 2002 co-signée par la Direction générale de la Santé (DGS), la Direction générale de l'Action Sociale (DGAS), la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ), relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et des adolescents en grande difficulté, d'autre part, sur l'élaboration d'un guide intitulé *Jeunes en grande difficulté : prise en charge concertée des troubles psychiques* (2003), dont la vocation est de fournir des « éléments de guidance à l'usage des professionnels », soit des éléments d'analyse et de compréhension de la réalité à partir d'approches théoriques diverses (psychiatrique, sociologique, judiciaire, politique, éducatif, etc.), étayés par des expériences de concertation locales innovantes; 4) le rapport Jourdain-Menninger et Strohl-Maffesoli (membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales – IGAS) intitulé *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques* (2004), qu'il s'agisse des pathologies psychiatriques classiques telles que répertoriées dans la nosographie psychiatrique ou des nouvelles pathologies ou états-limites (les « psychopathies »), concernant plus particulièrement les adolescents inscrits dans les filières de la protection de l'enfance confrontés à des difficultés multidimensionnelles, dits les « incasables » (p. 7 de la synthèse), objets de la « patate chaude » entre institutions (sociales et sanitaires) qui se renvoient la situation au motif qu'elle ne relève pas de leur domaine d'action et de compétence.

<sup>5</sup> Ce constat vaut plus globalement pour l'ensemble du système de soins français et est à l'origine d'un mouvement cherchant à faire des adolescents une spécialité



tionnel » exprime un déficit de réflexion à son endroit et implique des ajustements pour mieux y répondre (Gaudet, 2007). Les freins du côté des publics (précarité, faible souci pour la santé, distance culturelle, image connotée péjorativement de la psychiatrie, etc.) se conjuguent aux conditions d'accès et d'exigence du côté des structures, jugées inadaptées car trop élevées, rigides, médicalisées et marquées de « folie ». En résultent des recours tardifs à la prévention et aux soins, le plus souvent sur le mode de l'urgence, dans des situations de crise – dans le cas des publics précaires particulièrement.

Devant la complexité des problèmes de santé mentale des adolescents « en souffrance » (psychique, psychologique, psychosociale), dont l'intrication des dimensions rend inopérants les « cadres de l'expérience » (Goffman, 1991) et les référentiels d'action traditionnels des professionnels et met en défaut les prises en charge existantes, rigides, distantes des populations et cloisonnées, tous les rapports publics qui inspirent les plans d'action gouvernementaux préconisent un infléchissement des cadres d'action comme des modalités d'intervention vers plus de proximité, de souplesse et d'adéquation aux modes d'expression des difficultés des adolescents, et surtout le développement des prises en charge « *coordonnées* », des activités partenariales « *concertées* » et du « *travail en réseau* ». Les usagers sont placés au centre du dispositif et leurs prises en charge doivent s'effectuer en fonction de leurs besoins, selon une logique d'itinéraire personnelle plus que de filière. Entérinées dans divers textes législatifs et réglementaires adoptés au cours des années 1990 et 2000, ces orientations politiques, bien qu'inégalement développées et mises en œuvre par les secteurs selon les territoires (Coldefy & Salines, 2004), vont néanmoins donner lieu à l'engagement d'un ensemble d'initiatives et d'expériences contribuant à reconfigurer le paysage de la santé mentale, à recomposer l'action et à renouveler la conception de la prévention, des soins et du rétablissement des adolescents en psychiatrie

médicale à part entière, capable de réunir en un seul lieu diverses spécialités pour répondre à l'ensemble de leurs problématiques (Alvin, Marcelli, 2000).

infanto-juvénile de secteur, en lien avec l'action sanitaire, sociale et éducative.

### **L'intervention pédopsychiatrique en direction des adolescents : un axe de recherche peu exploré par les sciences sociales en France**

En dépit de ces évolutions, la psychiatrie infanto-juvénile qui s'est constituée comme un sous-champ distinct au sein de la psychiatrie reste un domaine d'action peu exploré par les sciences sociales, particulièrement en direction d'une catégorie de population comme les adolescents. En France, la psychiatrie et la santé mentale ont suscité un faible intérêt de la part des chercheurs<sup>6</sup> jusqu'à récemment<sup>7</sup>; et les quelques recherches existantes portent essentiellement sur la psychiatrie publique.

Un premier ensemble de travaux, sociologiques et philosophiques, est historiquement daté et marqué du point de vue de l'analyse proposée – à quelques exceptions<sup>8</sup>. Produits avant 1980 dans un contexte traversé par les mouvements contestataires dénonçant l'ordre social établi (bourgeois), les valeurs et les normes associées, ils portent pour l'essentiel sur la psychiatrie asilaire appréhendée à partir d'une orientation macrosociale et d'une pers-

<sup>6</sup> Ce déficit de connaissances tranche avec les pays anglo-saxons où les écrits dans le domaine sont abondants. Il est sans doute lié au développement tardif en France, contrairement aux pays anglo-saxons, de la sociologie de la médecine, de la maladie puis de la santé, comme de l'anthropologie médicale et de la maladie (Carricaburu & Ménoret, 2004). Sans doute est-il aussi à croiser au manque de soutien et de financements de la recherche dans ce domaine.

<sup>7</sup> Ces dernières années, la centralité prise par les préoccupations autour de la subjectivité individuelle a contribué à placer ces questions au-devant de la scène, politique et médiatique, et relancé la recherche en sciences sociales. En attestent divers appels d'offres sur la psychiatrie et la santé mentale, la Mission Interministérielle pour la Recherche notamment.

<sup>8</sup> Quelques auteurs échappent à cette grille d'analyse, notamment : Bastide (1965) qui développe une sociologie de type cognitif dans *Sociologie des maladies mentales* (Paris : Flammarion), ou Gauchet et Swain (1980) qui s'inspirent de l'approche généalogique et critique développée par Foucault, mais pour mieux s'en distancier.

pective généalogique ou sociohistorique, et s'inscrivent dans une filiation de tradition critique relevant de la domination et du contrôle social<sup>9</sup>. Aujourd'hui, loin d'avoir disparu, ces critiques sont réactivées. Devant le souci généralisé pour la subjectivité individuelle, la thématique de la médicalisation, de la psychiatriation, de la psychologisation des problèmes sociaux comme nouvelle forme de contrôle social revient en force<sup>10</sup>.

Un second ensemble de travaux plus récents contribue à renouveler l'analyse en s'intéressant à la psychiatrie publique de secteur, selon une perspective socio-historique (Henckès, 2007) et empirique (Velpy, 2008). Cependant, ils sont focalisés sur la psychiatrie adulte. L'intervention pédopsychiatrique en direction des adolescents n'est pas étudiée. Centrer l'analyse sur ce segment spécifique n'est pourtant pas sans intérêt. Les expériences engagées sur ce terrain ces dernières décennies contribuent à apporter des éclairages sur les changements qu'implique, en pédopsychiatrie de secteur, la prise en compte des adolescents « en souffrance » et la conception du rétablissement qui lui est associée. La part prise par cette nouvelle appréhension du rétablissement peut être reconstituée à partir de différents ordres d'analyse : celui des acteurs (postures et dispositions professionnelles, qualifications et compétences, redistribution des rôles), celui des référentiels d'action et des manières de travailler (réseau, médiations culturelles, etc.) et celui des valeurs associées (autonomie, responsabilisation, *empowerment*).

### **Vers l'activation et la remise en mouvement des adolescents et de leur entourage**

Le parti pris pour approcher ces questions a été de délaissier, en partie, la grille d'analyse centrée sur la domination pour privilégier les dynamiques d'affranchissement, d'expérimen-

tation et de création qui se sont développées malgré les déterminants et contraintes. La problématique de la domination néglige l'autonomie des acteurs qui serait, selon elle, nécessairement otage de logiques institutionnelles réduites aux procédures de contrôle et d'encadrement. Sans tomber dans l'excès inverse, d'approches plaçant l'intériorité, l'autonomie ou la rationalité du sujet au centre de l'analyse au détriment du social, une autre voie apparaît possible, qui peut être plus fructueuse (Payet, Giuliani, & Laforgue, 2008). La thèse d'Ehrenberg (2010) sur les mutations normatives de l'action, en référence à l'anthropologie structurale de Descombes (1996) pour qui la capacité d'un individu à agir de soi-même n'est possible que parce qu'existe une règle qu'il peut suivre et qui le précède dans un monde de significations communes déjà instituées, a été une source d'inspiration. Il en est de même des travaux d'Ion (2005a, 2005b et 2006) et d'Astier (2007) sur l'évolution des politiques publiques et les transformations du travail social, reposant sur l'hypothèse d'une recomposition des institutions en lieu et place de leur déclin, du retrait de l'État ou du renouvellement des « techniques de soi » cantonnées aux cadres de rapports de pouvoir auxquels l'individu ne pourrait que se soumettre.

Par rapport aux diverses mutations de « la question sociale » (Castel, 1995), s'opère une refonte progressive des politiques publiques, avec une pluralité, une diversification et une segmentation des logiques d'action au sein des institutions concernées, qui brouille souvent la lecture des orientations clairement lisibles et univoques dans ces processus de recomposition de l'action institutionnelle. Cette évolution correspond au passage des politiques sociales dites passives, éducatives et réparatrices, aux politiques sociales dites actives ou d'activation, c'est-à-dire d'accompagnement et de mise en mouvement des destinataires de l'aide qui doivent désormais se faire les acteurs de leur propre insertion (Ion, 2005c). Se trouve convoqué l'idéal normatif de ce que doit être aujourd'hui l'être humain en société, autonome et responsable, selon non plus une « autonomie-devoir » visant à se conformer aux exigences normatives comme c'était le cas dans les so-

---

<sup>9</sup> Ces travaux sont principalement l'œuvre de deux auteurs : Foucault (1972) et R. Castel (1976; 1981) avec F. Castel et A. Lovell (1979).

<sup>10</sup> Les références sont nombreuses. Pour en citer quelques-unes : Aïach (2006), Aïach et Delanoë (1998), Fassin (2004; 2006), Bresson (2006), Otero (2003).



ciétés disciplinaires, mais une « autonomie-pouvoir » ou de type capacitaire conçue comme la capacité de la personne à se prendre en charge, à agir par elle-même et à être l'agent de sa propre transformation pour faire face aux aléas de l'existence et à l'incertitude des lendemains (Genard, 2007). C'est, me semble-t-il, d'un même type de processus que procèdent la politique et l'action en santé mentale.

Les questions que j'explore dans cet article concernent plus spécifiquement la prise en compte, en pédopsychiatrie de secteur, des adolescents « en souffrance » confrontés à un cumul de difficultés entremêlées mettant à mal la stricte partition des rôles entre professionnels et institutions en charge de cette classe d'âge. Elle relève moins de la psychologisation, de la psychiatrisation ou de la médicalisation du social – en tant que processus de redéfinition des réalités du monde social (précarité, pauvreté, déviance, violence...) dans le langage de la souffrance psychique –, qu'elle ne s'inscrit dans une logique d'activation et de remise en mouvement des personnes qui en sont destinataires. La conception du rétablissement qui lui est associée vise à développer, à restaurer ou à renforcer les compétences et les capacités dans la perspective de favoriser une plus grande capacité d'action autonome, de leur devenir dans le cas des adolescents, en tant que partenaires de l'action en santé mentale dans le cas de l'entourage (familial ou professionnel) (Maillard, 2008).

### **Une approche sociologique qualitative et compréhensive**

Une logique de recherche qualitative inspirée de la sociologie compréhensive a été privilégiée pour appréhender ces questions. Les données ont été recueillies à partir de plusieurs secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de la région parisienne, dont deux retiennent particulièrement l'attention ici. Bien qu'implantés dans des départements aux caractéristiques urbaines (habitat social / résidentiel) et sociales (pauvre / riche) fort contrastées, tous deux couvrent des territoires qui présentent des similarités : ce sont des quartiers urbains dits « sensibles », des cités de banlieues d'habitat social

reléguées spatialement et socialement, concentrant des populations pour une part importante issue de l'immigration, confrontées à une précarisation croissante de leurs conditions de vie (affective, familiale, économique, sociale, professionnelle). Ces territoires cumulent les indicateurs sociaux les plus défavorables : bas niveaux de formation et de qualification, forts taux de chômage, des jeunes particulièrement, part élevée de familles vivant en situation de monoparentalité et de ménages vivant des minima sociaux.

Ces deux secteurs se trouvent aussi confrontés à des populations présentant des profils et des problématiques assez proches : des adolescents dits « bruyants », dont les passages à l'acte (tentatives de suicide, violences contre soi et autrui, conduites à risques, troubles du comportement...) mettent en difficulté les principales instances de socialisation, en demande d'aide et de soutien à la pédopsychiatrie de secteur, souvent sur le mode de l'urgence dans les situations de crise. Beaucoup d'entre eux, inscrits dans les filières de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), ont des parcours de vie éprouvants marqués de multiples ruptures (affective, familiale, scolaire, de placement). Souvent, sans aucune autre demande que celle de leur « *foutre la paix* », peu enclins à rencontrer un « psy » et à s'engager dans un processus de soins, ils cadrent difficilement avec les conditions d'accès aux soins dans le secteur et leurs difficultés imbriquées mettent à l'épreuve les découpages sectoriels et cloisonnés. Pour mieux prendre en compte et répondre aux problématiques posées par ces adolescents et leur entourage à l'origine de leur adressage vers la pédopsychiatrie et de la demande de soins, ces secteurs ont été conduits à développer et expérimenter de nouveaux cadres d'action selon des modalités d'intervention renouvelées.

Sur chacun des secteurs, la démarche a consisté à suivre les expériences et les expérimentations nouvellement engagées en direction des adolescents « en souffrance » laissant leur entourage démuni. Afin de multiplier les angles d'approches, plusieurs outils ont été combi-

nés : 1) le suivi et l'observation de deux types de réunions : des réunions propres à deux espaces de concertation et de réflexion autour des adolescents dits « difficiles », un « *groupe Ado* » et un « *réseau Ado* »<sup>11</sup>, plus ou moins formalisés et institutionnalisés, mobilisant, selon des configurations locales variables, diverses institutions (pédopsychiatrie, ASE, PJJ, prévention spécialisée, éducation nationale) et professions (pédopsychiatre, psychologue, assistante sociale, infirmière scolaire, éducateur spécialisé, enseignant, etc.) autour des situations posant problème, afin de rechercher ensemble les moyens et les agencements permettant de mieux les travailler; des réunions (de synthèse ou autres) internes à des équipes œuvrant dans des structures de pédopsychiatrie dédiées aux adolescents, qui ont fait l'objet d'une investigation plus approfondie – un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, une association de médiation culturelle, un lieu d'accueil; 2) des entretiens semi-directifs avec les professionnels engagés dans ces différentes expériences; 3) l'analyse des documents produits par les acteurs locaux (projets, rapports d'activité, etc.)<sup>12</sup>.

### **Une démarche prenant au sérieux les justifications des acteurs**

À l'opposé des sociologies de la domination ou de l'action rationnelle qui cherchent à dévoiler les finalités latentes, à mettre au jour les « vraies » motivations qui se cacheraient derrière les discours et les intentions affichées, en recherchant une explication qui serait objective pour l'une, ou en donnant aux justifications avouées des acteurs le statut de rationalisation pour l'autre, la posture adoptée a consisté à prendre au sérieux les justifications des acteurs, les épreuves et les dilemmes auxquels

ils étaient confrontés<sup>13</sup> (Cantelli & Genard, 2008). Selon cette perspective, l'analyse sociologique s'intéresse davantage au comment du « faire » plutôt qu'au pourquoi. Dans un contexte où ils sont conduits à expérimenter et à faire évoluer leurs référentiels d'action et leurs manières de travailler, il m'est apparu important, d'abord, de partir du problème tel qu'ils l'énonçaient; ensuite, d'analyser la manière dont ils rationalisaient, traduisaient et justifiaient les opérations de cadrage, les ajustements et les expérimentations engagées, afin d'identifier les logiques d'action et les systèmes de valeurs qui entrent en tension et, inversement, ce qui permet de les dépasser, de constituer des moyens pour les résoudre, qui peuvent former des expérimentations et des expériences innovantes, au chapitre des référentiels d'action, des modalités d'approches et des méthodes de travail. En se centrant sur les discours des professionnels, le matériel recueilli reste de « second degré » concernant les pratiques (Chauvenet, 1992). Néanmoins, en partant d'approches empiriques de suivis des démarches engagées sur le terrain de la pédopsychiatrie (espaces d'expression, actions de proximité, approche négociée et contextualisée des aides) et de la manière d'approcher les situations, l'analyse permet de reconstituer les contours de la nouvelle conception du rétablissement des adolescents qui se dessine dans ce qui peut apparaître comme contribuant à faire émerger et à définir un espace de référence.

### **« Faire avec » les adolescents et leur entourage et accroître leurs capacités d'action**

Que retenir des expériences engagées sur le terrain pour travailler autrement avec les adolescents « en souffrance » distants des soins, sans demande ou exposés à des problématiques « frontières » (les troubles « psychosociaux ») mettant à mal la stricte partition des rôles entre institutions, qui accèdent difficilement au secteur en dehors des situations extrêmes, et pour lesquels le face-à-face classi-

---

<sup>11</sup> Les expressions en italique et entre guillemets utilisées ici et dans la suite du texte sont celles employées par les professionnels.

<sup>12</sup> Le matériel recueilli par l'intermédiaire des observations (une trentaine de réunions ayant donné lieu à des prises de notes consignées dans des comptes rendus) et des entretiens (une cinquantaine) est particulièrement dense et riche.

---

<sup>13</sup> C'est-à-dire à ne pas mettre en doute ou être dans la suspicion permanente.



quement privilégié par les sciences du psychisme n'apparaît pas adapté?

L'analyse des discours des acteurs de pédopsychiatrie et de leurs partenaires permet de mettre en évidence deux principaux registres d'action :

- 1) « faire avec » les adolescents sans demande et « susciter le faire »;
- 2) « faire avec » l'entourage plutôt que ne rien faire avec les adolescents.

Leur développement s'inscrit dans une triple perspective préventive : amortir les logiques de recours en urgence; éviter la cristallisation des difficultés des adolescents ou leur glissement sur un versant plus pathologique; réduire les logiques de rejet et d'abandon, les ruptures (familiales, scolaires...) et les discontinuités dans les prises en charge en offrant aux adolescents diverses possibilités leur permettant de trouver des positionnements plus favorables à leur insertion. Leur dénominateur commun est de favoriser l'acquisition d'une « discipline de l'autonomie » de type capacitaire au moyen de nouvelles logiques d'action comme le renforcement des compétences et l'accompagnement des trajectoires personnelles. L'un et l'autre convergent vers un même modèle d'action qui vise à se rapprocher des adolescents et de leur entourage afin de les remettre en mouvement et de renforcer leurs capacités d'action. Le rapprochement à la base du secteur prend ici une autre forme : la proximité géographique doit se doubler d'une proximité relationnelle afin de réduire les écarts et les effets de dissymétrie relationnelle avec les adolescents et d'établir des liens de coopération plus forts avec leur entourage.

*- Se rapprocher des adolescents distants des soins et les remettre en mouvement*

Selon les conceptions des professionnels, se rapprocher des adolescents distants des soins et les remettre en mouvement consiste à agir sur trois plans à la fois : les seuils d'accès et les modalités de fonctionnement, les interactions et les méthodes de travail.

*Assouplir les seuils d'accès et les modalités de fonctionnement*

Pour créer les conditions d'un changement, favoriser l'engagement d'un recours de manière à reconstituer des capacités à agir et à se positionner comme acteur de sa prise en charge, introduire de la souplesse par rapport à la rigidité des structures de secteur ordinaires est jugé central, à la fois pour saisir l'urgence ou la situation au travers d'un accrochage plus qualitatif et pour offrir aux adolescents la possibilité d'un engagement volontaire.

Agir sur les seuils d'accès et les conditions d'engagement dans les soins implique un infléchissement du modèle d'action qui a acquis le plus de valeur en pédopsychiatrie de secteur et renvoie à l'identité de la discipline : le modèle alternatif consistant à « faire avec » le patient, opposé au modèle paternaliste visant à « faire pour » le bien d'autrui contre son gré. Concrètement, cela conduit à ne plus faire de la formulation d'une demande par le patient un préalable à l'accès aux soins, sans abandonner l'idéal normatif du patient consentant aux soins. Il s'agit en aucun cas de décider à la place de l'adolescent et de lui imposer de manière contraignante une intervention spécialisée, contrairement à ce que peut en attendre l'entourage. Les acteurs de pédopsychiatrie restent attachés à la valeur du consentement et de la coopération du patient aux soins. En lieu et place d'une posture attentiste vis-à-vis de la demande, il s'agit de faire jouer des dispositions susceptibles d'accrocher les adolescents, favorables à leur mobilisation et à une adhésion libre, selon des conditions plus souples et plus informelles sur le modèle des dispositifs à bas seuils d'exigences mis en place dans le domaine de la toxicomanie<sup>14</sup>,

<sup>14</sup> La notion de bas seuil d'exigences fait référence aux dispositifs de réduction des risques liés aux usages de drogues qui visent à créer les conditions d'un rapprochement avec les usagers de drogues distants des structures sanitaires et sociales, en privilégiant des modalités de fonctionnement et d'intervention plus souples, moins rigides que celles prévalant dans les dispositifs dits de « droit commun », et en abaissant les seuils et les conditions d'accès (gratuité, anonyme, créneaux d'ouverture adaptés aux disponibilités

moins contraignantes et moins connotées que les structures de soins classiques. C'est à l'aune de ce modèle que sont conçus les aménagements à opérer dans les structures de secteur (les centres médico-psychologiques) et la mise en place de nouveaux cadres d'action entièrement dédiés aux adolescents. Ceux-ci doivent fonctionner comme des espaces de négociation où les adolescents peuvent vérifier qu'ils ne sont : ni obligés de s'y rendre (tous les jours) ni de s'inscrire dans un protocole de prise en charge spécifique ou un suivi au plus ou moins long cours (une manière de favoriser leur appropriation du lieu pour en faire en espace ressource dont ils peuvent se saisir dans des périodes plus difficiles); ni contraints d'avoir à exprimer une demande d'aide ou de soutien, à se justifier, à s'expliquer; ni stigmatisés ou étiquetés « patients psychiatriques »; ni jugés, rejetés et exclus, mais respectés et reconnus pour ce qu'ils sont.

Sans exclure l'existence de règles à intégrer (respect des lieux, des locaux, des personnes), considérées comme autant de « *garde-fous* », les modalités de fonctionnement et d'encadrement du lieu sont aussi conçues comme devant être peu contraignantes ou rigides pour résister aux « *attaques du cadre* » dont sont coutumiers les jeunes mettant en échec les autres institutions. Le cadre doit être suffisamment souple et interactif pour offrir la possibilité de mouvements et de déplacements et autoriser une palette de manifestations, tout en étant « *ferme* » et « *contenant* » (Bion, 1983) pour « *contenir* » et « *tenir* » (avec) les jeunes, c'est-à-dire permettre des recadrages (par les intervenants) favorables à des re-positionnements du côté des adolescents. Sur le plan clinique, l'introduction de « *contenants* » (« *de petite enfance* ») est justifiée par l'importance des carences psychoaffectives de ces adolescents. Cela revient à créer un « *environnement maternant* », un lieu enveloppant, par l'établissement de règles minimales à respecter et par l'équipe d'intervenants permettant de « *faire corps* » ensemble.

### *Reconnaître sans juger ni stigmatiser*

L'absence de jugement, de stigmatisation et la reconnaissance (Honneth, 2002) des adolescents pris dans des comportements qui les placent en permanence dans des situations de rejet, d'exclusion et d'abandon sont jugées fondamentales pour dépasser leur « panne de l'action », les « remettre en mouvement » et accroître leur capacité à réinvestir des sphères d'activités pour élaborer des projets. Ce souci s'exprime notamment à travers la mise en place de lieux qui leur soient propres, moins infantilisants ou stigmatisants que les lieux de soins pour enfants ou pour adultes dans lesquels ils ne se reconnaissent pas. Il va de pair avec celui de porter un regard « neuf » sur eux : de la considération, de l'estime et du respect. Dans l'esprit des professionnels, cela revient à prendre les jeunes « *comme ils sont* », « *pour ce qu'ils sont, sans les juger* » et à leur demander « *de n'être rien d'autre qu'eux-mêmes* », selon une norme aujourd'hui socialement valorisée. Ces attentions sont conçues comme un moyen de favoriser l'amorce et l'instauration d'une relation en même temps que de lever un certain nombre de blocages leur permettant de sortir des images qu'ils véhiculent et sont susceptibles de s'approprier. Elles doivent leur permettre de reprendre confiance en eux et de « provoquer des capacités nouvelles d'agir » (Astier, 2007). La reconnaissance doit donc être entendue au double sens du terme : c'est une disposition conçue comme une occasion offerte aux adolescents à la fois pour trouver, dans la relation aux autres, matière à être considérés, valorisés, respectés et pour interagir socialement comme des acteurs à part entière.

### *Agir sur les interactions : re-disposer le collectif d'intervenants...*

Réduire la distance avec les adolescents pour favoriser leur mobilisation, malgré leur réticence à rencontrer les « psys », implique également de jouer sur les interactions. Cela est jugé d'autant plus nécessaire qu'il est considéré que la complexité des problèmes de santé mentale ne relevant pas de la nosographie psychiatrique rend inopérant leur traitement sur

---

et/ou à la temporalité des publics, prise de rendez-vous non nécessaire, non jugement, etc.).



le plan d'une seule compétence et que leur prise en compte requiert d'autres positionnements, savoirs, savoir-faire et savoir-être pour tenter de les saisir et de comprendre quelque chose. Un moyen privilégié est de constituer une équipe pluridisciplinaire pour favoriser une approche multifocale des difficultés des adolescents, voire multipartenariale pour sortir des logiques de spécialisation, sectorielles et cloisonnées et pallier le déficit de structure à l'intersection du thérapeutique, du scolaire et de l'éducatif. Pour nouer un contact plus proche avec les adolescents, une redistribution des tâches doit s'opérer : les professions plus rassurantes (éducation spécialisée, infirmières...) doivent être mises en avant sur les plans de l'accueil, du suivi et de l'accompagnement tandis que les « psys » doivent rester en retrait et jouer une fonction d'aide, de soutien et d'animateur vis-à-vis de l'équipe. Enfin, une logique réticulaire fondée sur la réciprocity des liens et des relations et le partage de la prise en charge doit être à la base du travail. Il s'agit de desserrer le cadre, de faire jouer les liens plus que le cadre, plus aussi que le « référent » porteur des effets de tutelle qui peuvent être mal supportés par les adolescents. Le cadre doit continuer à exister, mais se trouver distendu de manière à ce qu'il n'apparaisse pas comme la condition de l'échange.

#### *...et intégrer les compétences*

Élargir la palette des ressources mobilisables aux compétences issues des parcours biographiques, des expériences personnelles et des capitaux relationnels des professionnels est une autre modalité du rapprochement des adolescents. Les savoirs formels orientant le savoir-faire et le savoir-être des professionnels étant jugés insuffisants ou inappropriés à l'abord et au traitement des adolescents, d'autres apparaissent nécessaires, qui ne sont pas donnés d'avance mais doivent être expérimentés, au gré de la confrontation et des échanges avec les jeunes, pour déboucher sur des savoirs « d'action » (Astier, 2007) qui se substituent ou se combinent aux connaissances qu'ils viennent alors enrichir et recomposer. Jouer sur les compétences pour réduire les effets de dissymétrie relationnelle et se situer

sur un même pied que les adolescents, conduit certains acteurs à concevoir que leur personne, en tant qu'adulte avec sa propre histoire, compte plus dans la relation aux jeunes que leur identité professionnelle et leur appartenance institutionnelle; et qu'elle doit être mise en avant selon une norme socialement valorisée supposant un fort engagement personnel : la capacité à « être soi-même », « authentique », à engager sa propre singularité et à donner une part de soi en faisant avec ce que l'on est. Il s'agit moins d'affirmer la pluridisciplinarité de l'équipe que de former un collectif d'adultes bienveillants aux compétences multiples, centrés sur la relation. Pour les acteurs, ce n'est qu'à ces conditions que les adolescents distants des soins et leurs difficultés peuvent être appréhendés, captés, saisis dans leurs mouvements.

#### *Agir sur les méthodes de travail*

Enfin, pour travailler autrement avec ces adolescents, les professionnels considèrent que les outils classiquement privilégiés (la consultation, l'entretien « psy » ou la psychothérapie), très largement inspirés de l'orientation analytique (psychodynamique) qui demeure hégémonique et continue à faire norme dans le secteur, n'offrent pas suffisamment de prise sur les situations des adolescents sans demande dont les difficultés trouvent une expression privilégiée dans l'agir ou, à l'opposé, l'inhibition et les symptômes somatiques (en lieu et place de l'élaboration par la parole). D'autres options doivent être recherchées. Le petit groupe est un levier jugé intéressant pour sortir de la relation duale et se « frotter au jeu social » (Donnay & Verhoeven, 2007), tout en évitant une « dilution » dans le groupe pour que les adolescents puissent « se trouver eux-mêmes » et en offrant la possibilité d'une attention individuelle leur permettant de ne pas se sentir oubliés, délaissés ou relégués. Au-delà de la recherche d'autres outils, deux principales orientations se profilent des conceptions de l'action qu'ont les professionnels de pédopsychiatrie.

### *Accompagner les trajectoires personnelles...*

La première consiste en l'accompagnement des adolescents dans leur itinéraire personnel, selon une logique de personnalisation qui vise à ajuster l'intervention aux besoins, aux capacités et aux mouvements des adolescents afin de favoriser, du côté des adolescents, des repositionnements favorables à la conversion de leurs conduites les plaçant dans des situations de rejet en des « dispositions capacitantes » (Donnay & Verhoeven, 2007). Loin des protocoles standardisés, il s'agit de faire du « sur-mesure », du cas par cas, en fonction des singularités de l'adolescent, des difficultés qu'il manifeste et de leurs modalités d'expression (crise, urgence). Le but est de construire un parcours en rendant possible un mouvement propre : « *se retrouver* », « *être soi-même* », « *faire des choix* », « *construire un projet* ». Il est attendu des adolescents – et pas seulement des professionnels – qu'ils s'impliquent personnellement en étant eux-mêmes, authentiques. L'accompagnement ainsi conçu accorde une place centrale à l'expression de soi appréhendée comme une disposition favorable au partage des compétences entre professionnels et adolescents autour de la capacité à être soi-même. Selon les professionnels, cette resocialisation autour de la norme de l'autonomie ne consiste pas à donner ou à imposer une définition de soi (une norme, un moule imposé par une institution); celle-ci doit être l'œuvre de tout un chacun.

### *...et développer les compétences*

Dans une conception de l'action qui accorde une place majeure à la capacité d'agir par soi-même, la restauration ou le renforcement des compétences de base deviennent centrales. Elles le sont d'autant plus que leur processus d'acquisition paraît entravé chez les adolescents confrontés à un ensemble de ruptures (familiales, affectives...) et d'échecs, objets de stigmatisation, de rejet et d'exclusion. Chez ces adolescents, la confiance en soi, l'estime de soi et l'image de soi paraissent mal assurées, leurs capacités relationnelles, communicationnelles et scolaires déficitaires. Les développer, les restaurer ou les renforcer constitue

une préoccupation et un objectif majeur des professionnels. Les médiations thérapeutiques (artistiques, culturelles, etc.) sont les principaux supports d'échange et de communication privilégiés (éventuellement combinées à des consultations rapprochées dans le temps – une orientation en grande partie pragmatique dans un contexte de moyens rares). Elles sont conçues comme un outil essentiel pour « *(re-) valoriser* » ou « *renarcissiser* » les adolescents<sup>15</sup> dans la mésestime et les resocialiser là où les principales instances de socialisation ont échoué ou été mises en difficulté, car peu préparées et formées pour y faire face; et investies de la capacité à produire cette re-disposition des adolescents dans une activité, à reconvertir leurs conduites (la violence versus la parole) par l'introduction de « *contenants* » (des règles, des limites, etc.), à retrouver des investissements (scolaires, etc.) et à élaborer un projet de vie, bref à reconstituer des capacités à se positionner à une place d'acteur.

Il est attendu de l'adolescent en « souffrance » non pas de l'obéissance, de la docilité ou de la soumission passive, mais d'être capable de faire des choix et de se réaliser (Ehrenberg, 2004).

- « *Faire avec* » l'entourage plutôt que ne rien faire avec l'adolescent

Le second registre d'action investi par les professionnels consiste à « faire avec » la demande de l'entourage le plus souvent à l'origine de l'interpellation du secteur plutôt que « ne rien faire » avec l'adolescent sans demande. Son objectif est triple et se décline en autant d'orientations étroitement liées : éviter la rupture du lien qui unit l'adolescent à son entourage, établir des alliances avec l'entourage et renforcer la capacité d'action de l'entourage de manière à permettre aux adolescents des réajustements propices à l'expression de leurs difficultés sur d'autres modes que l'agir.

---

<sup>15</sup> C'est-à-dire améliorer l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.



### *Reconnaître et reformuler la demande de l'entourage pour maintenir le lien*

Dans l'esprit des professionnels, « maintenir le lien » entre l'adolescent et son entourage implique non plus de le mettre en accusation, de le disqualifier et de le laisser repartir sans solution dans l'attente d'une hypothétique mobilisation de l'adolescent, mais de prendre au sérieux sa demande, de ne pas la juger *a priori* infondée, mais de la considérer comme recevable. Accorder une crédibilité à l'inquiétude ou à l'urgence ressentie de l'entourage revient à reconnaître sa « souffrance » (Strohl & Lazarus, 1995). Pour autant prendre en compte sa demande ne revient pas nécessairement à lui apporter la réponse attendue : une consultation, une thérapie ou une hospitalisation, jugées inappropriées à la prise en charge des adolescents sans demande ou insuffisantes pour traiter en un seul lieu la complexité de leurs situations. Il s'agit de chercher à resituer le problème du jeune en faisant la part de ce qui relève de sa personne et de son environnement, afin de faire comprendre à l'interlocuteur que celui qui est en difficulté n'est pas tant « celui que l'on croit », l'adolescent, que « l'aidant » dans sa relation avec l'adolescent, et que plutôt de se décharger de la situation vers d'autres professionnels jugés plus compétents, il importe de « maintenir le lien » avec l'adolescent.

Cette orientation part du constat que la tendance des partenaires à solliciter en urgence la pédopsychiatrie survient souvent lorsqu'ils sont dépassés pour faire face à une situation et isolés institutionnellement en tant que « sujet » ; et que lorsque les institutions et les adultes ne tiennent plus les lieux, alors les ruptures de liens et les problématiques de rejet se développent et les jeunes peuvent être projetés dans des logiques d'exclusion. Elle implique des postures spécifiques de la part des acteurs de pédopsychiatrie : être facilement accessible, joignable, disponible et à l'écoute pour « amorcer l'urgence » et « différer son traitement », voire même « aller vers » le partenaire au point d'émergence des difficultés pour « prendre soin de la relation » qui le lie à l'adolescent (Pommier, 2005). Cela ne signifie pas que la

question de l'accès aux soins est totalement exclue des perspectives de travail et l'hospitalisation une option définitivement écartée, mais les pédopsychiatres considèrent que des modalités de réponse différentes, plus appropriées et individualisées aux situations présentées, doivent être recherchées.

### *S'articuler et coopérer : tenir ensemble*

L'une d'elles, qui vise en même temps à favoriser le maintien du lien (ce qui n'a rien d'évident vu la tendance de l'entourage à délester la situation en pédopsychiatrie selon les répondants) consiste à chercher à créer des alliances, des relations de coopération et de collaboration plus proches avec l'entourage pour « faire lien », « porter la situation » à plusieurs et favoriser des prises en charge partagées, tout en veillant à ce que chacun reste à sa place pour éviter toute confusion entre le soin et l'éducatif. Il s'agit de se mettre en lien là où les adolescents sont dans la discontinuité et la rupture, de dépasser les logiques de spécialisation professionnelle et les cloisonnements institutionnels au profit de la transversalité. Cette orientation revient à remettre en question la logique binaire opposant le tout « soin » au tout « éducatif » pour sortir du jeu de la « patate chaude » entre institutions. Plutôt que de les opposer, il s'agit de les appréhender sous l'angle de leur complémentarité. C'est bien parce que les difficultés des adolescents sont à la croisée de divers domaines d'action et nécessitent une prise en charge dans cette interface que ce travail de mise en liaison fait sens pour les professionnels.

L'objectif est de constituer un collectif d'intervenants de proximité capables, par leurs liens, l'association de leurs qualifications et compétences, la mise en commun de leurs moyens et ressources (structures relais, lieux d'accueil, éducatifs ou de soins, foyers, familles d'accueil, unités d'hospitalisation pour adolescents, etc.), de mieux gérer ensemble les situations complexes des adolescents. Le collectif doit permettre de procéder à des ajustements des prises en charge (ou des placements), simultanées ou successives dans le temps – mais dans tous les cas articulées les unes aux

autres –, mettant l'accent tantôt sur l'éducatif, tantôt sur le soin (ou les deux à la fois), en fonction de la problématique de l'adolescent, de son évolution et de ses mouvements. Cette conception de l'action s'appuyant sur une multiplicité d'acteurs et de lieux différenciés, mais articulés les uns aux autres, vise à tisser une sorte de « *filet* » protecteur, souple et réactif qui doit permettre de prévenir la crise et réduire l'urgence afin de recréer autour de l'adolescent la possibilité d'un parcours et d'une socialisation réussie.

### *Reconstituer des capacités d'agir*

Redonner une place centrale à l'entourage dans la prise en compte des problèmes de santé mentale des adolescents implique de reconstituer des capacités d'action lui permettant de dépasser la panne de l'action qui le conduit à agir en miroir des passages à l'acte des adolescents. Accroître ses compétences afin de lui permettre de se positionner à une place d'acteur de prévention et de partenaire du système d'action en santé mentale conduit les pédopsychiatres à aider, soutenir, étayer et requalifier l'entourage dans son rôle, voire le former à l'abord des problèmes de santé mentale. Afin de favoriser des positionnements permettant aux adolescents de réajuster leurs (in-)conduites, il s'agit de permettre à l'entourage de mieux (re-)cadrer, encadrer, « *contenir* », repérer et accompagner les adolescents dont les difficultés ne relèvent pas de pathologies caractérisées. Permettre aux adolescents de retrouver des réinvestissements progressifs dans différentes sphères d'activité, une capacité à élaborer des projets pour eux-mêmes passe ici par la capacité de l'entourage à poser des limites et à se montrer cadrant, structurant et rassurant.

Le travail en partenariat et en réseau constitue le principal moyen investi par les professionnels pour mettre en œuvre ces orientations dont la combinaison a une vocation à diffuser des effets plus permanents sur la posture des partenaires.

## **Conclusion**

Les cadres d'action mis en place pour prendre en compte et travailler autrement avec les adolescents « en souffrance » et leur entourage peuvent être qualifiés de « dispositifs-passe-relles »<sup>16</sup>. Ils cherchent à fonctionner comme des échangeurs, à construire des espaces de transition offrant des solutions de remplacement aux difficultés d'accès aux soins ou au déficit d'articulations et de collaborations entre acteurs du système de santé mentale. Ils ne sont pas conçus pour assurer un suivi à long terme, même s'ils peuvent intervenir à plusieurs reprises pour une même situation, mais pour proposer un « soutien » et un « accompagnement » à un moment du parcours de l'adolescent. Ils visent à offrir à l'adolescent et à son entourage la possibilité de trouver des points d'articulation avec le système de santé mentale, une entrée avec le secteur, un espace de prise en compte, de négociation et de travail, ainsi que la possibilité d'une reconnaissance, qu'il s'agisse de leur porter de l'attention, de la considération et du respect, ou de leur permettre de se positionner à une place d'acteur.

Les « manières de faire » qui se dégagent du « dire » des professionnels permettent de saisir les orientations privilégiées dans les approches du rétablissement des adolescents « en souffrance ». Celles-ci rendent compte des transformations de l'action normative dans nos sociétés démocratiques modernes dont sont empreintes les conceptions des acteurs de pédopsychiatrie. Elles impliquent de nouveaux référentiels d'action (bas seuil, réseau...), des dispositions et des postures professionnelles spécifiques (écoute, disponibilité, réactivité, mobilité, capacité d'adaptation et d'innovation, souplesse, bienveillance, soutien, étayage, engagement, etc.), qui contrastent avec les logiques de travail ordinaires dans le secteur (déficit de réactivité, de mobilité, rigidité des cadres d'action, cloisonnement, discrédit de l'entourage, etc.). Elles ne substituent pas à ces dernières qui continuent à exister mais prennent place à leurs côtés, en complément,

---

<sup>16</sup> À propos des « dispositifs-passe-relles », voir notamment Demailly et Bresson (2005).



pour pallier leur manque d'opérationnalité. Certaines dispositions, postures et méthodes de travail ne sont pas foncièrement nouvelles en pédopsychiatrie puisqu'elles sont au centre de la posture clinique. En revanche, ce qui est nouveau est qu'elles doivent être assurées par d'autres professions que la pédopsychiatrie dont le rôle évolue et se situe moins directement dans le soin que le « prendre soin », et prendre place en dehors du cadre de la relation duale. S'opère ainsi un déplacement de l'espace de la clinique elle-même vers d'autres professions et d'autres cadres que celui du face-à-face, où les liaisons et les connexions entre professionnels et adultes présents dans l'entourage de l'adolescent jouent et importent plus que le cadre. De ce point de vue, les systèmes d'alliances, les espaces de réflexion, de concertation et de collaboration et les logiques de réseau constituent des évolutions significatives. Associant de multiples professions et institutions, ils favorisent le travail ensemble selon une logique de coopération transversale permettant de croiser les regards et de sortir des approches segmentaires et cloisonnées.

Ces expériences et expérimentations sont toutefois loin de devenir la norme. Situées aux marges des institutions, dans les interstices (Lovell, 1996), entre la prévention et les soins, le thérapeutique, l'éducatif et le social, elles souffrent d'un déficit de reconnaissance et de légitimité institutionnelle susceptible d'en affaiblir la portée. Leur développement renvoie à la recherche et à la mise en œuvre d'une solution qui se veut pragmatique au regard d'une situation locale spécifique, de pauvreté et de précarité, dans un contexte de réduction des dépenses publiques contraignant à l'inventivité et à la créativité pour trouver des manières de faire différentes. Il relève aussi d'une posture engagée et militante, sur le terrain politique y compris, avec un investissement local fort. Pour les pédopsychiatres à l'origine de ces initiatives, il s'agit de résister à une double tendance : la logique gestionnaire et de rationalisation de l'action publique qui conduit à établir des protocoles et à standardiser les activités de prise en charge en lieu et place de leur ajustement à la singularité du sujet; et la « psychiatisation des adolescents » dont les difficul-

tés ne relèvent pas de psychopathologies caractérisées et ne justifient pas nécessairement ou pas seulement une réponse « psy ». La combinaison des approches psychanalytique, psychiatrique et anthropologique et des références théoriques mobilisées (S. Lebovici, H. Flavigny, P. Mâle, etc.) ne sont pas étrangères à cette posture. En cherchant à prendre en compte les facteurs sociaux, culturels et contextuels, à distinguer ce qui relève du sujet et de son environnement, à reconnaître la grande labilité, évolutivité et réversibilité des troubles, ils opposent à la logique prédictive et stigmatisante du dépistage précoce et systématique du « trouble » des conduites qui cherche à s'imposer en dehors du contexte<sup>17</sup>, une conception de l'action préventive porteuse des valeurs de respect et de reconnaissance et soucieuse de l'inclusion du sujet dans la société. Dans un monde de plus en plus mouvant et incertain, celle-ci se situe moins du côté du contrôle que de l'activation, du *cure* que du *care*, et consiste moins à pallier les déficits d'intégration selon le schéma de réparation, qu'à instaurer, restaurer ou rétablir sur le plan individuel les compétences, aptitudes et habiletés (psychosociales, relationnelles), permettant à chacun de développer les procédures de normalisation sans lesquelles il n'est pas possible d'agir de manière appropriée, autonome et responsable, de trouver une place et de s'intégrer dans la société (de Munck, 2007).

<sup>17</sup> Au cours de la décennie 2000, plusieurs expertises collectives de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ont suscité de vives critiques et controverses. C'est particulièrement le cas de celle de 2005, intitulée *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, dont les auteurs préconisaient, à partir d'une grille de lecture comportementaliste et déterministe excluant le contexte dans lequel prennent place les difficultés des enfants, un dépistage précoce du « trouble des conduites » dès le plus jeune âge, repris dans des projets d'action gouvernementaux de prévention de la délinquance. Ces orientations et projets ont motivé la création d'un mouvement de résistance parmi les professionnels de l'enfance et de la famille : le collectif nommé « Pasde0conduite » dénonçant les risques de dérive des pratiques de soins vers des formes renouvelées de contrôle social. Opposé aux pratiques de dépistage de masse (dans le milieu scolaire notamment) et aux programmes « d'éducation comportementale », il défend une approche articulant diverses disciplines, soucieuse de replacer le sujet dans son environnement. Cf. leur site : <http://www.pasde0deconduite.org/>

## Références

- AÏACH, P., & DELANOË, D. (1998). *L'ère de la médicalisation*. Paris : Anthropos.
- AÏACH, P. (2006). Médicalisation/santéisation et psychopathologisation du social. Dans M. Bresson (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*. Paris : L'Harmattan.
- ALVIN, P., & MARCELLI, D. (2000). *Médecine de l'adolescent*. Paris : Masson.
- ASTIER, I. (2007). *Les nouvelles règles du social*. Paris : PUF.
- BASTIDE, R. (1965), *Sociologie des maladies mentales*. Paris : Flammarion.
- BIAREZ, S. (2002). *Quelle politique pour la santé mentale ?* Convention Mire n° 27/00. CRES.
- BION, W. R. (1983). *Réflexion faite*. Paris : PUF (1967, W. Heineman, London).
- BOURCIER, G., & DURAND, B. (2002). La psychiatrie infanto-juvénile. Dans R. Lepoutre & J. de Kervasdoué (dir.), *La santé mentale des français*. Paris : Odile Jacob.
- BRESSON, M. (2006) (dir.). *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*. Paris : L'Harmattan.
- CANTELLI, F., & GENARD, J.-L. (2008). *Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques*. Dans SociologieS, Théories et recherches. Repéré à <http://sociologies.revues.org/document1943.html>.
- CARRICABURU, D., & MÉNORET, M. (2004). *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin.
- CASTEL, R. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris : Ed. de Minuit.
- CASTEL, R., CASTEL, F., & LOVELL, A. (1979). *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*. Paris : Ed. Grasset et Fasquelle.
- CASTEL, R. (1981). *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*. Paris : Ed. de Minuit.
- CASTEL, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard.
- CHAUVENET, A. (1992). *La protection de l'enfance*. Paris : L'Harmattan.
- COLDEFY, M., & SALINES, E. (2004). Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités. DREES, *Etudes et Résultats*, 341.
- DEMAILLY, L., & BRESSON, M. (2005) (dir.). *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*. Convention de recherche : MIRE/INSERM et IFRESI/CNRS.
- DESCOMBES, V. (1996). Les institutions du sens. Paris : Ed. de Minuit. Cf. aussi du même auteur : (2004). *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*. Paris : Gallimard.
- DONNAY, J.-Y., & VERHOEVEN, M. (2007). Politiques de la subjectivité et insertion professionnelle. Le cas de l'enseignement secondaire en alternance et de son Module de Formation Individualisée. Dans F. Cantelli, J.-L. Genard, *Action publique et subjectivité*. Paris : Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, n° 46, 103-115.
- EHRENBERG, A. (1995). *L'individu incertain*. Paris : Calmann-Lévy.
- EHRENBERG, A. (2004). Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*, mai, 133-156.
- EHRENBERG, A. (2005). Agir de soi-même. *Esprit*, juillet, 200-209.
- EHRENBERG, A. (2008). Le cerveau social. *Esprit*, janvier, 79-103.
- EHRENBERG, A. (2010). *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob.
- FASSIN, D. (2004). *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris : La Découverte.
- FASSIN, D. (2006). Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique. *Politix*, 19(73), 137-157.
- FOUCAULT, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard
- GAUCHET, M., & SWAIN, G. (1980). *La pratique de l'esprit humain*. Paris : Gallimard.
- GAUDET, S. (2007). *L'émergence de l'âge adulte, une nouvelle étape du parcours de vie. Implications pour le développement de politiques*. Projet de Recherche sur les Politiques, Investir dans la jeunesse, Document de discussion, Université d'Ottawa.
- GENARD, J.-L. (2007). Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ?. Dans F. Cantelli & J.-L. Genard (dir.), *Action publique et subjectivité. Op. Cit.* 41-64.
- GOFFMAN, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Editions de Minuit.
- GOFFMAN, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris : Editions de Minuit.
- HENCKÈS, N. (2007). *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*. Thèse de doctorat en sociologie sous la direction de Baszanger I.
- HONNETH, A. (2002). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Ed. du Cerf.
- ION, J. (2005a). *Le travail social à l'épreuve du territoire*. Paris : Dunod (1ère édition, 2000).
- ION, J. (2005b) (dir.), *Le travail social en débat(s)*. Paris : La Découverte.
- ION, J. (2005c) (dir.). *Travail social et souffrance psychique*. Paris : Dunod.



ION, J. (2006). *Le travail social au singulier. La fin du travail social ?* Paris : Dunod (1ère édition, 1998).

JAMOULLE, P. (2002). *La Débrouille des familles*. Bruxelles : De Boeck.

JOUBERT, M. (2003). Perturbations sociales et santé mentale. Dans M. Joubert (dir.), *Santé mentale, ville et violences*. Ramonville Saint-Agne : Ed. Erès.

LAZARUS, A., & STROHL, H. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ».

LOVELL, A. (1996). Mobilité des cadres et psychiatrie interstitielle. Dans I. Joseph, J. Proust (dir.), *La folie dans la place*. Paris : Ed. EHESS, Raisons pratiques, 7, p. 55-81.

LOVELL, A. (2004). *Santé mentale et société*. Problèmes politiques et sociaux, 899. Paris : La Documentation Française.

MAILLARD, I. (2008). *L'adolescence au prisme de la santé mentale. La recomposition des modes d'action en psychiatrie infanto-juvénile de secteur*. Thèse de doctorat en sociologie sous la direction de Ehrenberg A. Université de Paris V (financée par les organismes suivants : MiRe-CNRS-INSERM-DREES, RPSM 78, Communauté d'Agglomération de Saint-Quentin en Yvelines, CNAMTS).

DE MUNCK, J. (2007). *Santé mentale, institutions et subjectivité : les nouvelles coordonnées d'une vieille problématique*, Bruxelles, Congrès international Jusqu'ici tout va bien... Mouvements en Santé Mentale entre clinique, social et politique, organisé par la ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, 24-25 et 26 mai.

OTERO, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*. Québec : Les Presses de l'Université de Laval.

PAPERMAN, P., & LAUGIER, S. (2005) (dir.). *Le souci des autres. Ethique et politique du care*. Paris : Editions de l'EHESS.

PAYET, J.-P., GIULIANI, F., & LAFORGUE, D. (2008) (dir.). *La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

POMMIER, J.-B. (2005). Quand les 'aidants' demandent de l'aide : soutien aux intervenants ou soutien à la relation ? Dans J. Ion (dir.), *Travail social et souffrance psychique*. *Op. cit.* (p.161-197).

SOULET, M.-H. (2005). *La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique*. *Pensée plurielle*, 2, 10, 49-59. DOI : 10.3917/pp.010.0049

VELPRY, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Paris : Armand Colin.